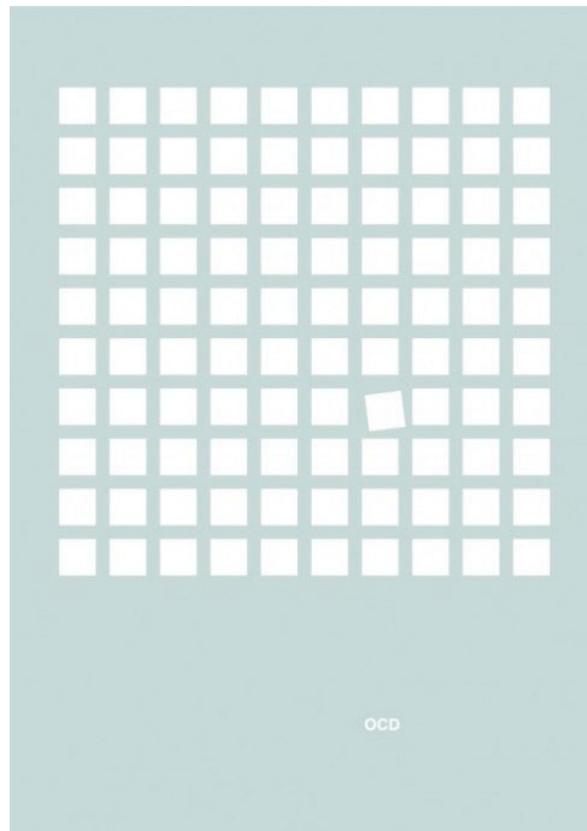


DE LA PERSONALIDAD OBSESIVA A LA OBSTINADA



Patrick Smith

Pedro Cubero Bros

Coordinador "Cuadernos de Salud Mental del 12":
Dr. L. Santiago Vega González (santiago.vega@salud.madrid.org)

Area de Gestión Clínica de Psiquiatría y Salud Mental del Hospital Universitario 12 de Octubre Madrid (España)

Web oficial: <http://www.madrid.org/hospital12deoctubre/psiquiatria>

Imagen de portada: **OCD (Patrick Smith**, diseñador británico independiente y director artístico y autor del blog www.adaptcreative.co.uk, en donde publicó por primera vez sus diseños de diferentes trastornos mentales en agosto de 2010 (<http://www.revistaaen.es/index.php/aen/article/view/16339/16185>).

Publicación sin fines comerciales: material de uso exclusivamente docente.

Advertencia: La medicina y la psicología clínica son áreas en constante evolución. A medida que las nuevas investigaciones y la experiencia clínica amplían nuestro conocimiento se requieren modificaciones en las indicaciones terapéuticas, en especial en lo que atañe a los tratamientos farmacológicos. Aunque los autores han revisado la última evidencia científica al respecto de los tratamientos que aquí se mencionan se recomienda al lector profano consultar con un especialista médico en lo referente a los tratamientos farmacológicos y al lector profesional de la medicina o psicología revisar las últimas guía clínicas y prospectos oficiales en relación con los tratamientos y, en especial, los fármacos aquí comentados. Esta recomendación cobra especial importancia con respecto a fármacos nuevos o de uso infrecuente.

Diciembre 2020

DE LA PERSONALIDAD OBSESIVA A LA OBSTINADA

Pedro Cubero Bros

DE LA PERSONALIDAD OBSESIVA A LA OBSTINADA

INDICE

Prólogo	5
1. Los obsesivos	6
2. Los trastornos paralelos de la personalidad	8
3. Personalidades obsesivas	10
3.1. La psicastenia de Janet (1903)	10
3.2. Freud (1909)	16
3.3. Ernest Jones (1918)	17
3.4. DSM	22
3.5. La personalidad obsesiva de Westen	22
3.6. Personalidad obsesiva por agregación	23
3.7. Personalidades obsesivas adláteres: obsesiva simple, el tipo A, <i>Workaholics</i> y <i>Karoshi</i>	31
4. ¿Es la personalidad obsesiva la versión-rasgo de la neurosis obsesiva?	34
4.1. Asociación clínica	34
4.2. Semejanza fenomenológica	35
5. ¿Es la personalidad obsesiva la versión-rasgo de la idea obstinada?	35
5.1. Obsesión frente a obstinación	35
5.2. ¿Personalidad obsesiva u obstinada?	40
6. La personalidad obsesiva como variante paranoide	42
6.1. Orgullo, desconfianza, rigidez y demás	42
6.2. <i>Cluster A</i>	58
7. Referencias bibliográficas	60
Colección <i>Cuadernos de Salud Mental del 12</i>	61

Prólogo

Presentamos a continuación un nuevo ejemplar digital de nuestros *Cuadernos de Salud Mental del 12*, publicación del Área de Gestión Clínica de Psiquiatría y Salud Mental (AGCPSM) del Hospital Universitario 12 de Octubre (Madrid), que desde 2009 trata de recoger y divulgar material de interés para nuestra actividad clínica, investigadora y docente generada por nuestros profesionales y residentes. En los 19 títulos de la colección (reseñados al final de esta publicación) hay interesantes trabajos sobre psicopatología, psicofarmacología, psicoterapia, salud mental infanto-juvenil y psiquiatría y salud mental comunitaria.

En esta ocasión, el Dr. Pedro Cubero Bros, médico psiquiatra de vasta cultura, gusto por la conversación y la polémica ("la personalidad obsesiva no es obsesiva", leemos en su web) y amplia experiencia clínica, reflexiona sobre la personalidad obsesiva. Partiendo de diez viñetas clínicas en las que podemos ver reflejos de algunos de los pacientes que cada uno de nosotros atendemos en nuestros Servicios de Salud Mental y tras realizar una breve revisión histórica desde las clásicas aportaciones de Pierre Janet, el Dr. Cubero – con su siempre aguda mirada sobre la clínica – realiza una original propuesta de reconceptualización de lo obsesivo en relación con el mundo paranoide (tema tan estudiado y querido para el autor), sosteniendo su argumentación con numerosas citas de la literatura de los autores revisados. No desvelaremos aquí precozmente sus conclusiones... para animar a la lectura de esta monografía.

Este nuevo trabajo de reflexión psicopatológica de nuestro compañero Pedro Cubero complementa a otros suyos que asimismo recomendamos a quien esté interesado en la psicopatología "a pie de clínica": su original capítulo "Histeria con mayúsculas" ¹, su monográfico "El individuo paranoide" ² y, en especial, su imprescindible libro "El grupo paranoide" ³ y su web <https://www.elgrupoparanoide.com/el-grupo-paranoide>.

Finalmente, ponemos de nuevo a disposición de nuestros profesionales y residentes estos *Cuadernos de Salud Mental del 12* - instrumento modesto que tratamos de cuidar tanto en sus contenidos como en su presentación - para compartir y divulgar en ellos sus trabajos. Su acceso desde la web oficial del AGCPSM del 12 de Octubre ⁴ favorece su visibilidad y accesibilidad pública, sintiéndonos satisfechos cuando recibimos palabras de agradecimiento al ser utilizado dicho material con finalidad docente pre y postgrado dentro y fuera de nuestro Servicio.

En Madrid, diciembre de 2020, en tiempos de la pandemia COVID-19.

Dr. L. Santiago Vega González
Coordinador Cuadernos de Salud Mental del 12
santiago.vega@salud.madrid.org

¹ Cubero P. Histeria con mayúsculas. En: Ramos J (coord.). Aproximaciones contemporáneas de la Histeria. *Cuad S Mental del 12* (2009) 1: 117-143.

² Cubero P. El individuo Paranoide. *Cuad S Mental del 12* (2016) 12.

³ Cubero Bros P. El grupo paranoide. Barcelona: Ediciones Experiencia; 2005.

⁴ <https://www.comunidad.madrid/hospital/12octubre/profesionales/servicios-medicos/psiquiatria>, actualmente en reconstrucción tras la migración de la anterior web al actual formato oficial de la Comunidad de Madrid (para obtener el pdf gratuito de los números provisionalmente no disponibles en la web, solicitar a santiago.vega@salud.madrid.org).

1. Los obsesivos

Tras la separación, el paciente 1 se hizo cargo del hijo que la pareja tenía en común. Dispone de rentas estables y ha decidido no reincorporarse al trabajo hasta que el niño vaya al colegio. No tiene antecedentes hipocondríacos, pero, obcecado con el riesgo de que su hijo "coja algún germen" su vida se ha transformado en un infierno. Teme también cualquier accidente doméstico. No se relaciona con nadie, no se despega de su hijo y es incapaz de dejarlo a solas con nadie. Limpia incansablemente la casa, se limpia las manos, está pendiente de que ni en el suelo ni en ningún lugar haya ningún pequeño objeto que pudiera ser deglutido por su hijo, revisa la llave del gas y revisa el cierre de las puertas para evitar que la criatura pudiera inadvertidamente escaparse del salón en el que debe permanecer. Lo considera más seguro. Si no limpia más es para estar pendiente de él. Intenta evitar cualquier riesgo potencial, por remoto que parezca. Por ejemplo: si a media noche se levanta a comer algo, tiene que echar el pijama a lavar porque podría haber caído alguna miga, que podría atraer alguna hormiga, que a su vez se podría introducir en el oído de su hijo y hacerle daño. No se puede afirmar que delire, pero... "en ese momento no me parece ninguna tontería".

El paciente 2 es un universitario que desde hace pocos años se ha obsesionado con los estudios. Alumno brillante, sus calificaciones son de las mejores de su promoción. Sin embargo, le acompaña siempre la sensación de que los exámenes "le irán mal" así como la sensación de "no haber hecho lo suficiente". Estudia mucho, duerme poco, apenas se permite descansar y se siente agotado. A medida que se acerca el final del curso sufre episodios ansiosos que le impiden concentrarse, lo que le angustia todavía más. De adolescente jugaba al fútbol y se sentía culpable por las derrotas de su equipo.

La mujer del paciente 3 está desesperada. No piensa más que en el trabajo y en casa se conecta continuamente al móvil o al ordenador. Cenar a veces con amigos, pero siempre quiere regresar al domicilio "para darle vueltas al trabajo". Su rendimiento laboral es bueno, la empresa está totalmente conforme con su rendimiento, pero se toma de un modo totalmente personal cualquier contratiempo. Al hablar de sí mismo usa términos como "cabezón" o "cuadrulado", aludiendo a su rigidez. No le gustan los cambios y se resiste a modificar los horarios. Austero; su familia le considera tacaño, pero él lo ve como una muestra de "capacidad de adaptación al medio". Sus familiares se quejan de que los trata mal. Él lo reconoce, pero lo considera simplemente un "exceso de sinceridad e insuficiencia de tacto". Se considera una buena persona, con una gran memoria y que intenta inculcar a su hijo valores como el sacrificio, el respeto, la convivencia y el esfuerzo. Piensa que su generosidad hacia su mujer no ha sido correspondida.

El paciente 4 tiene una familia perfecta, una vida perfecta, una empresa perfecta y controla perfectamente la ansiedad mediante ejercicios respiratorios. El único problema es que se obsesiona con las cosas, no deja de darles vueltas, sobreexige y abrumba a su entorno con su machaconería. Es lo único que le hace pasarlo mal, dado que todo está bien.

El paciente 5 es empresario de la hostelería. Angustiado, no piensa más que en sus negocios a lo largo de todo el día. Le cuesta muchísimo delegar, dado que nadie hace las cosas como él quiere, así que él asume personalmente buena parte de las obligaciones, como las compras. De una tacañería anormal, supervisa hasta el último céntimo que se gasta en su casa. Literalmente, teme verse recogiendo cartones por la calle. Urde planes para el ahorro algo descabellados: quiere dar su vivienda a uno de sus hijos e irse a vivir con el otro para facilitarle el pago la hipoteca. Fuera del entorno doméstico tiende a pensar de todo el mundo que "son tontos". Le sobra con sus cuatro amigos, se resiste a conocer gente nueva y, por lo general, no se fía. Piensa que su penetrante intuición le permite prejuzgar, puesto que no se suele equivocar. Como norma, prefiere no fiarse en un primer momento por lo que se comporta con excesiva formalidad. Ante las ofensas se enfada (solo a veces) más de lo normal y no olvida con facilidad. Se ve como una persona dura con el sufrimiento ajeno, seco y poco dado a expresar sentimientos de ternura.

La paciente 6 ha retrasado muchos años el embarazo para dar prioridad al éxito laboral. Explica que siempre se ha exigido mucho, dar más. Teme fallar. En los últimos años ya no le da la misma importancia al trabajo, desde que se ha obsesionado con el objetivo de quedarse embarazada. Ese empeño absorbe todos sus pensamientos y la angustia sobremanera. No lo consigue. Vive permanentemente pendiente de no defraudar a nadie. Reconoce que los comentarios de la gente le preocupan mucho y especialmente la posibilidad de que la identifiquen como una fracasada. Explica que cuando se viene abajo se le nubla la mente, se le hunde la autoestima y se siente incapaz de cualquier cosa.

El paciente 7 huyó en su adolescencia de una familia conflictiva, donde recibía con frecuencia amenazas de muerte. Ha trabajado muy duramente para salir adelante y se define como productivo, competitivo y acelerado. Sufre varias enfermedades y ha pasado por numerosas intervenciones quirúrgicas. Afirma tener una extraordinaria tolerancia al dolor físico, que nunca le ha impedido trabajar. Cuando no trabaja tampoco descansa: arregla una lámpara, barniza, pinta la terraza, ordena. Duerme mal. Se define como muy autoexigente y no se permite cometer errores, aunque es permisivo con los errores de los demás. Hace ya tiempo que empezó a alejarse paulatinamente de sus amistades. Se sentía superior a ellos, especialmente por su atractivo sexual. Se define como infiel y al mismo tiempo celoso. En el trabajo siente que hablan de él. Le cuesta tomar fármacos y su lectura de los prospectos tiende a ser alarmista. Cuando en una ocasión le entrego una analítica se abstrae de quien tiene delante y se sume en un repaso concienzudo de la misma.

El paciente 8 tiene un puesto de trabajo interino en la administración y, en su tiempo libre, prepara oposiciones para disponer de una plaza vitalicia. Apenas se permite ningún entretenimiento, dado que se siente mal cuando no aprovecha el tiempo. Su plan de estudio es muy exigente y se desespera cuando no alcanza las metas fijadas. Al mismo tiempo, se siente mal por desatender las tareas domésticas y hacer que sea su pareja quien se ocupa de las mismas. Demasiado ocupado, ha perdido el contacto con sus amigos y su entorno social.

La paciente 9, inmigrante, ha dejado a su hijo en su país de origen. Es responsable de un equipo de informáticos en el seno de una gran empresa y no está contenta con ninguno de sus subordinados. Trabaja incansablemente muy por encima de su teórica jornada laboral. A veces también por la noche y hasta los fines de semana. Lleva varios años sin tomar vacaciones. Es incapaz de parar hasta que el problema que la ocupa ha quedado completamente resuelto. Cuando deja de trabajar se siente mal, a menudo llora, y se consuela bebiendo demasiada cerveza. Siente que su esfuerzo no es reconocido. En los últimos meses una enfermedad le ha obligado a darse de baja de su trabajo. Se ha deprimido.

La familia lo ha empujado a pedir consulta por su mal carácter y por su capacidad para sacar de quicio a quienes lo rodean. El paciente 10 abandonó de joven los estudios, no le gustaban, para emplearse de peón en una empresa familiar. Con el tiempo, trabajando muchas horas, más que nadie, ha llegado a ser el encargado, con plena satisfacción del grupo familiar. Sin embargo, es en el ámbito doméstico donde su funcionamiento obsesivo se ha desbordado, especialmente en cuanto a la educación y la seguridad de su único hijo. Desde que es padre ya no pasa todo el día en la empresa. Su necesidad de controlar la casa es desmesurada. Todo debe estar ordenado y donde él ha decidido; está convencido de que el suyo es el orden correcto. Controla telefónicamente qué se va a comer, si se ha puesto a descongelar determinado alimento, etc. Las cosas deben hacerse todas a su manera. Su insistencia en algunos asuntos resulta agotadora. Los enfados desmesurados por "tener que repetir la cosas" deterioran la convivencia. Opina sobre todo, con o sin razón, también sobre aquello de lo que sabe poco. El matrimonio ha entrado en una etapa crítica, pero el paciente se resiste a la separación por el temor a perder el control de la situación. Quiere evitar el caos.

Todos estos pacientes serían normalmente catalogados como obsesivos, uno de los trastornos de la personalidad más prevalentes en la población general (10). La mayoría de obsesivos lo son de algo: de las responsabilidades domésticas, del trabajo o de los estudios. También los hay del deporte, pero no hemos incluido ningún ejemplo.

Ninguna de estas viñetas corresponde a un paciente real. Sin embargo, cada una de ellas se ha pergeñado íntegramente con retazos de pacientes de carne y hueso, que aportaron la materia prima con la que se elaboraron. Las viñetas contienen pequeñas distorsiones en los elementos anecdóticos. Se trataba, sin alterar lo fundamental, de impedir la potencial identificación de los protagonistas.

Todos ellos se sabían obsesivos u obsesionados, pero ninguno acudió para dejar de serlo o estarlo. Acudieron por depresión, ansiedad, insomnio o excesiva irritabilidad. Algunos pidieron consulta por exigírselo sus familiares, hartos de sus actitudes y comportamientos.



2. Los trastornos paralelos de la personalidad

La mayoría de autores entienden que el término "personalidad" se refiere a aquellas predisposiciones conductuales estables en las que unos individuos se diferencian de otros. Sabemos que ante una misma situación lo más probable es que distintos individuos reaccionen de modos distintos. Es evidente que, al menos en parte, esas diferencias dependen de la "forma de ser" o personalidad de cada uno. Nos referimos a esas características que tienden a no cambiar en exceso ni en función del contexto ni con el paso del tiempo.

En realidad, las diferencias de personalidad no son un fenómeno exclusivamente humano. Se han podido observar también en el mundo animal, especialmente entre Primates. Cada especie animal tiene sus propios patrones de conducta específicos (valga la redundancia) pero, dentro de esos límites, existen variaciones entre especímenes, y esas variaciones tienen a menudo un carácter duradero. Así, unos chimpancés son más o menos curiosos que otros, más o menos glotonos, agresivos, independientes, sumisos, amistosos, más o menos dados a jugar con las crías, a vagar en solitario, etc.

⁵ Sam Cox (1994), artista inglés que se hace llamar *Mr Doodle* (El Señor Garabato). Vídeo sobre su técnica en <https://totenart.com/noticias/mr-doodle-el-artista-obsesivo-compulsivo>

Los seres humanos no solamente somos conscientes de que cada uno tiene sus particularidades en el comportamiento, sino que comentarlas ha constituido siempre un interés primordial y una inagotable fuente de material sobre el que conversar. Los antropólogos atestiguan que ya era una costumbre cotidiana entre nuestros antepasados cazadores-recolectores.

En un primer momento, la Psicología se aplicó al estudio científico de las personalidades mediante el uso de cuestionarios de respuesta múltiple. "Rasgo" es el término con el que se empezó a identificar cada una de esas características en las que se producen las diferencias entre sujetos. Habitualmente los rasgos no son dicotómicos, algo que se tiene o no se tiene, sino más bien un *continuum* en el que es posible situarse en distintos puntos. Por ejemplo, en el rasgo "antipatía" cada individuo puede situarse entre un máximo (antipático a más no poder) y un mínimo (nada antipático, simpatiquísimo).

Al menos desde Kurt Schneider (22), la Psiquiatría hizo suya la idea de que la personalidad de algunos individuos se desvía fuertemente de la media y que, además, lo hace de un modo anormal. En la aproximación psiquiátrica tradicional al asunto de la personalidad patológica, ésta no constituye un magma informe, o un único diagnóstico, sino que se divide en entidades concretas. La clasificación psiquiátrica era inicialmente "tipológica", lo que implica que la pertenencia de un paciente al tipo A excluye la pertenencia de ese mismo sujeto al tipo B. Este abordaje tipológico se iría diluyendo con el tiempo, de modo que hoy se admite el diagnóstico de dos o más alteraciones de la personalidad en un mismo individuo.

Si fijamos nuestra atención en los trastornos concretos de la personalidad que figuran en los manuales y clasificaciones, nos topamos con una curiosidad: algunos de ellos guardan una estrecha relación con alguna de las enfermedades psiquiátricas propiamente dichas. Así:

- la histeria (o neurosis histérica) con la personalidad histérica (histrionica a partir del DSM-III),
- la esquizofrenia con la personalidad esquizoide (y con la personalidad esquizotípica, identificada más recientemente),
- la paranoia, con la personalidad paranoide,
- y la neurosis fóbica con la personalidad evitativa.

Entre la personalidad y la enfermedad se suponen básicamente dos tipos relación:

1. Por un lado, la asociación estadística. Se supone que entre los sujetos con la personalidad A ha de ser mucho más frecuente que en la población general el desarrollo de la enfermedad A'; y que entre los sujetos con la enfermedad A' los antecedentes de personalidad A han de ser más frecuentes que en el resto. La posibilidad de que la enfermedad desencadene un cambio de personalidad nunca se contempla. Resumiendo: $A \Rightarrow A'$.
2. Por otro lado, personalidad y enfermedad se han de parecer; existiría una semejanza fenomenológica entre síntoma y rasgo, siendo este último más generalizado y difuso, más resistente al cambio y más egosintónico. O sea: $A \approx A'$.

La personalidad obsesiva, según algún estudio, es el trastorno de la personalidad más frecuente en la población general y podría llegar a afectar casi a uno de cada 13 adultos, al menos en los EEUU (10). Probablemente no ha recibido una atención acorde con su alta prevalencia y las importantes repercusiones que acarrea.

El trastorno no sería sino la versión-rasgo de la neurosis obsesivo compulsiva. Pero, ¿es eso así? Esa relación que se da por supuesta, ¿de veras existe? Cierta semejanza fenomenológica es indudable. Salta a la vista que ambas (enfermedad obsesiva y personalidad *ídem*) comparten la anormal tendencia a concentrar todos los pensamientos y toda la actividad en un campo de intereses restringido, y a darle incansablemente "vueltas a lo mismo". Pero a veces las apariencias engañan.

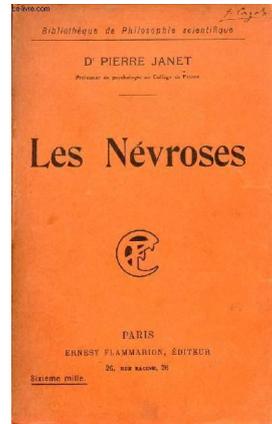
3. Personalidades obsesivas

Para empezar, un breve repaso histórico.

3.1. La psicastenia de Janet (1903)

Los orígenes de la personalidad obsesiva suelen situarse en la psicastenia, un diagnóstico concebido y desarrollado por Janet en 1903 que no le sobrevivió más que como referencia histórica.

Janet expuso la clínica y sus consideraciones etiológicas sobre la psicastenia en varios libros y a lo largo de varios años. Para repasarlas, nos ceñiremos al trabajo *Les névroses* (15), publicado en 1909. En esta obra intentó condensar sus opiniones sobre las dos neurosis que habían atraído su atención a lo largo de los años anteriores: la histeria y su psicastenia.



Pierre Janet

Este apartado puede resultarle al lector excesivamente prolijo e incluso tedioso. Para el que prefiera omitirlo adelantamos la conclusión, muy sencilla: la descripción clínica de la psicastenia no tiene nada que ver con la personalidad obsesiva. Atribuirle ese rol primigenio constituye un error. En todo caso, fue un anticipo del futuro "carácter neurótico".

La psicastenia incluye un amplísimo abanico de síntomas psiquiátricos de todo tipo, si bien quedan excluidos los más claramente histéricos (conversivos y disociativos) así como los psicóticos. Por otro lado, la clínica anancástica es la más relevante en el conjunto, con diferencia.

LAS NEUROSIS

El término "neurosis" fue acuñado en la segunda mitad del siglo XVIII por el médico y erudito escocés William Cullen (5) para referirse a una de las cuatro grandes Clases en que pretendía distribuir la totalidad de las enfermedades humanas. Cada clase, a su vez, dividida en órdenes, familias, géneros y especies, siguiendo el método de Linneo. Las tres clases restantes eran *pyrexiae* (enfermedades con fiebre), *cachexiae* (enfermedades resultantes de los malos hábitos) y *locales* (enfermedades localizadas).

A su vez incluía en las neurosis "...todas las enfermedades del sentido y del movimiento, en las cuales la pirexia no constituye una parte de la enfermedad definitiva; y a todas las que no dependen de una afección local de los órganos, sino de una afección más general del sistema nervioso".

Cullen no hizo sino dar continuidad a las ideas de Sydenham, quien había atribuido un papel central al sistema nervioso en el funcionamiento del organismo y en la génesis de la enfermedad. Sydenham desechó teorías clásicas como la de los desequilibrios humorales o la de los movimientos uterinos. A su vez, inauguró el amplio capítulo de las "enfermedades nerviosas", que Cullen rebautizaría como "neurosis" (durante mucho tiempo ambas expresiones fueron intercambiables).

Como cabe esperar, tratándose nada menos que de una de las cuatro grandes Clases en que se repartían todas las enfermedades, el listado de afecciones que incluía era realmente amplio. Janet (15), citando a Sandras (1851), las enumera: vómitos, diplopía, amaurosis, sordera, convulsiones, estado nervioso, afecciones intermitentes periódicas, histeria, eclampsia, tétanos, hidrofobia, alucinaciones, sonambulismo, letargia, catalepsia, melancolía, nostalgia, hipocondría, delirio pasajero de las pasiones, ciertas intoxicaciones, ciertas fiebres, corea...

A lo largo del siglo XIX las discrepancias se sucedieron. En ningún momento se alcanzó un acuerdo pleno, ni sobre el concepto mismo de neurosis ni sobre las especies mórbidas que debían cobijarse bajo ese paraguas.

"(...) Grasset, en la cuarta edición de su *Traité des maladies nerveuses*, de 1894, añade, no solamente la enfermedad de Parkinson, sino el bocio exoftálmico de Basedow. M Raymond, en sus últimos artículos de 1907, no dudó en adjuntar la psicastenia que yo había descrito en 1905..." (15).

Ahora bien, a medida que las patologías neurológicas se iban aislando y describiendo con mayor precisión, éstas tendían a desgajarse una a una. En consecuencia, la neurosis, progresivamente, dejó de ser la amplísima Clase que Cullen había concebido para transformarse en una familia mucho más restringida y circunscrita al campo de la psiquiatría: neurosis de angustia, neurosis fóbica, neurosis histérica, neurosis obsesiva, neurosis de carácter, neurosis hipocondríaca, de renta... así como otras variedades más anecdóticas.

"Pero la mayoría de autores no añaden nada al dominio de las neurosis, sino que, al contrario, le quitan. Muchos fenómenos antiguamente llamados neuropáticos son adscritos a las diátesis, a las enfermedades infecciosas, a las intoxicaciones, a las compresiones, irritaciones, traumatismos, que actúan sobre la emergencia cerebral o raquídea de los nervios, o en algún punto de su trayecto. Es así que el tétanos, considerado durante mucho tiempo un tipo de neurosis, ha llegado a ser una enfermedad infecciosa relacionada con el bacilo de Nicolaïef, que la angina de pecho ha llegado a ser una enfermedad de las arterias coronarias, etc." (15).

Si, por un lado, el repertorio de neurosis concretas tendía paulatinamente a disminuir, la definición del concepto había encallado en un punto que no resultaba satisfactorio, pero del que tampoco se sabía cómo salir.

"Sandras entiende por enfermedades nerviosas 'todas aquellas en las que las funciones del sistema nervioso se encuentran alteradas, sin que, en el actual estado de nuestros conocimientos, se pueda encontrar, como causa original, una alteración material, localizada y necesaria de los órganos'" (15).

Esta definición por exclusión adolecía de importantes inconvenientes. Si la ausencia de lesiones es lo que realmente caracteriza a las neurosis, entonces entraríamos en el absurdo de una enfermedad sin alteraciones corporales, algo que resultaba inconcebible. Por otro lado, si de lo que se trata es de que las lesiones todavía no se han identificado, quedaría por aclarar si subyace a los múltiples síntomas de las neurosis una sola localización o si se trata de una afectación de distintos puntos del cerebro (y, por ende, de enfermedades distintas).

Existía, de todos modos, una explicación novedosa, según la cual la causa de las neurosis no había que buscarla en ninguna lesión cerebral, sino que se situaba en el terreno psicológico. A lo largo del XIX se habían acumulado las observaciones de alienistas, psicólogos y magnetizadores que apuntaban a que es en los pensamientos, emociones y sentimientos donde había que buscar la génesis de los síntomas neuróticos.

Esta explicación no satisfacía a Janet, que seguía pensando en una necesaria etiología orgánica. Lo que sí estaba dispuesto a admitir es que, en su manifestación exterior, las neurosis (las pocas que quedaban en los albores del s. XX) tenían un denominador común. Este elemento compartido es el que le inclinaba a pensar, o bien en una misma enfermedad, o bien en un conjunto de enfermedades estrechamente emparentadas.

La original teoría de Janet afirma que son las "funciones" (alimentación, funciones intelectuales, funciones viscerales...) lo que se altera en las neurosis. Estas funciones están constituidas por una multiplicidad de elementos que van de los más simples a los superiores; los últimos se desarrollan necesariamente con posterioridad a la adquisición de los primeros. Si tomamos la alimentación como ejemplo de función, la secreción gástrica sería uno de los elementos más simples de la misma. Llevarse un alimento a la boca se situaría en un nivel superior. Y desplegar adecuadamente el conjunto de normas y rituales exigidos por una cena formal con desconocidos se situaría en el tramo más alto del escalafón, el de las conductas que se desarrollan en último lugar. Esta teoría, brevemente expuesta, explicaría el frecuente inicio en la adolescencia, el agravamiento coincidiendo con los momentos más delicados en la vida

de las personas (como el matrimonio) o la mayor dificultad en localizar la lesión causante, dado que esta tendría un asiento mucho más difuso en la corteza cerebral. En otras palabras, de acuerdo con Janet, las neurosis serían la consecuencia de un fallo en el proceso madurativo de las funciones. La detención se habría producido justo en el momento de la adquisición de los elementos más elevados y complejos de cada una de las mismas. De este modo se explica esa sensación, -expresada por los familiares- de infantilismo, de detención temprana del devenir biográfico.

Janet emplazó su psicastenia como variante de una única enfermedad, *la neurosis*, o formando parte de un grupo de enfermedades estrechamente emparentadas, *las neurosis*. Pero el asunto que ahora nos ocupa es otro: ¿es cierto que es en la psicastenia donde hay que buscar el nacimiento, o cuando menos la prefiguración, del trastorno obsesivo de la personalidad?

Para responder a esta pregunta tomaremos en consideración cada uno de los elementos que Janet integró en el cuadro clínico. De este modo, nos será posible contrastar hasta qué punto esos elementos anticipaban los rasgos de la actual personalidad obsesiva.

LOS SÍNTOMAS DE LA PSICASTENIA

Los psicasténicos se caracterizan, en primer lugar, por unas ideas que el autor denomina "obsesiones de los psicasténicos". Éstas se definen por oposición a las "ideas fijas" que surgen en las pacientes histéricas durante las crisis disociativas. Efectivamente, mientras las últimas se olvidan una vez finalizado el episodio crítico, los psicasténicos son plenamente conscientes de sus obsesiones. En todo caso, pueden tener dificultad en contarlas, por resultarles incómodas y embarazosas (un avance del carácter egodistónico que con el tiempo se les atribuiría).

Las ideas obsesivas -según el autor- se acompañan a menudo de dos fenómenos: los impulsos (o "impulsiones") y las dudas irrefrenables.

El concepto actual de idea obsesiva es más amplio que el de Janet e incluye:

- La mayor parte de lo que Janet etiquetaba como obsesiones.
- Buena parte de lo que el autor denominaba impulsos o impulsiones (las llamadas fobias de impulsión). El resto de los impulsos de Janet corresponden a las compulsiones del actual TOC o a episodios de auténtico descontrol impulsivo.
- Finalmente, las "dudas irrefrenables" de Janet hoy también se incluyen entre las ideas obsesivas.

En otras palabras: lo que para Janet son fenómenos que acompañan a las obsesiones, en la actualidad se considera que, en su mayor parte, también son obsesiones.

Asimismo, Janet desarrolló los temas o contenidos característicos de las obsesiones. La exposición de muchos de ellos conserva plena vigencia.

Las obsesiones e impulsos sacrílegos consisten en la repetición de imágenes mentales completamente inaceptable para una persona religiosa o en impulsos a la realización de actos constitutivos del mayor de los pecados: el sacrilegio.

Impulsión al crimen: "(...) piensan constantemente en alguna acción criminal que no quieren cometer, pero hacia la que se sienten tentados" (15). Así descritas, las impulsiones de los psicasténicos apenas se diferencian de cualquier otro impulso (a prender fuego a un bosque, a violar...) al que el paciente se resiste con uñas y dientes. Pero sí hay una diferencia. La fobia de impulsión, más que un auténtico impulso, es una fantasía, un temor irracional a que el impulso pueda surgir y, sobre todo, a no poderlo dominar. Esta diferencia ya había sido vagamente atisbada por Janet: "(...) **se figura que es empujado** a violar una anciana, sobre un banco, frente a una iglesia" (15). No es que sea empujado (por un impulso) y se resista al mismo, es simplemente que "se figura" serlo.

Las obsesiones e impulsiones genitales. "Cuántas jovencitas tienen miedo de verse libres, queriendo refugiarse en conventos, porque se figuran ser empujadas a acercarse a sus

hermanos o a todos los hombres que entran" (15). Entre las obsesiones genitales de los psicasténicos Janet incluyó las de aquellos individuos que afirman sentirse atraídos por las personas de su mismo sexo. En realidad, temen sentirse atraídos por las personas de su mismo sexo, y se representan imaginariamente las situaciones temidas. Pero no se trataría de un verdadero deseo homosexual.

El variopinto apartado de las "obsesiones e impulsiones de la vergüenza de uno mismo" incluye fenómenos que hoy no relacionaríamos con la clínica anancástica y cuyo denominador común son los sentimientos de desprecio, remordimientos, desagrado y - sobre todo - vergüenza, en relación con sí mismo.

Psicastenia

"(...) El enfermo se atormenta y se acusa constantemente por todo lo que hace. Tiene que denigrarse y humillarse e incluso castigarse a sí mismo y torturarse (...) Lo mismo se trata de un disgusto referido a su inteligencia que a los sentidos; los enfermos están convencidos, o pretenden estarlo, de que no pueden ver ni oír. Quieren verificar todos los objetos tocándolos y vuelven a tocarlos una y otra vez. Se obsesionan con el pensamiento de la locura, pretenden estar locos y, lo que es peor, se sienten empujados a comportarse como locos: 'veo las casas y las personas al revés, digo tonterías, voy a estampar mi cabeza contra las paredes, miren mis ojos y verán mi mirada perdida'. Tienen la obsesión de que su personalidad ha cambiado y de que su memoria se ha transformado" (15).

En este apartado incluye igualmente el *déjà vu*, y otro fenómeno - este sí - de claras connotaciones anancásticas: "(...) las jóvenes atormentadas por el pensamiento de que no aman a sus novios" (15).

El apartado de las "obsesiones de la vergüenza del propio cuerpo" incluye otros cuadros sintomáticos que tampoco corresponden, ninguno de ellos, al actual trastorno obsesivo compulsivo: anorexias nerviosas, fobias sociales simples (temor a la rubicundez, a la escritura en público...), el espasmo del escribiente, la aversión sexual o el delirio olfativo de referencia. Se mencionan igualmente la "vergüenza por las funciones de la vejiga" (¿fobia social?) y la "obsesión relativa a los gases abdominales de esas personas que se enclaustran voluntariamente" (que parece cercano al conocido como delirio olfativo de referencia).

Las obsesiones hipocondríacas cierran el capítulo de las obsesiones. El autor menciona temores como el de tragar agujas, la suciedad, la contaminación, el contagio o contraer cualquier enfermedad. Son temores que a menudo tienen un marcado carácter egodistónico y recurrente, y que conducen a la realización de rituales obsesivos.

Finalmente, Janet nos habla de las "obsesiones incompletas", entre las que incluye patologías igualmente ajenas a nuestro trastorno obsesivo compulsivo, como la dipsomanía y la morfinomanía. Las obsesiones incompletas se caracterizan por la presencia de un impulso en ausencia de la correspondiente idea obsesiva. También incluye en este capítulo los remordimientos derivados de la creencia de haber cometido un crimen en el pasado (¿depresión delirante?, ¿síndrome de los falsos recuerdos?).

Las observaciones de Janet no se limitaban al *contenido* de las ideas obsesivas sino también a la *forma*. Definió con gran precisión en qué consiste ese carácter *egodistónico* que les atribuimos a las ideas obsesivas: "**Duda enormemente de su idea (...) no tiene la impresión de que la idea le pertenezca (...) parece imponérsele (...) carece de certitud, de libertad (...) está dispuesto a declarar que su obsesión es ridícula, lo que no impide que se preocupe y piense en ella sin cesar**" (15).

El cuadro clínico de la psicastenia de Janet no se limitaba a las ideas obsesivas y los fenómenos asociados a las mismas (dudas e impulsiones), sino que incorporó otros elementos como las "agitaciones verbales psicasténicas". Estas agitaciones incluían, en primer lugar, la tendencia de algunos pacientes a hablar incesantemente de sus vivencias obsesivas, aburriendo a las personas de su entorno con sus interminables relatos. También englobaban las que podemos denominar "compulsiones verbales", en las que el paciente no puede resistirse a la necesidad imperiosa de enumerar los objetos que va viendo, pronunciar palabras soeces o sacrilegios, repetir palabras inventadas y sin sentido, etc. Subrayó también,

acertadamente, que el paciente puede limitarse a musitar dichas palabras o a repetir las mentalmente sin que nadie pueda percatarse de ello.

Los tics de los neurasténicos se referían a contracturas musculares breves y limitadas a un pequeño grupo muscular (principalmente en la cara). Hoy sabemos que tales tics no constituyen un fenómeno puramente obsesivo, aunque en algunas ocasiones sí pueden asociarse al TOC.

Janet también incluyó entre los tics otro tipo de movimientos; nos estamos refiriendo a compulsiones anancásticas que, a diferencia de los tics, mantienen una vaga conexión lógica con las ideas obsesivas.

En este capítulo se incluyen las "manías de verificación", como la del paciente que una y otra vez sacude la cabeza para verificar que el sombrero sigue en su sitio, o la de la paciente que no puede evitar palpar su propio cuerpo para demostrarse que no ha engordado o la compulsión de la adolescente que repetidamente se golpeaba tres veces la cabeza y se tocaba la oreja para comprobar que su pendiente seguía en su sitio y se encontraba bien sujeto. Un paciente con "manía de simetría" andaba saltando de piedra en piedra con el fin de proporcionarles a sus dos pies las mismas sensaciones. Los pacientes con "manías del símbolo" realizan pequeños gestos o movimientos que para ellos entrañan un significado totalmente arbitrario. En las "manías de tentación" el enfermo se limita a iniciar un gesto (como el de un golpeo) que en realidad nunca consuma. Entre las "manías de precaución" destacan sin duda las compulsiones de lavado, sin ser las únicas. Las "manías de repetición" incluyen la repetición de secuencias motoras estandarizadas. Otro tipo de compulsiones buscan compensar un desequilibrio (como el paciente que buscaba un hombre al que dar la mano después de dársela a una mujer) o expiar una culpa por un acto todavía no cometido (por ejemplo, mediante la incesante repetición de oraciones).

Los síntomas de la neurastenia que Janet adjudicó al capítulo de las "fobias de acción y de situación" son los siguientes:

- Aquellos cuadros en los que una intensa angustia impide al paciente la realización de una determinada tarea. No aporta ejemplos, pero sin duda corresponde a la "ansiedad de ejecución" que en algunos pacientes se asocia a actividades como los exámenes, la conducción, el desempeño de la actividad laboral, etc.
- La *akinesia algera* puede afectar a individuos que han sufrido un accidente que ha dejado, como secuela, un dolor más o menos intenso. El terror a reactivar el dolor los lleva a una importante parálisis totalmente desproporcionada.
- Los pacientes con basofobia no se atreven a andar (?).
- Los enfermos con acatisia no pueden quedarse quietos en una silla.
- En las fobias a objetos, la ansiedad se desencadena por la mera visión de un determinado de objeto.
- La agorafobia
- La claustrofobia
- Las fobias a situaciones sociales, entre las que se puede mencionar la eritrofobia.

Ninguna de estas patologías puede realmente situarse en el campo de los trastornos obsesivos.

En el capítulo de las "algias de los psicasténicos" se incluyen aquellos cuadros caracterizados por un dolor que afecta lo mismo a músculos concretos que a órganos. El dolor puede ser más o menos continuo o producirse únicamente cuando el músculo u órgano es obligado a trabajar, o bien es sometido a la palpación o presión. El dolor persistente puede ir de la mano con la convicción de padecer alguna enfermedad, como el cáncer. El dolor puede inmovilizar al paciente durante meses, así como hacer que este no permita ser explorado. Los picores y molestias cutáneas de todo tipo producen un gran malestar y se pueden interpretar, a veces, como "ranas que se mueven bajo la piel, una lengua desagradable lamiendo, gusanos, intestinos podridos deslizándose...". Hay pacientes a los que les resultan penosos los olores (a un enfermo todos le recuerdan a los fluidos corporales, otro los asocia al temor a

inhalar elementos tóxicos...). Aún otros no toleran los ruidos, lo que los lleva a emprender cambios de domicilio, a insonorizar su vivienda, etc. La microfonofobia se caracteriza porque son pequeños ruidos, no particularmente intensos, los que atormentan al paciente. La paciente fotofóbica de Janet tenía tal intolerancia al simple hecho de ver, que se veía forzada a taparse por completo los ojos y a actuar como si fuese ciega.

Entre las "disgnosias de los psicasténicos" Janet situó un repertorio bastante dispar de fenómenos clínicos que incluyen alteraciones en el ámbito cognitivo, sensorial y en el de la "familiaridad" de las vivencias psíquicas. La primera de las "disgnosias" es la de aquellos pacientes que sienten que su atención está alterada, distraída, y no pueden reflexionar sobre lo que oyen. Otro grupo de pacientes es el formado por aquellos que perciben los objetos circundantes como pequeños, lejanos o extraños. Otra disgnosia es la de aquellos que ven los objetos dobles, deformados o transformados. También menciona a quienes sienten que la realidad circundante es meramente imaginaria o incluso un sueño. Un síntoma semejante al *déjà vu* es el de aquellos pacientes que notan que sus palabras, sus actos o sus sensaciones son la repetición de palabras, actos o sensaciones que ya se habían producido en el pasado, en el mismo orden y exactamente del mismo modo. A algunos pacientes psicasténicos les parece que todo se ha dado la vuelta, de modo que lo que antes estaba a la derecha ahora está a la izquierda y viceversa. Finalmente, los sentimientos de despersonalización incluyen desde la simple extrañeza de uno mismo, hasta el sentimiento de haber desaparecido, haber sido reemplazado o, en los casos más graves, de estar muerto.

En el capítulo de las "alteraciones de los instintos y de las funciones viscerales", Janet desarrolló un amplio repertorio de síntomas compartidos con los pacientes histéricos. Entre ellos podemos destacar: el insomnio, la hiperfagia y la polidipsia. Las "sitiérgias psicasténicas" diferían de la anorexia histérica en que el rechazo de los alimentos derivaría de las ideas obsesivas o fóbicas: escrupulosos defensores de la vida animal, escrupulosos que piensan que no han hecho lo suficiente como para merecer el alimento... Aquí incluía también los hipocondríacos, temerosos, por ejemplo, de ensanchar el estómago o producir demasiadas heces. A diferencia de los vómitos histéricos, los de los psicasténicos son autoprovocados y responden a la necesidad de aliviar un malestar que sienten después de haber comido. Tanto la histeria como la psicastenia pueden cursar con polaquiuria, pero en el segundo caso suele derivar de rituales que obligan al paciente a regresar repetidamente al servicio. En cuanto a las "retenciones" de los psicasténicos pueden deberse a la timidez, a diversas molestias, a ideas hipocondríacas o a escrúpulos en torno a la micción.

Las "crisis de agitación de los psicasténicos" se desencadenan, en algunos casos, ante la obligación de realizar una acción (como comer en público) que al paciente le resulta penosa. A los hipocondríacos, las crisis se las desencadenan acciones como orinar, andar, o mover alguna parte del cuerpo. Piensan que este tipo de acciones pueden resultar lesivas para su salud. En la descripción de Janet (que en buena medida nos remite a las crisis de angustia) las "crisis de agitación" cursan con tres órdenes de síntomas: las cavilaciones, los movimientos variados (conatos autolimitados de agitación motora, que no suelen ir más allá de la rotura de algún pequeño objeto) y las alteraciones viscerales (palpitaciones y respiración acelerada).

A las crisis de agitación les preceden los "períodos de depresión de los psicasténicos". Constituyen, por así decirlo, el fondo en el que episódicamente se desatan las crisis durante lapsos más recortados de tiempo. Lo que define los períodos depresivos son los "fenómenos de insuficiencia": insuficiencia de la atención, insuficiencia de la memoria e insuficiencia de la voluntad (con las innumerables variedades de la abulia). También la despersonalización, la desrealización, la indecisión, la lentitud, la incapacidad para terminar los actos, son elementos propios de los períodos depresivos.

Janet habla de un "estado mental psicasténico", de una emotividad característica de los enfermos psicasténicos. ¿Cómo reconocerla? Las palpitaciones, la respiración irregular o la rubicundez no son de utilidad para distinguir la angustia de los pacientes psicasténicos del miedo normal y natural en el ser humano. La diferencia hay que buscarla en otra parte, que el autor plasma en dos rasgos generales: la pérdida de la función de realidad y la disminución de la tensión psíquica.

Por "pérdida de función de lo real", si descendemos a un plano algo más concreto, Janet se refería a cosas como la indecisión, la falta de capacidad resolutive, de convicción y de atención. El psicasténico sería incapaz de experimentar sentimientos ajustados a la situación, y viviría en una permanente sensación de carencia de plenitud, de irrealidad. El presente les resulta insoportable, y prefieren refugiarse en el pasado, en sus fantasías, psicologizar o filosofar. Torpes, carentes de sentido práctico, evitan todo tipo de compromisos y esfuerzos, dado que las exigencias de la realidad no hacen más que azucar sus debates internos, sus escrúpulos y sus angustias.

La "disminución de la tensión psíquica" supone que el paciente psicasténico se hallaría en un estado semejante al del cansancio o la somnolencia. En consecuencia, experimentaría el mismo tipo de fenómenos que se asocian a estas dos condiciones, si bien de un modo más intenso y persistente. Es así como el autor interpreta los trastornos motores, la irritabilidad, las ensoñaciones obsesivas, las alteraciones viscerales, el tedio, la pérdida de precisión en la acción, la lentitud en traer los recuerdos a la conciencia... La pérdida de tensión mental se desencadenaría, en sujetos predispuestos por la herencia, por factores como las intoxicaciones, el cansancio o los impactos emocionales. Esa energía que el paciente retira de las funciones cerebrales superiores es la que, a su vez, propiciaría la explosión de "fenómenos inferiores".

LA PSICASTENIA NO ANTICIPA LA PERSONALIDAD OBSESIVA

Hasta aquí el resumen de la prolija descripción clínica de la psicastenia. ¿Hay algo en ella que nos permita afirmar que prelude, esbozó o introdujo la futura personalidad obsesiva? La respuesta parece incuestionable: no.

LAS NEUROSIS, TAMPOCO

¿Y qué decir de los elementos comunes a todas las patologías neuróticas (histeria, psicastenia y, eventualmente, otras neurosis)? Para Janet, los neuróticos sufren una debilidad general del sistema nervioso que se expresaría en un conjunto de "estigmas".

Los neuróticos se sienten débiles y descontentos consigo mismos. Piensan que sus sentimientos, palabras y acciones son poca cosa, incompletos, que pasan desapercibidos. El gran estigma de los neuróticos es el aburrimiento; ningún estímulo exterior es capaz de sacarles de su estado.

La insatisfacción del neurótico hace que se suma en interminables lamentaciones o bien que dedique toda su energía a la búsqueda de aquello que lo pueda rescatar de su situación. El paciente puede buscar la excitación que alivie su malestar en el alcohol, la comida, los paseos o los gritos, o bien buscar la atención, el apoyo y el afecto de otras personas. Para ello no dudará en incurrir en las mayores excentricidades.

La pereza y la tendencia a la ensoñación se acompañan de una marcada dificultad para mantener la atención y memorizar, por lo que una primera manifestación frecuente de la neurosis es el abandono de los estudios.

La vida emocional de los neuróticos, al decir de Janet, se distingue por un debilitamiento, de modo que apenas reaccionan emocionalmente a las circunstancias y no hacen sino repetir el mismo despliegue de emociones una y otra vez. Indecisos, inseguros y faltos de voluntad, son incapaces de iniciar ninguna actividad novedosa, por lo que repiten indefinidamente las mismas rutinas. En general, sus acciones son lentas, no acaban a tiempo y finalmente las abandonan. Por su debilidad, son también incapaces de enfrentarse o defenderse. En los internados, los niños neuróticos son fácilmente objeto de burlas y humillaciones.

Absolutamente nada de esto nos recuerda a los obsesivos que hemos presentado al principio de este capítulo; incluso se diría que se sitúan en el polo opuesto. Habrá que buscar el origen de la personalidad obsesiva en otra parte.

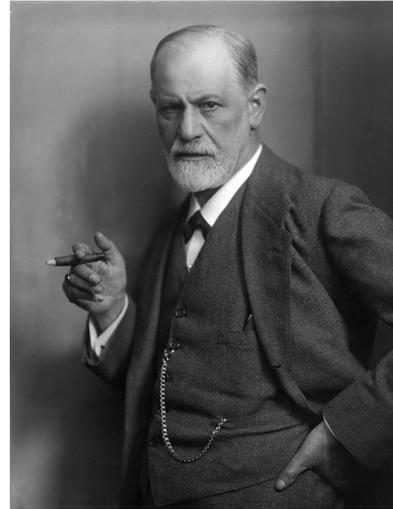
3.2. Freud (1909)

Freud. Carácter anal.

“Las personas que voy describir merecen nuestra atención por presentar regularmente una asociación de tres características: son **rigurosas, tacañas y tenaces**. Cada una de estas palabras engloba un pequeño grupo de rasgos característicos emparentados. La cualidad de ‘riguroso’ comprende tanto la **pulcritud individual** como la **escrupulosidad en el cumplimiento de los deberes habituales** y la **fiabilidad personal [en el sentido de ser una persona ‘de palabra’]**; lo contrario de ‘pulcro’ sería, en este sentido, descuidado o negligente. La exageración de la **tacañería** puede devenir en **avaricia**, y la tenacidad convertirse en **obstinación**, enlazándose a ella fácilmente una **tendencia a la cólera e inclinaciones vengativas**” (8).

En este breve párrafo Freud nos introducía un tipo psicológico que, con matices, se corresponde con el moderno trastorno obsesivo de la personalidad. Sin embargo, la denominación que le dio a este carácter fue otra: “anal”. ¿Por qué anal? ¿Qué tienen que ver con el ano un subgrupo de personas particularmente perfeccionistas, tacañas y tenaces?

Según Freud, el proceso madurativo comporta una serie de etapas consecutivas en las que la libido se va fijando a distintas mucosas, siguiendo un orden preestablecido. Una de dichas etapas es la anal, en la que la principal fuente de placer derivaría de dos actividades: la retención de las heces y su expulsión.



Sigmund Freud

Pues bien, las historias clínicas de pacientes con los mencionados rasgos de personalidad le habrían revelado que, en su infancia, las conductas vinculadas al erotismo anal habrían tenido en ellos una particular importancia y duración.

Freud. Carácter anal.

“Es fácil recoger en la historia de la infancia temprana de estas personas que les llevó relativamente mucho tiempo superar la incontinencia fecal infantil, y que incluso en una infancia más tardía sufrieron fallos esporádicos de esa función. De niños, parece que habían figurado entre aquellos que se niegan a vaciar el intestino cuando se les sienta en el orinal, **porque derivan un placer subsidiario de la defecación**, puesto que nos dicen que incluso unos años más tarde disfrutaban evitando la defecación, y recuerdan -aunque con menos reparos de sus hermanos y hermanas que de sí mismos- realizar todo tipo de acciones indecorosas con las heces ya expulsadas. De estos indicadores inferimos que estas personas **nacieron con una constitución sexual en la que erogenicidad de la zona anal es particularmente fuerte**” (8).

Dado que estas conductas directamente vinculadas al placer anal acaban desapareciendo, Freud postuló que los rasgos de carácter dependerían de la intervención de mecanismos secundarios como la formación reactiva o la sublimación. De este modo, la obstinación del adulto reproduciría la terquedad del niño en retener las heces. Los numerosos mitos, cuentos y supersticiones que equiparan el dinero con la suciedad, o directamente con las heces (como la creencia babilonia de que el oro es “las heces del infierno”) apoyan también la relación que Freud encontró entre rasgos de personalidad y antecedentes de hipererotismo anal.

(Hasta donde sé, ninguna investigación posterior ha podido confirmar estos antecedentes defecatorios en los sujetos diagnosticados de personalidad obsesiva).

Hay que destacar que en su escrito Freud no hizo ni un solo comentario sobre la relación entre el patrón “anal” de personalidad y la neurosis obsesiva que también él había

individualizado unos años antes. El único nexo que -implícitamente- se establece es etiológico: los orígenes de ambas deben buscarse en la misma fase del desarrollo psicosexual.

Finalmente se acabaría aceptando la idea de que esos individuos perseverantes, autoexigentes, perfeccionistas y avariciosos representaban la versión-rasgo de la neurosis obsesiva. Acabó pareciendo algo obvio. No valía la pena darle más vueltas.

3.3. Ernest Jones (1918)

Ernest Jones fue un neurólogo y psicoanalista galés, autor prolífico y primer gran divulgador del pensamiento freudiano en lengua inglesa.

En 1918 publicó "Rasgos de carácter erótico-anales" (16). La mayoría de autores reconocen este capítulo como el siguiente gran hito (tras la descripción del carácter anal por parte de Freud) en la historia de la personalidad obsesiva. Efectivamente, su aportación no fue menor:

- Describió más detalladamente los componentes del erotismo anal infantil y vinculó cada uno de ellos con rasgos y conductas concretos propios de la edad adulta.
- Profundizó en los rasgos de la "personalidad anal" que Freud se había limitado a esbozar unos años antes.
- Amplió las manifestaciones del carácter anal de Freud (añadiéndole a la descripción freudiana original sus propias aportaciones y las de Sadger).



Ernest Jones

Muchas de estas adiciones - aunque no todas - se han conservado en las descripciones clínicas posteriores.

Las siguientes citas nos proporcionan una visión general de los componentes del erotismo anal, según el autor. Sobre cada uno de estos componentes puede actuar uno de dos posibles mecanismos defensivos: o la sublimación o la formación reactiva. A su vez, cada una de las posibles díadas así conformadas (faceta del erotismo anal + mecanismo defensivo) durante la infancia se relaciona con un abanico de conductas propias del adulto.

"La membrana mucosa que forra el ano y el canal anal posee la capacidad de dar lugar, al ser excitada, a sensaciones sexuales, igual que lo hace la que cubre la entrada al tracto de la alimentación. Las sensaciones varían en intensidad con la fuerza del estímulo, hecho a menudo aprovechado por los niños, quienes en ocasiones pospondrán obstinadamente el acto de la defecación para aumentar la sensación placentera cuando eso ocurra, formando un hábito que puede llevar al estreñimiento crónico en la edad adulta" (16).

"Si consideramos primero la actitud del niño hacia el acto mismo (...) nos encontramos con que hay dos rasgos típicos que no faltan nunca (...) Uno es el empeño del niño en obtener tanto placer como le sea posible del acto, el otro es el esfuerzo por conservar el mayor control del mismo, en oposición a los esfuerzos educativos que se le imponen desde el entorno.

El primero de los empeños lo lleva a cabo posponiendo la defecación todo lo que puede. Se ha visto a niños llegar al extremo de ponerse en cuclillas y taponar el orificio con el talón para mantener las heces hasta el último momento posible, para luego defecar con intensa concentración, mostrándose en ese momento molestos con cualquier influencia exterior que les pueda molestar" (16).

"Uno puede separar, concretamente, el interés (...) puesto en el acto mismo de la defecación del puesto en el producto de ese acto" (16).

"El más típico producto de la sublimación de la tendencia a retener [las heces] es el rasgo de carácter de la avaricia (...) el rechazo a dar y el deseo de atesorar..." (16).

"(...) la tenacidad se relaciona sin duda con el primero de los dos intereses mencionados [el prestado al acto de defecar] y el sentido del orden con el segundo [el puesto en el producto, o sea, las heces] mientras que la mezquindad está determinada por ambos intereses por igual" (16).

"La principal formación reactiva aplicada a la tendencia a retener es el sentido aumentado del orden (...) una extensión de la limpieza, en concordancia con el dicho que afirma que 'la suciedad son las cosas en el lugar equivocado'" (16).

"Pasamos ahora a los rasgos de carácter que derivan del interés en el producto mismo de la excreción (...) Todos representan reacciones positivas (sublimación) o negativas (formación reactiva)" (16).

"(...) algo debe decirse de los copro-símbolos inconscientes (...) la comida (...) cualquier material sucio (...) la basura de la calle (incluyendo, por supuesto el estiércol), las sábanas sucias, polvo de carbón, deshechos de la casa o el jardín (...) el dinero y los niños" (16).

"(...) en una de las variedades el objetivo de la persona es lanzar el producto a otro objeto, vivo o no vivo (...) el impulso a manchar estatuas con tinta, o el impulso perverso de ensuciar a mujeres o su ropa lanzándoles tinta, ácido o sustancias químicas (...) la pasión erótica por los niños..." (16).

"Muchos niños consideran una injusticia que lo que han producido con tanto interés se les quite de golpe, y eso lleva a reforzar el resentimiento frente a cualquier interferencia sobre el individuo lo que resulta en intenso sentimiento contra cualquier forma de injusticia..."

"(...) Les inquieta particularmente la idea de que les puedan quitar algo contra su voluntad, especialmente si se trata de algo que simboliza las heces en el inconsciente, como sucede con el dinero..." (16).

"(...) la importancia que en la génesis del odio juega la interferencia educativa temprana en las actividades anal-eróticas" (16).

"El interés por el acto de la defecación lleva a menudo al interés por el escenario de la defecación, o sea, por el canal anal (...) tendencia a preocuparse por el lado oculto de varias cosas y situaciones. Esto puede manifestarse de modos muy distintos: en la curiosidad por el lado trasero u oculto de los objetos y lugares (como el deseo de vivir en el lado contrario de una colina porque le da la espalda a un lugar determinado), en la disposición a cometer numerosos errores al distinguir derecha o izquierda, Este y Oeste, en invertir palabras y letras al escribir, y así sucesivamente (...) fascinación por los pasajes subterráneos, canales, túneles, etc." (16).

"(...) las derivaciones psicológicas del complejo de flato, del interés del niño por la producción de gas intestinal (...) aversión por el aire ya respirado, con un fanatismo por el aire fresco, un interés apasionado por el control de la respiración..." (16).

Hay que distinguir entre aquellas conductas adultas que se integran en el carácter erótico-anal y aquellas otras que, aún guardando la relación genética con el erotismo anal infantil, se manifiestan de un modo aislado, y no necesariamente asociadas al resto de componentes de la susodicha personalidad. Es lo que puede suceder con las que se reflejan en las dos citas anteriores.

Otro tipo de comportamientos que el autor también vincula con el erotismo anal tienen un carácter demasiado universal como para integrarse en un determinado patrón de carácter.

"El complejo erótico-anal está genéticamente relacionado con dos de los instintos más fundamentales y de mayor alcance: el instinto de poseer y el de crear o producir respectivamente" (16).

“El deseo de manipular más el producto y crear a partir del mismo conduce a varias sublimaciones, empezando por la habitual afición de los niños a moldear y manipular el material plástico o la masilla. La sublimación más común en esta dirección es la cocina, que más tarde se puede sustituir por una aversión a cocinar o continuar como una pasión. Encuentra una amplia aplicación en otras dos esferas de la vida: la industrial y la artística. Ejemplos de la primera son el moldeado del metal, la construcción, la carpintería, el grabado, etc. mientras que ejemplos de la segunda son la escultura, la arquitectura, la artesanía de la madera, la fotografía, etc.” (16).

Tras esta breve digresión por tan curiosa faceta del pensamiento psicoanalítico, es hora ya de volver al asunto que nos ocupa: el de la descripción de la personalidad obsesiva (entonces anal). Sabemos ya que Jones detalló algo más los rasgos escuetamente introducidos por Freud unos años antes.

La tenacidad es el tercer elemento de la tríada freudiana. Conlleva, en primer lugar, una forma de entregarse a la tarea con el mayor esfuerzo e intensidad posibles, “como si en ello le fuera la vida”, por utilizar una expresión común. Jones hablaba de “concentración febril”. La tenacidad supone también el empeño en no finalizar hasta terminada la tarea, en detrimento del descanso, del sueño, de los placeres e incluso del resto de obligaciones, que son temporalmente aparcadas.

Personalidad anal-erótica. Ernest Jones.

“Y entonces se sumergen en el trabajo con una energía desesperada y a menudo casi feroz que nada puede desbaratar; cualquier interferencia supone una intensa molestia. Es característico de estas personas la excesiva reacción frente a la interferencia, especialmente cuando se combina con una marcada concentración desproporcionada para la importancia de la tarea. Un rasgo emparentado es la intensa persistencia en la tarea una vez iniciada. No permiten que nada les distraiga, incluso si consideraciones posteriores pueden traer una perspectiva distinta respecto a la deseabilidad o el valor de la tarea” (16).

De todos modos, la tenacidad no se aplica únicamente a esa tarea que en un momento dado se pone por delante de todo lo demás, sino que tiende a generalizarse a todos los aspectos de la vida del individuo. Esta actitud persistente conduce finalmente al agotamiento.

Personalidad anal-erótica. Ernest Jones.

“(…) se lo toman todo demasiado en serio, y su vida es una lucha sin fin porque las cosas estén bien…” (16).

Como podemos suponer, pese a los costes a menudo elevados, la tenacidad también trae recompensas.

Personalidad anal-erótica. Ernest Jones.

“(…) tiene su recompensa en la calidad de los resultados. Estas personas a menudo muestran una extraordinaria capacidad para abrirse camino a través de las dificultades y, con su persistencia, lograr que las cosas se hagan a pesar de las dificultades aparentemente insuperables” (16).

Jones identificó tres tipos de acciones a las que el carácter anal aplica preferentemente su determinación enfermiza: las asociadas a la moralidad y el sentido del deber, las intrínsecamente desagradables y las relacionadas con la limpieza.

Personalidad anal-erótica. Ernest Jones.

“Hay tres clases de acciones que son particularmente propensas a verse afectadas de este modo [por el erotismo anal]. Primeramente, las tareas que conllevan un especial sentido del deber o de lo correcto; en consecuencia, tareas especialmente morales” (16).

Personalidad anal-erótica. Ernest Jones.

“Hay tres clases de acciones que son particularmente propensas a verse afectadas de este modo [por el erotismo anal]. (...) En segundo lugar, tareas intrínsecamente desagradables o tediosas hacia las que, de entrada, se produce un rechazo (...) como ordenar armarios, limpiar la despensa, completar un diario o escribir un informe diario” (16).

Personalidad anal-erótica. Ernest Jones.

"Hay tres clases de acciones que son particularmente propensas a verse afectadas de este modo [por el erotismo anal] (...) tercera clase, en la que la tarea se relaciona con objetos que son símbolos inconscientes de los productos de la excreción (...) cualquier forma de polvo o suciedad, cualquier cosa relacionada con el papel, cualquier tipo de producto de deshecho y el dinero" (16).

El primer rasgo del carácter anal de Freud era la rigurosidad, que se expresa en la "escrupulosidad en el cumplimiento de los deberes habituales". Jones, en cambio, habló de perfeccionismo, un concepto muy cercano y, en el futuro, completamente incorporado a la personalidad obsesiva.

Personalidad anal-erótica. Ernest Jones.

"(...) el deseo de perfección es manifiesto. Nada se puede hacer a medias" (16).

Personalidad anal-erótica. Ernest Jones.

"Cuando finalmente logran aplicarse a la tarea [de responder a las cartas acumuladas] lo hacen concienzudamente, aplicando toda su energía e interés, con lo que sorprenden a los parientes largamente olvidados con una puesta al día excelentemente escrita y detallada; despachan epístolas más que escribir cartas en el sentido ordinario (...) a menudo ponen un gran cuidado en la finura y belleza de sus escritos a mano" (16).

Personalidad anal-erótica. Ernest Jones.

"(...) no puede escribir una carta, por poner un ejemplo, hasta que cada objeto del escritorio está colocado en su posición exacta, hasta que el bolígrafo o el lápiz se encuentran en un orden preciso (...) una actitud que ciertamente tiene un origen erótico-anal" (16).

Las "inclinaciones vengativas" eran, según Freud, un elemento adicional del carácter anal. Ernest Jones las mantuvo, aunque sin una mayor profundización en las mismas.

Personalidad anal-erótica. Ernest Jones.

"(...) deseo vindicativo de venganza cuando son dañados o frustrados, lo que en muchos individuos de este tipo se desarrolla en grado sumo" (16).

El segundo elemento adicional de Freud, la "tendencia a la cólera", tampoco falta en la descripción de Ernest Jones.

Personalidad anal-erótica. Ernest Jones.

"Puede sospecharse que el erotismo anal infantil ha sido manejado inadecuadamente en cualquiera que sea víctima de una irritabilidad crónica o de mal carácter" (16).

Ernest Jones amplió la breve y precisa descripción de Freud con nuevos elementos.

Un rasgo al que el galés concedió una gran importancia y sobre el que se extendió largamente es la dilación en el inicio de las actividades.

Personalidad anal-erótica. Ernest Jones.

"Retrasan y posponen lo que tienen que hacer hasta la décimo primera o incluso décimo segunda hora" (16).

Personalidad anal-erótica. Ernest Jones.

"Primero se produce un silencioso período pensativo, durante el cual el plan se va elaborando poco a poco y, a menudo, medio inconscientemente. En este momento no debe metérseles prisa, lo que no resultaría más que en una irritación aturullada. Siguen posponiendo los pasos preliminares tanto como les resulta posible, hasta que el resto de participantes desesperan por la posibilidad de finalizar la tarea, al menos a tiempo. Llega entonces un acceso de actividad concentrada y febril" (16).

El siguiente listado completa las conductas que Ernest Jones relacionó con el erotismo anal y que se manifestarían, con mayor o menor frecuencia, en los individuos con un patrón anal de la personalidad:

- La defensa de la Naturaleza frente al avance de la urbanización.
- Un estilo discursivo prolijo y que intenta ser exhaustivo en la exposición de los datos y argumento. Suele resultar tedioso para el interlocutor.
- No soporta las interrupciones mientras es él quien habla.
- Sigue su propio camino y se resiste a hacerlo al paso que le marquen los demás.
- Incapaz de delegar.
- Evaluación muy positiva de sí mismo, de modo que tiende a considerarse perfecto.
- Estilo cognitivo marcado por la escasa predisposición a considerar alternativas a su propia visión de las cosas.
- Períodos de elevación anímica.
- Pueden ser inusualmente sumisos.
- Muy susceptibles a cualquier injusticia o daño de los que puedan ser víctimas.
- Baja tolerancia a las imperfecciones con las que se pueden topar en distintas situaciones.
- Ejercicios ascéticos.
- Atracción por todo aquello que se encuentre oculto.
- Actitudes de gran ternura que se pueden solapar con comportamientos anormalmente tiránicos y autoritarios.
- Esfuerzo por alcanzar la coherencia intelectual de las argumentaciones.
- Ejercicios de purificación del propio cuerpo.
- Proselitismo insistente de sus propias ideas.



Agustín Lesage (1876-1954)

3.4. DSM

Algunas décadas más tarde, la primera edición del DSM incluyó una "personalidad compulsiva" que claramente constituía una prolongación de la personalidad anal de Sigmund Freud. La elección de un término distinto ("compulsiva" en vez de "anal") con el que denominarla permitía prescindir de las hipótesis etiológicas freudianas. No queda claro hasta qué punto la elección de la expresión *compulsive* tuvo la intención de relacionar el trastorno con la neurosis ("obsesivo-compulsiva") o si se utilizó en un sentido más amplio e inespecífico (como en "compradores compulsivos").

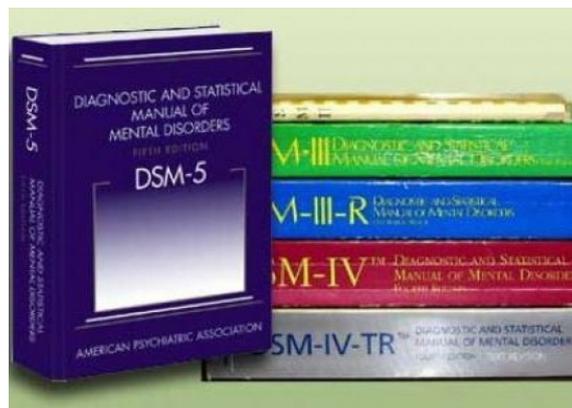
Personalidad compulsiva. DSM-I (1952).

"Estos individuos se caracterizan por una adhesión crónica, excesiva u obsesiva a las exigencias morales o de conformidad. Pueden ser personas muy reservadas, minuciosas y pueden tener una desorbitada capacidad de trabajo. Suelen ser rígidos y carentes de una capacidad normal para relajarse. Aunque su tensión crónica les pueda conducir a la enfermedad neurótica, no es una consecuencia constante. La reacción puede desarrollarse por la persistencia de un patrón de conducta adolescente, o como regresión desde un funcionamiento más maduro como resultado del estrés" (1).

En 1968, la segunda edición del manual (2) establece ya de un modo diáfano la relación con la neurosis obsesiva. La nueva denominación, "personalidad obsesivo compulsiva (anancástica)" no deja lugar a dudas. Además, se afirma que el trastorno puede preceder a la neurosis obsesivo compulsiva. La descripción clínica no contiene ningún cambio respecto a la anterior, con la excepción de la adición del concepto *over-dutiful*, que podemos traducir como "muy diligentes".

Doce años después (en 1980), el nuevo DSM-III introducía importantes novedades; entre ellas, el hecho de que las entidades diagnósticas no se presentaban a través de una escueta viñeta, sino a través de una descripción extensa que necesariamente incluía más elementos que la versión anterior. No menos importancia tendría la inclusión de una síntesis en forma de criterios operativos cuyo propósito era servir a la investigación y no tanto a la práctica clínica.

Las ediciones posteriores de los DSM se limitaron a introducir pequeñas diferencias de matiz y a añadir algo más de detalle y concreción en el cuadro clínico general.



3.5. La personalidad obsesiva de Westen

Drew Westen es un autor polifacético que en el año 99 publicó un interesante trabajo (24) sobre trastornos de la personalidad. La aplicación del análisis multivariado a las respuestas obtenidas en el test *Shedler-Westen Assessment Procedure-200* (SWAP-200) produjo varias dimensiones de personalidad, una de las cuales se podía identificar, sin lugar a dudas, con la personalidad obsesiva de los DSM. Sin embargo, el solapamiento no es completo: en el factor obsesivo de Westen se incluyen ítems no descritos con anterioridad. Además, muchas de esas características en las que sí hay coincidencia contienen matices relativamente originales.

3.6. Personalidad obsesiva por agregación

Con el fin de obtener una visión lo más amplia posible de la personalidad obsesiva hemos procedido del siguiente modo:

1. Lectura y análisis de los textos de Freud y Ernst Jones, los DSM I, II, III y 5, así como los ítems de la escala compulsiva de Westen.
2. Aislamiento y enumeración de los elementos constitutivos de cada descripción. Este es un proceso necesariamente arbitrario. La transformación de un texto descriptivo lineal en un listado de ítems producirá resultados distintos en función quien la realice. Hemos intentado desmenuzar cada texto en unidades conceptuales razonables, ni excesivamente limitadas y concretas, ni demasiado vagas.
3. Comparando los ítems así obtenidos, hemos buscado cuáles se repiten y en qué autores o textos. Aquí conviene hacer otra advertencia. Cada texto utiliza su propio vocabulario y las descripciones contienen matices que van variando. Hemos intentado agrupar aquellos que reflejan una misma realidad, aceptando que las descripciones no son calcos una de otra.

Empecemos pues con la "personalidad obsesiva agregada".

Al principio de este capítulo introdujimos varios casos clínicos a través de viñetas. Todos, o casi todos, compartían un rasgo: la autoexigencia desmesurada y la aplicación de un esfuerzo sobrehumano al logro de lo autoexigido.

Rasgo	Freud (1909)	E. Jones (1918)	DSM-I y II	DSM-III (1980)	Westen (1999)	DSM-5 (2014)
Perseverancia y máximo esfuerzo en pos de los objetivos	+	+	+		+	

La autoexigencia supone hacer lo que hay que hacer, por supuesto, pero implica también el hacerlo bien, sin errores, lo que alarga el proceso. El obsesivo se aplica a ello con energía, perseverancia y minuciosidad, prestando atención a cada detalle.

Rasgo	Freud (1909)	E. Jones (1918)	DSM-I y II	DSM-III (1980)	Westen (1999)	DSM-5 (2014)
Comprobación repetida de los posibles errores						+
Predisposición a la repetición						+

Quizá sea esa necesidad de comprobar repetidamente los propios errores lo que hace que puedan parecer personas indecisas.

Rasgo	Freud (1909)	E. Jones (1918)	DSM-I y II	DSM-III (1980)	Westen (1999)	DSM-5 (2014)
Indecisión				+		

La autoexigencia obsesiva tiene una cara menos visible pero no menos importante. No se trata solamente de aplicar un celo extremo en hacer bien lo que hay que hacer. Se trata también de no hacer bajo ningún concepto aquello que no se debe hacer. Esta segunda batalla se libra en un espacio mucho menos visible, el de la conciencia. Sus resultados, obviamente, también pasan desapercibidos, en la medida en que no se plasman en nada tangible.

Rasgo	Freud (1909)	E. Jones (1918)	DSM-I y II	DSM-III (1980)	Westen (1999)	DSM-5 (2014)
Autoexigencia moralista, escurpulosidad. Severos con los propios fallos.			+		+	+
Veracidad. Fiabilidad de la palabra.	+					
Severidad e inflexibilidad en cuestiones de moral o principios.						+

La autoexigencia guarda una estrecha relación con ese rasgo al que se suele atribuir la posición nuclear en la personalidad obsesiva: el perfeccionismo. El obsesivo se empeña en que las cosas que hace sean perfectas, sin fallos e inmejorables.

Personalidad anal-erótica. Ernest Jones.

"(...) **el deseo de perfección** es manifiesto. Nada se puede hacer a medias" (16).

Personalidad anal-erótica. Ernest Jones.

"(...) se lo toman todo demasiado en serio, y su vida es una lucha sin fin **porque las cosas estén bien...**" (16).

Rasgo	Freud (1909)	E. Jones (1918)	DSM-I y II	DSM-III (1980)	Westen (1999)	DSM-5 (2014)
Perfeccionismo y minuciosidad en la ejecución de tareas		+	+	+	+	+

De todos modos, la perfección, para el obsesivo, es una condición necesaria pero insuficiente. Aspira a algo más. Para el obsesivo, la perfección tiene poco valor si está al alcance de la mano de cualquiera. Necesita retos, objetivos arduos, únicos, difíciles y que requieran un esfuerzo sostenido.

Rasgo	Freud (1909)	E. Jones (1918)	DSM-I y II	DSM-III (1980)	Westen (1999)	DSM-5 (2014)
Gusto por afrontar y superar retos					+	
Satisfacción al luchar por el logro de objetivos o ambiciones a largo plazo					+	

Ahora bien, la perfección absoluta es siempre inalcanzable. Y, para algunos autores, la fuerza que empuja al obsesivo no es tanto el trofeo de la perfección definitiva como la rivalidad. Desde esta perspectiva, el perfeccionismo sería un hecho relacional. El objetivo último del obsesivo no sería solo hacerlo perfectamente bien, sino más bien hacerlo mejor que los demás. O ser, sencillamente, mucho mejor, el mejor.

Rasgo	Freud (1909)	E. Jones (1918)	DSM-I y II	DSM-III (1980)	Westen (1999)	DSM-5 (2014)
Competitividad					+	

Lo que en última instancia le empuja es, quizá, la grandeza y el reconocimiento.

La autoexigencia, en primer lugar, se aplica aquellas tareas que uno puede considerar como sus obligaciones ineludibles.

Rasgo	Freud (1909)	E. Jones (1918)	DSM-I y II	DSM-III (1980)	Westen (1999)	DSM-5 (2014)
Rigurosidad en el cumplimiento de los deberes	+	+	+		+	

Por defecto, tendemos a sobreentender que los deberes a los que nos referimos son los laborales. El obsesivo lo sacrifica todo por su trabajo.

Rasgo	Freud (1909)	E. Jones (1918)	DSM-I y II	DSM-III (1980)	Westen (1999)	DSM-5 (2014)
Por falta de tiempo, otras áreas de la vida del individuo [fuera del trabajo] se resienten. Típicamente el ocio y el cultivo de la amistad.				+	+	+
El trabajo invade el tiempo formalmente destinado a otros cometidos.						+

La autoexigencia también se dirige a la limpieza y el cuidado del aspecto externo.

Rasgo	Freud (1909)	E. Jones (1918)	DSM-I y II	DSM-III (1980)	Westen (1999)	DSM-5 (2014)
Pulcritud, limpieza	+	+				
Perfeccionismo y minuciosidad en el cuidado del aspecto externo		+	+	+	+	+

La obsesividad conduciría, según Jones, a la necesidad de extender la limpieza al interior del propio cuerpo.

Rasgo	Freud (1909)	E. Jones (1918)	DSM-I y II	DSM-III (1980)	Westen (1999)	DSM-5 (2014)
Ejercicios ascéticos de purificación del propio cuerpo		+				

La autoexigencia afecta al orden en la disposición de las cosas. El obsesivo siente aversión al caos y los objetos deben colocarse en el espacio según criterios de racionalidad geométrica o conceptual.

Rasgo	Freud (1909)	E. Jones (1918)	DSM-I y II	DSM-III (1980)	Westen (1999)	DSM-5 (2014)
Sentido del orden exagerado.		+				+

Personalidad anal-erótica. Ernest Jones.

“(...) no puede escribir una carta, por poner un ejemplo, hasta que cada objeto del escritorio está colocado en su posición exacta, hasta que el bolígrafo o el lápiz se encuentran en un orden preciso (...) una actitud que ciertamente tiene un origen erótico-anal” (16).

La tendencia natural del obsesivo es la de extender su actitud autoexigente -y la competitiva- incluso a las actividades de ocio y recreativas.

Rasgo	Freud (1909)	E. Jones (1918)	DSM-I y II	DSM-III (1980)	Westen (1999)	DSM-5 (2014)
Aplicación a las actividades recreativas de la máxima actitud de esfuerzo y organización para el logro de la continua autosuperación						+



“Reptiles” (1943). M.C. Escher

El perfeccionismo obsesivo no solo se aplica a lo que la persona hace, sino a cómo lo hace: de un modo ordenado y racional, no improvisando a golpe de intuiciones e impulsos.

Rasgo	Freud (1909)	E. Jones (1918)	DSM-I y II	DSM-III (1980)	Westen (1999)	DSM-5 (2014)
Gran preocupación por las normas, los detalles en el procedimiento o las listas				+	+	+

Las metas excesivamente altas y la rigidez en los medios autoimpuestos para alcanzarlas pueden producir el efecto contrario: la inoperancia.

Rasgo	Freud (1909)	E. Jones (1918)	DSM-I y II	DSM-III (1980)	Westen (1999)	DSM-5 (2014)
Pérdida de eficacia por su excesiva preocupación por las normas, los detalles en el procedimiento o las listas; pérdida de vista del objetivo principal.				+		+
El perfeccionismo interfiere en la capacidad de tener una visión global de los problemas				+		
Dificultad para terminar algunas tareas por su insistencia en alcanzar la perfección en el resultado						+
Pérdida de eficacia por dejar para el final lo más importante				+		+

Pero no es menos cierto que otros obsesivos son extraordinariamente exitosos en su campo de acción (típicamente el desempeño profesional)

Rasgo	Freud (1909)	E. Jones (1918)	DSM-I y II	DSM-III (1980)	Westen (1999)	DSM-5 (2014)
Capacidad para usar sus habilidades de un modo productivo y eficaz					+	

De todos es sabido que buena parte de los ejecutivos y profesionales de mayor éxito (laboral) despliegan formas de trabajo radicalmente obsesivas. Los listados, esquemas y cronogramas no siempre entorpecen el trabajo, sino que, dependiendo de cómo se usen, pueden acrecentar la productividad

Un rasgo descrito únicamente por Jones es la procrastinación. Para el autor, el obsesivo pospone a menudo el inicio de las tareas; antes se sume en un período de ensimismamiento malhumorado y quizá de planificación. Cuando entra en acción lo hace tarde, pero desplegando una energía e infatigabilidad asombrosas. Aunque los textos ulteriores no reiteraran esta interesante característica, conozco personalmente a alguno que responde milimétricamente a esta pauta. Sería un patrón muy llamativo, aunque no universal entre los obsesivos.

Rasgo	Freud (1909)	E. Jones (1918)	DSM-I y II	DSM-III (1980)	Westen (1999)	DSM-5 (2014)
Procrastinación		+				

Un ejemplo, que aporta E Jones.

Personalidad anal-erótica. Ernest Jones.

“Cuando finalmente logran aplicarse **a la tarea [de responder a las cartas acumuladas]** lo hacen concienzudamente, aplicando toda su energía e interés, con lo que sorprenden a los parientes largamente olvidados con una puesta al día excelentemente escrita y detallada; despachan epístolas más que escribir cartas en el sentido ordinario (...) a menudo ponen un gran cuidado en la finura y belleza de sus escritos a mano” (16).

El perfeccionismo no es únicamente una autoexigencia, constituye asimismo una exigencia dirigida a los demás, lo que necesariamente complicará la relación con el resto del mundo. Jones afirma que uno de los motivos de la irritabilidad obsesiva es que el sujeto no soporta que las cosas estén mal; el obsesivo sería una persona altamente exigente. Lo quiere todo perfecto. Las víctimas más indefensas de la *heteroexigencia perfeccionista* son, sin duda, los hijos.

Personalidad anal-erótica. Ernest Jones.

"(...) incapacidad para disfrutar de cualquier situación placentera a menos que todas las circunstancias concurrentes sean lo bastante perfectas. Las personas con este rasgo son muy sensibles a cualquier elemento perturbador o falta de armonía. Su bienestar se ve afectado por las influencias más livianas" (16).

Rasgo	Freud (1909)	E. Jones (1918)	DSM-I y II	DSM-III (1980)	Westen (1999)	DSM-5 (2014)
Exigencia de perfección en el entorno		+				
Moralismo, escrupulosidad aplicados a los demás				+		+

El perfeccionismo interfiere con la capacidad de trabajar en equipo; los obsesivos no se fían de que los demás puedan alcanzar sus altos estándares y prefieren actuar en solitario. Piensan que ellos lo harán mejor.

Rasgo	Freud (1909)	E. Jones (1918)	DSM-I y II	DSM-III (1980)	Westen (1999)	DSM-5 (2014)
Son escasamente influenciable, individualistas. Tendencia a resistirse a los dictados de los demás.		+		+		
Insistencia en que los demás acepten y sigan su forma de hacer las cosas				+		
Incapacidad para delegar		+				+

Tras el perfeccionismo, el campo en el que encontramos más referencias en las descripciones clínicas de la personalidad obsesiva es el de las relaciones interpersonales. Las dificultades son de toda índole.

Los obsesivos serían personas irritables y dominantes.

Rasgo	Freud (1909)	E. Jones (1918)	DSM-I y II	DSM-III (1980)	Westen (1999)	DSM-5 (2014)
Actitudes tiránicas y autoritarias (se pueden solapar con conductas anormalmente amorosas)		+				
Irritabilidad. Facilidad para enfurecerse.	+	+		+		

Al mismo tiempo, pueden actuar justo a la inversa.

Rasgo	Freud (1909)	E. Jones (1918)	DSM-I y II	DSM-III (1980)	Westen (1999)	DSM-5 (2014)
Actitudes anormalmente sumisas.		+				

No debe extrañarnos, pues, que el obsesivo esté particularmente atento a la situación jerárquica de aquellas personas con quienes se relaciona, con el fin de comportarse de un modo acorde a su posición relativa (o de dominio o de sometimiento).

Rasgo	Freud (1909)	E. Jones (1918)	DSM-I y II	DSM-III (1980)	Westen (1999)	DSM-5 (2014)
Se preocupan mucho por su situación jerárquica en relación con los demás				+		

Según los DSM, los obsesivos también se distinguen por una actitud seria, formal y constreñida, en detrimento de la espontaneidad y la empatía.

Rasgo	Freud (1909)	E. Jones (1918)	DSM-I y II	DSM-III (1980)	Westen (1999)	DSM-5 (2014)
Seriedad, falta de naturalidad, estirados				+		
Actitudes excesivamente formales				+		
Incomodidad en situaciones informales en los que la interacción (amistosa) es un fin en sí misma, y preferencia por relacionarse en contextos más estructurados (como el de las actividades deportivas)						+
Carácter reservado			+			

El DSM-III mencionaba algún rasgo que sugiere cierto solapamiento con la psicopatía.

Rasgo	Freud (1909)	E. Jones (1918)	DSM-I y II	DSM-III (1980)	Westen (1999)	DSM-5 (2014)
Escasa sensibilidad a los sentimientos que provocan, o a los perjuicios objetivos que causan, al imponer su forma de hacer las cosas				+		

Otras descripciones incluyen rasgos que nos remiten al paranoidismo.

Rasgo	Freud (1909)	E. Jones (1918)	DSM-I y II	DSM-III (1980)	Westen (1999)	DSM-5 (2014)
Vengatividad	+	+				
Hipersensibilidad a cualquier trato injusto hacia su persona		+				
Extraordinaria sensibilidad a las críticas sociales				+		

Por contra, del estudio de Westen se derivan algunos elementos positivos, deseables y asociados al éxito. No todo sería tan negativo.

Rasgo	Freud (1909)	E. Jones (1918)	DSM-I y II (1952, 1968)	DSM-III (1980)	Westen (1999)	DSM-5 (2014)
Capacidad para mostrarse asertivos de un modo efectivo y adecuado					+	
Tendencia a provocar en los demás una reacción de agrado					+	
Capacidad para la comprensión psicológica de sí mismos y de los demás					+	
Capacidad para apreciar y responder al humor					+	

Las citas de la tabla siguiente nos hablan del estilo cognitivo y del discurso del obsesivo. Son muy claras y no precisan comentarios adicionales.

Rasgo	Freud (1909)	E. Jones (1918)	DSM-I y II (1952, 1968)	DSM-III (1980)	Westen (1999)	DSM-5 (2014)
Tendencia al pensamiento abstracto e intelectualizado					+	
Esfuerzo en un estilo argumentativo sólido, lógico, sin brechas, que omite los aspectos emocionales		+			+	
Buena capacidad para expresarse con palabras de un modo articulado					+	
Actitudes proselitistas, insistencia en convencer a los demás de las propias ideas		+				
Discurso prolijo, exhaustivo y tedioso		+				
Máxima resistencia a modificar o reevaluar sus propias ideas. Rigidez. Inflexibilidad		+	+			+
No aceptación de las interrupciones		+				

Westen, en cambio, alcanza unas conclusiones muchos más benévolas, casi antitéticos.

Rasgo	Freud (1909)	E. Jones (1918)	DSM-I y II	DSM-III (1980)	Westen (1999)	DSM-5 (2014)
Capacidad para reconocer los puntos de vista alternativos					+	

Los obsesivos experimentan una suerte de bloqueo que les impide relajarse y experimentar o expresar las emociones.

Rasgo	Freud (1909)	E. Jones (1918)	DSM-I y II (1952, 1968)	DSM-III (1980)	Westen (1999)	DSM-5 (2014)
Incapacidad de relajarse. No se permiten a sí mismos la experimentación de emociones positivas y fuertes.			+		+	
Capacidad restringida para expresar o reconocer emociones de calidez y ternura. Inhibición.				+		
Dificultad para expresar su enfado y tendencia a darle vueltas a las cosas				+		

La tacañería constituye uno de los tres rasgos esenciales de la personalidad anal de Freud, quien la concebía como una prolongación, en la edad adulta, del impulso a retener (las heces). Los DSM han mantenido este rasgo, no así el estudio de Westen, en el que no se agrega al resto de ítems de la personalidad obsesiva.

Rasgo	Freud (1909)	E. Jones (1918)	DSM-I y II	DSM-III (1980)	Westen (1999)	DSM-5 (2014)
Avaros, roñosos. Amasamiento de dinero como protección frente a futuras desgracias	+	+		+		+

La acumulación objetos (con la consiguiente saturación de la vivienda) es reconocida por el DSM-5 como un rasgo intrínseco a la personalidad obsesiva. Sin embargo, la acumulación (o s. de Diógenes) suele constituir un diagnóstico independiente incluido -eso sí- entre los trastornos del espectro obsesivo-compulsivo.

Rasgo	Freud (1909)	E. Jones (1918)	DSM-I y II	DSM-III (1980)	Westen (1999)	DSM-5 (2014)
Incapacidad de desprenderse de objetos gastados o carentes de valor por si algún día pueden ser de utilidad						+

La descripción de Jones, sin duda la más prolija de todas, contiene elementos que solo él supo ver y que sin duda resultan intrigantes.

Rasgo	Freud (1909)	E. Jones (1918)	DSM-I y II (1952, 1968)	DSM-III (1980)	Westen (1999)	DSM-5 (2014)
Defensa de la Naturaleza y los espacios naturales		+				
Períodos de elevación anímica		+				
Buena opinión de sí mismos		+				
Fascinación por lo oculto		+				

Finalmente, mencionemos dos conceptos difusos pero que impregnan todo lo que hace el obsesivo.

Rasgo	Freud (1909)	E. Jones (1918)	DSM-I y II	DSM-III (1980)	Westen (1999)	DSM-5 (2014)
Cerrazón.						+
Tendencia al control					+	+

La cerrazón, por ejemplo, impide alcanzar soluciones de compromiso con otros individuos. El obsesivo no acepta más que una alternativa: la correcta, o sea, la suya.

Los rasgos de la personalidad obsesiva “por agregación” se pueden ordenar al modo de una cebolla. Por un lado, los elementos más nucleares, aquellos en los que coinciden la mayoría o todas las descripciones, se encuentran en la parte central, en el núcleo. En la periferia de la cebolla se irían colocando aquellos elementos incluidos por unas pocas o por una sola de las descripciones. Estos rasgos son mucho menos relevantes en la práctica clínica. Sin embargo, hemos intentado no omitir ninguno de ellos dado que, para nuestros objetivos, su interés es máximo.



“Los siete pecados capitales. Avaricia” (1556-1557). Pieter Bruegel El Viejo

3.7. Personalidades obsesivas adláteres: obsesiva simple, el tipo A, workaholics y karoshi

PERSONALIDAD OBSESIVA SIMPLE

A menudo pasamos por alto un hecho interesante: el proceso mental por el que los clínicos alcanzamos nuestros diagnósticos no coincide ni con los criterios operativos de las clasificaciones oficiales ni con las descripciones más extensas de los manuales. Inadvertidamente, tendemos a dar prioridad a algunos de los síntomas y a olvidarnos de los otros, aquellos cuya objetivación es más laboriosa o incómoda. Este sesgo es particularmente común en el caso de los trastornos de la personalidad, cuyo diagnóstico requiere más tiempo del habitualmente disponible. El hecho de que nuestro interés primordial sea más la enfermedad que la personalidad contribuye a un diagnóstico de esta última rápido, superficial y poco reflexivo.

Pues bien, coloquialmente se puede ser un obsesivo de algo en particular (como la limpieza, el running, los sellos o la dieta) o se puede ser un obsesivo sin más, de nada en particular. Este segundo grupo de pacientes son los que solemos identificar como afectos de un trastorno de la personalidad; se supone que aplican su forma (obsesiva) de operar a todo lo que hacen a lo largo del día. Ahora bien, en la práctica, las tareas que realmente cuentan son aquellas que constituyen las obligaciones fundamentales que nos marca la sociedad: el estudio, el trabajo remunerado y/o la atención al entorno doméstico (la casa, las cosas, los niños, enfermos y ancianos...).

Surge así una personalidad obsesiva simple (en contraste con la agregada, que es bastante compleja) en la que lo esencial es la entrega personal absolutamente enérgica, persistente, excluyente y absorbente a la tarea. Que esta entrega sea por buscar la perfección, por llegar a ser rico, por competir con los rivales, por adicción, por convicción ética o por aplacar a un padre severo internalizado no es lo esencial. Lo que aquí nos interesa es la forma de entregarse a la actividad, no el porqué.

Para ese diagnóstico rápido y cotidiano de la personalidad obsesiva "simple", serviría una regla sencilla basada en cuatro mases. La forma en la que el obsesivo (simple) se aplica a su actividad se distingue por:

- **MÁS TIEMPO:** le dedica a su actividad más horas al día, más días por semana y más semanas por año de lo razonable.
- **MÁS PRODUCTIVIDAD:** el obsesivo se esfuerza en obtener el máximo provecho de cada unidad de tiempo dedicada a la tarea, en detrimento del disfrute de la misma.
- **MÁS CALIDAD:** el obsesivo intenta que el fruto del trabajo sea irreprochable, sin fallos, perfecto.
- **MÁS CANTIDAD:** cuando el resultado del trabajo se mide (también o únicamente) por unidades, el obsesivo se esforzará en superar todos los listones.

EL TIPO A

En los años 50, dos cardiólogos americanos (Meyer Friedman y Ray Rosenman) iniciaron un estudio -que les llevó varios años- sobre el patrón de personalidad de los pacientes con cardiopatía isquémica. El fruto de su trabajo fue el tipo A, asociado a un importante aumento del riesgo cardiovascular. Los sujetos A se caracterizaban por lo siguiente (12):

- Un impulso intenso y sostenido dirigido a objetivos definidos por ellos mismos, pero escasamente definidos.
- Una profunda inclinación y disposición a competir.
- Un deseo persistente de reconocimiento y de ascender.
- Implicación en múltiples tareas, siempre con límites temporales de finalización.
- Propensión a acelerar la ejecución de las tareas tanto físicas como mentales.
- Extraordinaria alerta mental y física.

Este patrón de personalidad se asociaría, por otro lado, a unos mayores rendimientos académicos y profesionales. No siempre: en algunas pruebas se apreciaron unos malos resultados. Sucedió cuando la tarea a desempeñar era compleja y bajo presión.

Con el paso de los años la asociación con la patología coronaria sería puesta en tela de juicio. No todas las publicaciones podían confirmar la correlación y las que sí lo hacían solían ser precisamente las investigaciones financiadas por la industria tabacalera. El interés de los fabricantes de cigarrillos, cabe suponer, era alejar de sí mismos el foco de atención.

Los solapamientos del tipo A con la clínica de la personalidad obsesiva saltan a la vista. Hay que resaltar el hecho de que dos cardiólogos llegaron a identificarla por sí mismos. Siguiendo su propio camino convergieron con la tradición diagnóstica psiquiátrica en un mismo punto.

ADICCIÓN AL TRABAJO

Existe un cuerpo creciente de literatura sobre la adicción al trabajo o *workaholism*. Ambos términos pueden usarse indistintamente si bien el segundo aparece con más frecuencia fuera del ámbito académico, con un significado más difuso e incluso con una connotación positiva.

La lista de las adicciones comportamentales o "no químicas" (donde encontramos patologías como las compras compulsivas, el juego patológico o la adicción a los juegos de internet) incorpora lentamente a esta nueva entidad. De todos modos, la mayoría de artículos se siguen publicando en revistas de psicología del trabajo.

Las definiciones del trastorno todavía son demasiado numerosas, así como los instrumentos de medición o la clasificación en subtipos. Por ejemplo, algunos autores distinguen entre un *workaholism* entusiasta, el de aquellos que realmente disfrutaban con su trabajo y se entregan a él por placer, y un *workaholism* dañino, disfórico, el de aquellas personas a las que les disgusta el desempeño de su trabajo. Otros cuestionan esta distinción; a fin de cuentas, la heroína también es altamente placentera.

Con todo, algunas realidades parecen a primera vista evidentes. La enfermiza tendencia a trabajar del obsesivo se presta naturalmente a ser interpretada con la terminología y los conceptos asociados a las adicciones: impulso irrefrenable, pérdida de control, progresiva absorción por la actividad en cuestión, desaparición de otros intereses, deterioro psicosocial derivado de la exclusiva dedicación a la adicción, síndrome de abstinencia...

Los mismos pacientes nos permiten hacer dos diagnósticos distintos dependiendo de las lentes con las que los observemos. Las mismas conductas se pueden conceptualizar como síntomas de una enfermedad (*workaholism*) o como rasgos de un trastorno de la personalidad (la obsesiva). Es una situación un tanto paradójica. El lector interesado puede acceder a la estupenda revisión de Andreassen (3).

KAROSHI

El término japonés se ha traducido como muerte por trabajo excesivo (13). El primer fallecimiento atribuido a la desmesura laboral se produjo en 1969. Con el tiempo llegaría a considerarse una auténtica plaga.

En la década de los 70 los japoneses iniciaron el estudio de un fenómeno que también afecta a la Corea no comunista y a China. Son muertes súbitas, que se suelen producir en el propio puesto de trabajo, de etiología cardiovascular y que normalmente se producen en sujetos que trabajan un número excesivo de horas. El punto de corte entre la normalidad y el exceso se sitúa a menudo en las 60 horas semanales (la semana laboral media del coreano del Sur es de 68).

Pues bien, pudo comprobarse que el riesgo cardiovascular ciertamente crecía en paralelo al exceso de trabajo y que existían también víctimas colaterales: las familias. El deterioro de la vida familiar no solo se debe a la ausencia del varón, sino que deriva igualmente del desarrollo de "sentimientos negativos" hacia la propia familia. Cuanta más laboriosidad, más animadversión hacia el cónyuge y los hijos.

A las horas objetivas de trabajo habría que añadir otros elementos de riesgo:

- El estrés asociado al propio trabajo (objetivos exigentes o imposibles, maltrato, etc.).
- En algunos casos, la desnutrición por falta de tiempo para comer.
- La costumbre de relacionarse con personas de la propia empresa o del "mundo de los negocios" una vez finalizada la jornada, lo que a su vez se asocia a la inhalación de humo de tabaco e ingesta de alcohol.

En las islas japonesas, el fenómeno *karoshi* ha sido materia de debate en los medios de comunicación y motivo de iniciativas políticas. En línea con la tradición nipona de consenso, los gobiernos han exhortado repetidamente a las empresas a reducir los horarios laborales de sus empleados. Un importante escollo para el avance de esta política -lo que no deja de sorprender- ha sido la falta de colaboración de los empleados, que insistían en seguir activos, aunque evitando dejar constancia de su actividad. Un motivo frecuentemente aducido por los trabajadores -todavía más sorprendente- es que esa es la forma de compensar sus propias carencias en el puesto de trabajo. La "falta de conciencia de enfermedad" parece ser la norma, y son las familias quienes más a menudo llaman a las líneas telefónicas especialmente habilitadas.



"Retirado" (1998). Tetsuya Ishida

Llegados a este punto, una breve recapitulación:

- El carácter que Freud denominó "anal" ha sobrevivido hasta la actualidad con gran solidez, a diferencia de lo sucedido con la gran mayoría de propuestas diagnósticas en el campo de los trastornos de la personalidad.
- Debe destacarse que en trabajos de análisis multivariado como el de Westen, en los que en gran medida se hace tabla rasa de las categorías diagnósticas previas, también surge una dimensión inequívocamente identificable con la personalidad obsesiva.
- De todos modos, hay diferencias entre las distintas descripciones. No son idénticas sino parecidas.

4. ¿Es la personalidad obsesiva la versión-rasgo de la neurosis obsesiva?

Volvamos a la pregunta que nos hacíamos al principio del capítulo: esta forma de ser que ya no denominamos anal, sino anancástica, obsesiva u obsesivo-compulsiva, ¿es realmente la versión rasgo de la neurosis obsesiva?, ¿es el trastorno de la personalidad paralelo al TOC?

La respuesta a esta pregunta deberá buscarse en dos órdenes de evidencias. El primero es el de la asociación clínica y el segundo deberá girar en torno a la semejanza fenomenológica.

4.1. Asociación clínica

Según la exhaustiva revisión de Diedrich (6), varios trabajos concluyen que la personalidad obsesiva es más frecuente entre los pacientes con TOC que en la población general o entre los pacientes con otros diagnósticos psiquiátricos. La misma autora cita varios artículos que indican que, entre los pacientes diagnosticados de TOC, el trastorno obsesivo de la personalidad es más común que cualquier otro. Parece, pues que el nexo entre neurosis y personalidad realmente existe.

Sin embargo, según publicaciones citadas en el mismo artículo, las frecuencias de la personalidad obsesiva en otros trastornos psiquiátricos también serían elevadas:

- Trastornos de ansiedad, 23%.
- Trastornos afectivos, 24%.
- Abuso de sustancias, 12-25%.
- Dependencia al alcohol, 31%.
- Trastorno de pánico, 17%.
- Hipocondriasis, 15-22%.
- Trastornos de la alimentación, 13%.
- Depresión unipolar, 14%.
- Ansiedad generalizada, 34%.
- Fobia social, 33%...

Estos abultados porcentajes deben confrontarse con la prevalencia de la personalidad obsesiva en la población general (3-5%) y en los pacientes con neurosis obsesiva (23-45%). Se diría que la personalidad obsesiva es una suerte de trasfondo común a gran parte de la patología psiquiátrica, y que la asociación con el TOC es menos específica de lo que cabía esperar.

Otro grupo de publicaciones, con unos resultados de difícil interpretación, también introducen matices. Cuando consideramos uno a uno los síntomas del TOC y uno a uno los rasgos constitutivos de la personalidad obsesiva, no todos tienden a asociarse a la otra patología. Los pacientes con doble diagnóstico constituyen un subgrupo con unos síntomas y rasgos bien definidos.

Así pues, las evidencias epidemiológicas resultan confusas y no acaban de confirmar (ni de desmentir) con rotundidad la relación privilegiada que debería existir entre la neurosis y la personalidad obsesivas en el caso de ser una la "personalidad paralela" de la otra.

4.2. Semejanza fenomenológica

El otro prisma desde el que se puede estudiar la relación entre el TOC y su teórica personalidad paralela es el de la similitud fenomenológica. Con este enfoque, parece que se confirmaría la existencia de un estrecho parentesco entre neurosis y trastorno de la personalidad.

En el TOC, tanto las ideas obsesivas como los rituales tienden a repetirse una y otra vez, persistentemente. La personalidad obsesiva, por su parte, despliega incesantemente el mismo esfuerzo para el logro de sus objetivos. Y, en la mayoría de ocasiones, eso implica repetir las mismas actividades. El elemento común a los dos, se diría, es la *reiteración*.

El neurótico anancástico despliega unas actividades que ejecuta de un modo estereotipado, siempre igual. De forma parecida, la personalidad obsesiva se somete a una disciplina absoluta: a sus listados, horarios, cronogramas y planificaciones. Ambos comparten una misma *rigidez*.

Todas las descripciones de la personalidad obsesiva inciden en el perfeccionismo: en los resultados del trabajo, en la higiene y el atuendo, en el orden de las cosas, etc. La clínica del TOC, por su parte, a menudo refleja un auténtico horror a la imperfección, una permanente duda respecto a la posible incorrección (en la colocación de las cosas, la higiene corporal, los aparatos de la casa...). Un tercer hilo conductor entre personalidad y neurosis, pues, es el asunto de la *perfección*.

5. ¿Es la personalidad obsesiva la versión-rasgo de la idea obstinada?

La relación entre neurosis y personalidad obsesivas parece tan evidente que no merece ser examinada de nuevo ni puesta en tela de juicio. Sin embargo, un análisis más pormenorizado quizá nos haga dudar de esta apariencia.

5.1. Obsesión frente a obstinación

Conviene recordar que el concepto de "obsesión" se usa a menudo con una cierta laxitud de un modo que engloba tanto las ideas propiamente obsesivas (anancásticas) como el tipo de ideas fijas que en anteriores publicaciones⁶ incluimos en el grupo de los obstinados (pacientes paranoides, no anancásticos). Esta dicotomía nos permite confrontar la personalidad obsesiva no con uno sino con dos fenómenos psicopatológicos: el TOC y la obstinación (idea sobrevalorada). La pregunta que hay que responder es: ¿a cuál se asemeja realmente la personalidad obsesiva, si es que a alguno de los dos?

De todos modos, antes de buscar la respuesta, conviene desgranar las diferencias entre las ideas obsesivas y las obstinaciones.

PRIMERA DIFERENCIA: LOS ASUNTOS

Las obsesiones y las obstinaciones no se distinguen únicamente por las características formales, sino también por los contenidos.

Sin ánimo de ser exhaustivos, recordemos algunos de los "temas" más habituales de las obsesiones:

- Ideas de catástrofe, de que algo grave le va a suceder al propio paciente o a alguno de sus seres queridos; se asocian a menudo a rituales de exactitud en la ejecución de actividades simples cotidianas cuyo objetivo es conjurar la temida desgracia.

⁶ <https://www.elgrupoparanoide.com/el-grupo-paranoide> (capítulo 1).

- Ideas de haber podido infligirle un daño a alguien inadvertidamente: típicamente, haber atropellado a algún viandante con el coche. Estos conductores a menudo se sienten compelidos a regresar a un determinado punto, un cruce o un semáforo, para comprobar que no hay ninguna víctima. Otros inspeccionan compulsivamente los bajos del coche para comprobar que no quedan manchas de sangre ni hay restos humanos.
- En la fobia de impulsión el paciente teme perder el control y hacerse daño a si mismo (arrojarse al metro, precipitarse por una ventana) o hacérselo a un ser querido (típicamente un bebé), habitualmente con cuchillos o tijeras. El paciente intenta apartar de su vista los objetos punzantes.
- Los enfermos que fantasean con imágenes o impulsos sacrílegos, siempre personas religiosas, viven sus síntomas obsesivos con gran vergüenza y culpabilidad.
- El temor al contagio y a la contaminación figura entre los fenómenos anancásticos más frecuentes. Para evitar dicho contagio el paciente se embarca en una serie de actividades repetitivas y evitaciones que carecen siempre de toda eficacia profiláctica (un paciente no permite que los bajos de los pantalones toquen el suelo, otro inspecciona todo lo que va a tocar o pisar para no entrar en contacto con ninguna mancha, etc.). Los lavados compulsivos, que pueden prolongarse durante horas, y que pueden realizarse con sustancias perjudiciales como la lejía, son frecuentes y conforman, probablemente, la imagen más característica del paciente con TOC.
- De gran interés son aquellos pacientes que no pueden soslayar la necesidad imperiosa de resolver dudas, por ejemplo, ortográficas, que les vienen a la cabeza. Suelen recurrir a las personas que les rodean para obtener una respuesta y disipar, al menos momentáneamente, esa duda.

Recordemos ahora, también sin ánimo de ser exhaustivos, las obstinaciones más frecuentes o prototípicas:

- Individuos querulantes que no llegan a sufrir una auténtica actividad delirante. Intentan reparar por la vía judicial una injusticia - seguramente real - que han sufrido.
- Acosadores. En general buscan vengarse por un daño o afrenta sufridos, u obtener una compensación o reconocimiento públicos. Dos casos particulares dentro de este grupo son los perseguidores hipocondríacas (los cuales suelen apuntar a un médico en concreto) y los novios o maridos despechados.
- Los enamorados acosadores se comportan de un modo muy semejante a las pacientes con un delirio erotómano, pero no deliran.
- Los reformadores son individuos que consagran íntegramente su vida a una causa social o política en detrimento de su propio bienestar. Se trata por lo general de proyectos simplistas y utópicos.
- Numerosos sujetos con ideas megalómanas (taumaturgos, individuos dotados de poder para el diagnóstico de enfermedades, inventores, representantes de la divinidad en este planeta, etc.) se sitúan en un terreno brumoso en el que no queda claro si realmente se puede hablar de una actividad delirante o debemos conformarnos con el diagnóstico subalterno de la idea obstinada.
- En fin, no dejaremos de mencionar algunas categorías, como la de los artistas y literatos incomprendidos o los fanáticos de la naturaleza.

La enumeración de las ideas obsesivas y de las obstinaciones permite distinguir unas de otras, si bien existen solapamientos, como el de las preocupaciones hipocondríacas. La pregunta que nos surge llegados a este punto es la siguiente: ¿existe una esencia, un hilo conductor, subyacente a todos y cada uno de los contenidos y que, a su vez, separe con más nitidez la idea obsesiva anancástica de la idea obstinada? Quizá sí.

SEGUNDA DIFERENCIA: CULPA FRENTE A PERJUICIO/GRANDIOSIDAD

Uno diría que las ideas obsesivas, por lo general, encierran el temor al pecado, al delito, a la incorrección; sea por acción o por omisión; sea por haberlo hecho en el pasado o poderlo hacer en el futuro; sea de obra, de palabra o de pensamiento. ¿Atropellé a un viandante desconocido? ¿Puedo pecar con un pensamiento o acto sacrílego? ¿Sería capaz de acabar con la vida de mi hijo? ¿Me contagié por no haber tenido suficiente cuidado, por mi propia culpa? Ya sé que lo comprobé, pero, ¿se inundará la casa por no haber tenido el suficiente cuidado al verificar que el grifo estuviera cerrado?

En algunos casos este hilo conductor parece más difícil de aplicar. Aún así, con un poco de imaginación, puede seguir siendo válido. Por ejemplo, en el caso de las dudas obsesivas. "Se supone que lo he de saber y sé que lo sé, pero, ¿Y si Barcelona se escribe con V?". Nótese que las dudas no surgen en aquellos campos en los que el paciente tiene unos conocimientos precarios sino en cuestiones cuyo conocimiento se da por sentado y que podrían dar a entender que es un inculto.

En cuanto al hilo conductor de los distintos temas de la idea obstinada, las obstinaciones giran, todas ellas, en torno a dos tendencias: el polo persecutorio, del daño y del perjuicio y el polo de la grandiosidad, la superioridad y la utopía. Igual que los delirios.

TERCERA DIFERENCIA: DUDA FRENTE A CONVICCIÓN

El obsesivo se pregunta: ¿Y si...? ¿Y si he atropellado a alguien? ¿Y si el gas no está cerrado? ¿Y si pasa algo malo por no ejecutar el ritual? Es completamente absurdo, pero, ¿y si...? ¿Y si contraigo el SIDA por pisar sangre por la calle? ¿Y si Barcelona se escribe con V? La duda del obsesivo es un tanto especial: surge en el campo de la conciencia como una pregunta que se resiste a desaparecer, pero, al mismo tiempo, el paciente es consciente de la absurdidad de esa pregunta, y de la correcta respuesta. Aún así no puede evitar que la duda le atormente.

Del mismo modo, es plenamente consciente de la absurdidad de sus conductas repetitivas; sabe perfectamente que carecen de toda eficacia y que no le llevan a ninguna parte.

La obstinación, en cambio, es una convicción, una afirmación taxativa. "Yo sé cómo construir un mundo feliz". "Este médico me ha destrozado la vida". "El agua lo cura todo". Y así sucesivamente.

Resumiendo, podríamos decir que idea-obsesiva \approx pseudoduda, mientras que idea-obstinada \approx convicción (no delirante).

A este sencillo esquema deben añadirse dos matizaciones.

Los enfermos obsesivos más graves, especialmente tras décadas de enfermedad, llegan a perder el "sentido de la realidad" y las dudas parecen transformarse en verdaderas creencias. Los rituales pierden el carácter egodistónico y los pacientes ya no se resisten a su ejecución.

Cuando la convicción del obstinado (o del delirante, da igual en este momento) se atenúa, cuando se acerca más a la realidad y empieza admitir seriamente la posibilidad de estarse equivocando, en ese momento podemos decir que el paciente duda. Se trata en ese caso de una verdadera duda, radicalmente distinta de la que reiteradamente retorna a la conciencia del paciente con un TOC.

CUARTA DIFERENCIA: RITUAL ANANCÁSTICO FRENTE A LA ACTIVIDAD OBSTINADA

Se dan igualmente diferencias entre la forma de actuar del neurótico obsesivo y el comportamiento del paciente con una idea obstinada. Tomemos como ejemplos los lavados compulsivos, por un lado, y los pacientes querulantes, por el otro.

El paciente obsesivo quiere acabar con cualquier germen que pudiera sobrevivir en sus manos. Lo hace lavándolas una y otra vez con los mismos productos, a menudo de un modo ritualizado, como en las ceremonias religiosas. Abre y cierra el grifo siempre con la misma mano, se pone el producto antiséptico de un determinado modo, se enjuaga, repite el proceso

un número exacto de veces, etc. Al mismo tiempo, es capaz de pasar por alto otras medidas higiénicas elementales, cuando quedan fuera del campo de su ocupación anancástica.

La actividad del paciente querulante, en cambio, es completamente distinta, podíamos decir que más coherente. Ni repite siempre la misma acción, ni lo hace de un modo ritualizado. En sus denuncias busca la eficacia, y lo mismo puede dedicarle días enteros al estudio del Código Civil que a la preparación de sus escritos, que a la búsqueda de aliados en su cruzada.

El obsesivo tiende a desplegar un número limitado de actividades (de compulsiones) o incluso a no repetir más que una compulsión; el obstinado, por su parte, desarrolla un abanico de actividades mucho más amplio, todas aquellas que piensa que le pueden llevar realmente a alcanzar sus objetivos del modo más rápido y completo posibles.

El obsesivo ejecuta sus rituales a sabiendas de su inutilidad; la actividad del obstinado, muy al contrario, está en consonancia con sus objetivos.

El ritual del obsesivo está perfectamente definido en sus componentes y hace que momentáneamente se sienta tranquilo, con la sensación del deber cumplido. Hasta que vuelve la desazón. Es un proceso circular que no termina nunca. En cambio, el obstinado sigue un proceso lineal que, aunque avance, tampoco termina nunca. Como la mula que intenta atrapar la zanahoria que le cuelga un metro por delante, nunca tiene un respiro como el del anancástico. El obstinado nunca llega a cantar victoria; el éxito se le escurre.

QUINTO: DIFERENCIAS CUALITATIVAS EN LOS SOLAPAMIENTOS TEMÁTICOS

Los "temas" anancásticos y sobrevalorados son distintos y esta disparidad nos facilita el diagnóstico diferencial. No obstante, existen varios solapamientos en los que un mismo tema puede presentarse como una obsesión o como una idea sobrevalorada. Así sucede con la hipocondría, con la acumulación y con la agresión.

En todos estos casos debemos fijarnos no solamente en el qué, sino en el cómo se presenta la cuestión, en el conjunto de detalles que rodean a esa idea cuya adscripción nosológica buscamos.

Hipocondría

Las ideas hipocondríacas anancásticas giran principalmente alrededor del contagio por gérmenes. Se asocian a compulsiones de lavado (de las manos, del cuerpo, de los alimentos, de la ropa...) y evitaciones diversas (no tocar determinado objeto, no acercarse a determinado lugar, no ingerir según qué, etc.). Las compulsiones y las evitaciones son completamente desproporcionadas, absurdas e incluso perjudiciales. Aún así, para el anancástico, lo más importante es la ejecución de los rituales y el cumplimiento de sus evitaciones. No teme a la bacteria sino a sí mismo, teme no haber hecho lo adecuado y duda respecto a si ha actuado correctamente (a sabiendas de que sus compulsiones son en realidad absurdas e inadecuadas).

En cambio, al hipocondríaco sobrevalorado le preocupa realmente haber contraído o poder contraer la enfermedad. Actúa de un modo consecuente con su temor: intenta que los médicos le confirmen o le descarten el mal con absoluta seguridad, lo estudia, busca en la literatura el tratamiento y lo aplica preventivamente cuando le resulta posible, etc. Las enfermedades temidas son las infecciosas y el cáncer, sobre todo. Las dos se adaptan muy bien a la retórica paranoide de la guerra. Como otro tipo de enemigos, el ataque hipocondríaco lo mismo puede venir de fuera (gérmenes invasores) que de dentro (células traidoras, malignas). Unos y otras invaden, debilitan y finalmente matan al paciente. El tratamiento tiende a expresarse en términos bélicos, como un gran combate.

En el campo de las ideas obstinadas el polo persecutorio (el del daño y el perjuicio) tiene un contrapunto megalómano. Se pone de manifiesto en esos pacientes que creen tener unas capacidades aumentadas para detectar o curar la enfermedad. La fe ciega en el poder preventivo o curativo de algunas técnicas alternativas o naturales (así llamadas, pues son absolutamente artificiales) podría inscribirse en esta dinámica de la grandiosidad.

Acumulación

La acumulación de objetos se ha considerado clásicamente un síntoma obsesivo. Más recientemente (2) se ha transformado en un diagnóstico independiente, aunque incluido en el "espectro" obsesivo.

Pero lo cierto es que hay dos formas de acumular:

- El paciente anancástico amontona objetos inservibles (revistas, ropa vieja...) por si acaso, por si algún día pudieran necesitarse. Sabe que no le servirán para nada, pero es incapaz de desprenderse de dichos objetos. "¿Y si algún día necesito esa información, y si algún día vuelve a estar de moda...?".
- La "acumulación obstinada", o paranoide, deriva de una clara voluntad de atesorar y no de una incapacidad de deshacerse de los objetos. Guarda relación con la persecución o con la megalomanía: armas, oro, coches, etc. Un enfermo megalómano -con vivencias místicas- acumulaba cantidades ingentes de chatarra y desperdicios supuestamente reciclables porque eso le hacía "sentirse solidario de todos los pobres y necesitados".



Agresión

Las ideas o impulsos agresivos anancásticos y obstinados también son radicalmente distintos:

- Al obsesivo le aterroriza la idea culposa de haber podido dañar a una persona inocente y hasta amada, o de poder hacerlo en el futuro.
- El obstinado acosador teme ser él el agredido, la víctima de su enemigo. Quiere atacarle y a menudo lo hace, dado que considera que está en su derecho. Cuando se contiene es por temor a las consecuencias o por cobardía, pero no por falta de ganas.

⁷ https://www.eluniverso.com/sites/default/files/styles/powgallery_1280/public/fotos/2020/07/sindrome_acumulacion.jpg?itok=ItRh_0UR

5.2. ¿Personalidad obsesiva u obstinada?

Lo común a todos los pacientes que presentamos en el primer capítulo de este trabajo es el furor con el que se entregan al trabajo (en un sentido amplio, que incluye el estudio y las tareas domésticas) y a sus metas. Tienen sus motivos, sus objetivos y sus ambiciones; no siempre se formulan de un modo nítido y articulado, pero los tienen. Los argumentos del obsesivo para sacrificarlo todo por el trabajo pueden parecernos endeables; con todo, el obsesivo se adhiere firmemente a sus porqués. Nada de dudas anancásticas. Exhibe la convicción y la coherencia del querulante, del inventor o del hipocondríaco acosador. Actúa como un obstinado del éxito, no como un neurótico titubeante y paralizado por las dudas y los escrúpulos.

La fuerza que le empuja no es la duda culposa del anancástico ni es ningún temor que incluso a él le parezca absurdo. El obsesivo no conjura ninguna catástrofe improbable ni expía (al menos conscientemente) ningún pecado no cometido. Lo que le impulsa es la aspiración, consciente y plenamente asumida, de hacer algo grande y valioso, algo que pueda ser respetado y admirado. Si de algo está convencido es de que ese es su deber. La megalomanía es la fuerza primaria que le impulsa. Ahora bien, aunque no actúe para atenuar ninguna culpa, puede sentirse culpable por no cumplir con su obligación. Es una culpa distinta, que no se encuentra en el punto de partida sino en el de llegada; se nos muestra como la consecuencia de la inacción, no como la causa de la acción.

La suya es una idea ego-sintónica, es decir, en plena armonía con el resto de su persona. Si algún pensamiento parásito le viene a la mente, será en todo caso el de desviarse de su camino o el de cejar en su empeño. El obsesivo vive en consonancia con sus aspiraciones, son suyas, una parte de él.

No sabemos si busca la perfección o el éxito, hacerlo bien o ser el mejor. Sea como sea, organiza sus actividades y sus esfuerzos, las pausas y los acelerones, en función de su objetivo final. Ese objetivo podrá resultarle huidizo e inasible, pero, en todo caso, no deja de avanzar en la dirección correcta. En este aspecto el obsesivo parece más la versión-rasgo de la obstinación que de la obsesión. Su comportamiento -como el del obstinado- sigue un curso lineal, se dirige a un punto fijo en el horizonte. No describe los círculos que devuelven al paciente anancástico al punto de partida, una y otra vez.

Si ceñimos nuestro análisis a las conductas obsesivas en el ámbito laboral podríamos pensar, en un primer momento, que la actividad desmedida del obsesivo es fruto de un cálculo. Trabaja para poder disfrutar de la prosperidad. Al menos eso es lo que afirma a menudo. Y, sin embargo, si lo observamos detenidamente, puede que las cosas sucedan de otro modo

El trabajo del obsesivo tiene una extraña cualidad que le asemeja al monje de clausura. Con frecuencia no parece que la prosperidad le importe demasiado, pues vive un estilo de vida austero, sin ninguna necesidad, difícil de entender. Sigue trabajando infatigablemente cuando ya no lo necesita. Ha atesorado más que suficiente, pero se resiste a retirarse cuando los años o la enfermedad lo aconsejan. En su tiempo "libre", prefiere planificar o cavilar sobre su trabajo que abandonarse al goce de los frutos del mismo. La esforzada vida de los monjes tiene un sentido: *ad majorem gloriam Dei*. Pero el obsesivo (con alguna excepción) no aduce motivos espirituales sino justificaciones de este mundo:

1. El reconocimiento y el poder.
2. La felicidad de la familia.
3. El progreso de la sociedad.
4. El deber.

Primera motivación: el reconocimiento y el poder. Aunque se resistan a reconocerlo abiertamente, muchos pacientes obsesivos buscan el reconocimiento y el estatus. A través del éxito profesional o empresarial aspiran a ocupar una posición relevante, ser conocidos y respetados. Precisamente por eso es frecuente que combinen un estilo de vida austero para consigo mismos, en el ámbito privado, con una buena disposición para el dispendio en

representación y en imagen. Otros parecen más interesados en el reconocimiento de su entorno familiar. A menudo el obsesivo busca el aplauso de los padres (o de uno de ellos), incluso cuando ya han fallecido. "Algo de lo que se pudiera sentir orgulloso" es una frase que he oído en no pocas ocasiones.

Segunda motivación: la felicidad de la familia. Otro argumento recurrente es el de generar un legado (financiero, inmobiliario, empresarial, etc.) que garantice el futuro de los hijos y el de los hijos de los hijos. Que queden a resguardo, cuando menos, de la pobreza o, mejor, que sean ellos quienes se permitan lo que el propio obsesivo, pudiendo, no se ha consentido a sí mismo. El obsesivo no renunciaría a la "buena vida" (término que jamás, de ninguna manera, se usa para referirse su estilo de vida) porque ésta sea nociva o merecedora de rechazo, es simplemente que prefiere ofrecérsela a su descendencia.

Tercera motivación: el progreso de la sociedad. Un tercer grupo de argumentos alude al avance social. El énfasis en mejorar, innovar y perfeccionar incesantemente los procedimientos o el resultado del trabajo está justificado porque supone contribuir al bienestar material de la sociedad en su conjunto (lo que no fue así ni en la Prehistoria ni antes de la Revolución Industrial). En un mundo como el nuestro, donde la laboriosidad ha sustituido a la piedad como virtud suprema, hacer las cosas bien, mejorar e incluso innovar, supone hacer lo correcto, aquello que redundará en un mundo mejor.

Cuarta motivación: el deber. En otros casos en los que pesa menos la ambición y más la rigidez, el adicto al trabajo simplemente actúa pensando que cumple con su obligación. Independientemente de los resultados, hace lo que ha de hacer. La motivación es moral.

La forma de actuar del obsesivo y sus líneas argumentales, ¿nos remiten a la conducta y a los argumentos de los obstinados?

Tomemos, a modo de ejemplo, a un grupo destacado de obstinados: los reformadores. Estos se sitúan en el extremo de una dimensión en cuyo polo más moderado se encuentra el tipo del activista. La personalidad obsesiva constituye otra dimensión en cuyo extremo más radical encontraríamos los casos más graves de adicción al trabajo.

El objetivo de los "reformadores" es construir un orden político perfecto. Por ese sueño están dispuestos a sacrificarlo todo. Pretenden implantar una sociedad sin conflictos y que garantice la felicidad universal. Despliegan una cándida mezcla de altruismo extremo (renuncian a cualquier otro interés personal) y de vanidad, pues no solo son los artífices intelectuales del nuevo orden social y político, sino que sueñan con ser los líderes que lo impondrán y los mandatarios que lo dirigirán.

¿En qué se asemejan las dos dimensiones? Ambos luchan incansablemente por un futuro mejor (para la sociedad, para la propia familia o para sí mismos). Los dos tienden a sobredimensionar sus propias capacidades, así como la repercusión y la importancia de su obra. Unos y otros comparten una misma actitud austera y, aunque pueda no parecerlo, antimaterialista. Ambos sacrifican el disfrute de la vida, las apetencias, y en gran parte a sus seres queridos en aras de un ideal que, con toda probabilidad, no verán plenamente colmado al final de su vida. El esfuerzo perseverante y la estrechez de miras conducen al reformador a la pobreza e incluso a la indigencia. No le sucede lo mismo al obsesivo, pero sí puede acabar perdiendo la familia, la salud e incluso la vida, como el *Karoshi* que se desploma exhausto sobre el teclado.

En cuanto a los argumentos con los que el reformador explica su activismo desaforado, son paralelos a los del obsesivo simple: el deber, el progreso, el legado para las generaciones futuras (que ahora no se limitan a la descendencia biológica) o la gloria que él merece y que es su destino.

6. La personalidad obsesiva como variante de la paranoide

Pues bien:

- si la obstinación no es sino una variante de la conducta paranoide,
- y si la personalidad obsesiva fuese realmente la versión/rasgo de la obstinación (y no de la idea obsesiva/anancástica), entonces,
- cabría esperar que en la personalidad obsesiva se desplegasen las constantes universales de la conducta paranoide.

Para evaluar esta hipótesis pondremos frente a frente (a) nuestra "personalidad obsesiva agregada" y (b) los elementos constitutivos de la conducta paranoide que han ido surgiendo del estudio de los **Individuos Paranoides o Paranoizados** (en adelante: *IPP*). ¿Se solapan y coinciden? Es lo que hemos de averiguar.

6.1. Orgullo, desconfianza, rigidez y demás

PRIMER ELEMENTO DEL TRÍPODE PARANOIDE: ORGULLO, SOBREESTIMA DE UNO MISMO, SUPERIORIDAD O GRANDIOSIDAD

El paranoico se ve a sí mismo dotado de más inteligencia, o más fuerza, o más valor o más atributos positivos que la mayoría. Su superioridad le permite mirar a los demás con desprecio, lo reconozca o no.

¿Se halla presente la sobrestima de uno mismo en la personalidad obsesiva?

Algo atenuado, el orgullo fue detectado por E. Jones entre sus pacientes obsesivos.

Rasgo	Freud (1909)	E. Jones (1918)	DSM-I y II (1952, 1968)	DSM-III (1980)	Westen (1999)	DSM-5 (2014)
Buena opinión de sí mismos		+				

El mismo autor, sin embargo, admite que esa "buena opinión" puede ir algo más allá.

Personalidad anal-erótica. Ernest Jones.

"(...) **la creencia exaltada en la perfección personal...**" (16).

Cuatro rasgos asociados a la personalidad obsesiva agregada nos remiten al complejo de superioridad y, al mismo tiempo, a la descripción de los **Individuos y Grupos Paranoides** (en adelante: *IGP*). Son los siguientes: esfuerzo, incapacidad para delegar, pureza y omnipotencia curativa.

Esfuerzo

Los **Grupos de Contagio Paranoide** (en adelante: *GCP*) nos enseñaban que la superioridad no es solamente una autoevaluación, una buena nota que el militante se pone a sí mismo, a sus cosas y a sus actividades, ni una reconfortante sensación que llega gratis, por el mero hecho de haberse alistado en un determinado grupo. Con frecuencia, la superioridad es también un mandato: hay que esforzarse y ganársela. La vida del sectario, como la del auténtico fanático, se distingue por la entrega absoluta a la causa, sin regatear ningún esfuerzo. Siente rechazo por el sueño y por el descanso y siente la obligación de realizar un esfuerzo permanente a favor de los objetivos que el liderazgo determina. Descansar no está bien: el sectario no se lo puede permitir porque ha de trabajar a favor de unos objetivos demasiado importantes. Ser copartícipe de algo tan grande hace que el militante se sienta, él mismo, alguien importante.

El obsesivo también se esfuerza al máximo, quiere progresar, mejorar, superar a los demás y superarse a sí mismo... hará lo necesario para llegar a ser superior.

Delegación

La misma dinámica de la superioridad subyace a un rasgo atribuido a la personalidad anal: la incapacidad para delegar. Así lo veía E. Jones.

Personalidad anal-erótica. Ernest Jones.

"(...) la convicción de que **nadie** puede realizar la tarea en cuestión **igual de bien** que él mismo, y que no puede confiar en que **nadie lo haga correctamente** (...) rechazan delegar ninguna parte del trabajo, por urgente que sea, a un sustituto o asistente" (16).

Personalidad anal-erótica. Ernest Jones.

"Está clara la relación entre el último rasgo discutido [la incapacidad para delegar] y el narcisismo **y la creencia exaltada en la perfección personal...**" (16).

Si no le queda más alternativa que ceder la responsabilidad, el obstinado no dejará de vigilar que las cosas se hagan correctamente, es decir, a su manera. No a la manera de los demás.

Rasgo	Freud (1909)	E. Jones (1918)	DSM-I y II	DSM-III (1980)	Westen (1999)	DSM-5 (2014)
Insistencia en que los demás acepten y sigan su forma de hacer las cosas				+		

En la clínica, los enfermos delirantes hipocondríacos o querulantes se comportan de un modo parecido. Tratan a sus médicos y abogados como si fueran sus empleados, y supervisan estrechamente cada uno de sus pasos o decisiones. Quieren que actúen exactamente a su manera.

Pureza

A veces la superioridad paranoide se refiere al propio cuerpo y se expresa en términos de "pureza". Se trata de una metáfora inspirada en el agua o en los diamantes. Es frecuente en grupos sectarios religiosos y también se da en enfermos paranoicos. La ausencia de impureza implica, en cierto modo, un estado de perfección, de nitidez, en el que se han eliminado por completo los elementos negativos o nocivos.

En algunos casos la propia pureza se da por hecha: deriva de la simple militancia en la secta. Las más de las veces, sin embargo, requiere de una actividad dirigida a eliminar aquello que impide alcanzar el ideal. Los lavados compulsivos, las dietas (a menudo vegetarianas) o la ingesta de grandes cantidades de agua sirven a ese objetivo.

Jones, por su parte, relaciona las conductas de purificación con la personalidad anal.

Personalidad anal-erótica. Ernest Jones.

"He comprobado que la reacción erótico anal a menudo se extiende al interior del cuerpo, con la convicción de que todo dentro es inherentemente sucio. He conocido a personas que incluso se niegan a introducirse el dedo en la boca, y que tienen la costumbre de **beber diariamente grandes cantidades de agua con la idea de purificar la suciedad del interior de su cuerpo**" (16).

Rasgo	Freud (1909)	E. Jones (1918)	DSM-I y II	DSM-III (1980)	Westen (1999)	DSM-5 (2014)
Ejercicios ascéticos de purificación del propio cuerpo		+				

Antihipocondriasis

Ya comentamos en su momento las ideas megalómanas de los individuos y grupos paranoides en relación con la salud: ideas relativas a la inmunidad frente a las enfermedades, ideas respecto a la posesión de poderes curativos extraordinarios, técnicas prodigiosas, etc... Jones describió algo semejante en sus pacientes anales.

Personalidad anal-erótica. Ernest Jones.

"(...) y la convicción de que los ejercicios de respiración aportan una **panacea para los males físicos y mentales**" (16).

SEGUNDO ELEMENTO DEL TRÍPODE PARANOIDE: ENEMIGOS Y ENEMISTAD

Carácter paranoico.

"(...) los rasgos esenciales del carácter paranoico son los siguientes:

- sobreestima de uno mismo;
- **desconfianza**;
- falsedad del juicio..." (17).

Como el lector recordará, nosotros preferimos hablar de los enemigos, por un lado, y de la conducta de enemistad, por el otro. A su vez, descomponíamos la segunda en varios elementos, a efectos analíticos:

- Las motivaciones de la conducta de enemistad: desconfianza, rencor y honor.
- La hiperalerta.
- Las emociones: miedo y odio.
- Las conductas: ataque y huida.

En este esquema, la desconfianza no es más que uno de los componentes de la conducta de enemistad.

Respecto a la identidad de los enemigos, desarrollamos la idea de que no siempre se trata de seres humanos. Pueden ser animales, agentes patógenos, seres espirituales incorpóreos, etc. Hablamos asimismo de la posibilidad de que la conducta de enemistad se despliegue frente a adversarios reales, de carne y hueso. El individuo o el grupo paranoides no siempre se enfrentan a enemigos meramente fantaseados; cuando los tienen de verdad no necesitan inventarlos.

Pues bien. Si la personalidad obsesiva es una variante de la conducta paranoide: ¿Quién es el enemigo?

El enemigo de la personalidad obsesiva

Rasgo	Freud (1909)	E. Jones (1918)	DSM-I y II	DSM-III (1980)	Westen (1999)	DSM-5 (2014)
Competitividad					+	

La personalidad obsesiva es competitiva, siempre quiere ganar, superar a los demás y, a fin de cuentas, vencerlos. A ello aplica todo su ingenio y todo su esfuerzo. Aunque nos suene extraño, la mentalidad competitiva del obstinado no está tan alejada de la mentalidad de guerra. La guerra, al fin y al cabo, no es sino una competición a vida o muerte. Los rivales del obstinado son aquellos con quienes compiten en el ámbito profesional, deportivo o el que sea. En una perspectiva más amplia, todo aquél que le pueda llegar a hacer sombra en prestigio o reconocimiento social.

Pero hay más. Lo que, en última instancia, empuja al obsesivo a perseverar en su autoexigencia es la mirada del otro, la necesidad de aprobación, el qué dirán.

Rasgo	Freud (1909)	E. Jones (1918)	DSM-I y II	DSM-III (1980)	Westen (1999)	DSM-5 (2014)
Extraordinaria sensibilidad a las críticas sociales				+		

“Extraordinaria sensibilidad...” es la sociedad en su conjunto la que ha adquirido, a ojos del obsesivo, esa tonalidad amenazante que el paranoico, con frecuencia, focaliza en un número mucho más reducido de individuos. El paranoico teme las miradas, las risas o los cuchicheos de los otros, porque piensa que se refieren a él y que van contra él, y no lo soporta. Mutatis mutandis, se diría que el impulso del obstinado a ser impecable y a no permitirse el más mínimo fallo responden a la necesidad de evitar el desprecio, la mofa o la hostilidad de la gente.

Ahí radicaría el trasfondo persecutorio de la autoexigencia del obstinado (que hay que sumar al otro trasfondo, el narcisista). Siendo en el fondo un paranoico, siente el peso de las miradas de los otros convergiendo en su persona, y es ese peso el que lo lleva a evitar cualquier error. Hace lo correcto para lograr la aprobación, y necesita la aprobación porque así evita el rechazo. O eso cree, porque, en contra de lo esperado, su competitividad, y especialmente su éxito, sí pueden despertar la animadversión y la envidia del entorno.

Aunque no tenga demasiado valor científico y apoyándome únicamente en la experiencia clínica, me atrevería a afirmar que las interpretaciones autorreferenciales son particularmente frecuentes entre los individuos con personalidad obsesiva. No universales, por supuesto, pero sí bastante más comunes que en otros pacientes. Basta con preguntar.

En definitiva, todo paranoico necesita enemigos y, en el caso del obsesivo, este lugar lo ocupa un ser difuso que podemos identificar como “la gente” o “la sociedad”. Adquiere algo más de concreción cuando se encarna en rivales o competidores con nombres y apellidos.

La enemistad en la personalidad obsesiva

Algunas de las descripciones clínicas de la personalidad obsesiva incluyen elementos que en anteriores publicaciones sobre paranoicoismo⁸ identificamos como constituyentes de la conducta de enemistad.

El rencor es la tendencia a aferrarse de un modo desproporcionado al recuerdo de las afrentas sufridas y a actuar (o soñar con actuar) en consecuencia. Este rasgo se asoció a la personalidad anal.

Rasgo	Freud (1909)	E. Jones (1918)	DSM-I y II	DSM-III (1980)	Westen (1999)	DSM-5 (2014)
Vengatividad	+	+				

El acendrado sentido del honor paranoico obliga a responder tanto al trato inadecuado por parte de los demás, como a las injusticias. La persona de honor no tolera ni los menosprecios ni la iniquidad. Tampoco lo hacen las personalidades anales:

Personalidad anal-erótica. Ernest Jones.

“(...) lo que resulta en intenso sentimiento **contra cualquier forma de injusticia...**” (16).

Personalidad anal-erótica. Ernest Jones.

“En la edad adulta son particularmente **sensibles en lo concerniente a la justicia**, hasta el punto de la pedantería...” (16).

Las dos experiencias emocionales que típicamente se asocian a la enemistad paranoico son el miedo y el odio (o enfado). E. Jones atribuyó a sus pacientes con personalidad anal una excesiva tendencia al enfado, como señala la siguiente cita.

Personalidad anal-erótica. Ernest Jones.

“Puede sospecharse que el erotismo anal infantil ha sido manejado inadecuadamente en cualquiera que sea víctima de una **irritabilidad crónica** o de **mal carácter**” (16).

⁸ <https://www.elgrupoparanoico.com/el-grupo-paranoico> (capítulo 10: Enemistad).

TERCER ELEMENTO DEL TRÍPODE PARANOIDE: RIGIDEZ

Carácter paranoico.

"(...) los rasgos esenciales del carácter paranoico son los siguientes:

- sobreestima de uno mismo;
- desconfianza;
- **falsedad del juicio...**" (17).

Otros autores clásicos utilizaban el término psicorigidez para referirse al estilo cognitivo paranoico. Alude a la inflexibilidad, a la gran resistencia sino imposibilidad del cambio. Con respecto a los obsesivos:

Personalidad anal-erótica. Ernest Jones.

"(...) el asunto no tiene más que una vertiente y no está abierto a ningún tipo de discusión" (16).

Rasgo	Freud (1909)	E. Jones (1918)	DSM-I y II (1952, 1968)	DSM-III (1980)	Westen (1999)	DSM-5 (2014)
Máxima resistencia a modificar o reevaluar sus propias ideas. Rigidez. Inflexibilidad.		+	+			+

Los grupos paranoides se aíslan y se cierran al contacto o a los intercambios con su entorno ⁹. La actitud cerrada es propia también de los IP, en general. Este cierre impide, por supuesto, el intercambio de opiniones o ideas.

Los obsesivos tampoco serían proclives a dejarse influir por las opiniones de los demás.

Rasgo	Freud (1909)	E. Jones (1918)	DSM-I y II (1952, 1968)	DSM-III (1980)	Westen (1999)	DSM-5 (2014)
Cerrazón.						+

El estilo cognitivo paranoico se caracteriza no solo por su fijación a una idea y la resistencia a modificarla, sino por una tenaz y apasionada defensa de aquella. Sintiendo poseedor de la verdad, el paranoico no precisa buscarla. Aplica toda su lógica y capacidad argumentativa a defender esa verdad que está seguro de tener entre sus manos. Ni escucha ni dialoga; monologa e intenta persuadir.

Algo parecido se ha atribuido a los obsesivos.

Rasgo	Freud (1909)	E. Jones (1918)	DSM-I y II (1952, 1968)	DSM-III (1980)	Westen (1999)	DSM-5 (2014)
Discurso prolijo, exhaustivo y tedioso		+				

Su actitud combativa, su necesidad de con-vencer, lleva al paranoico a desarrollar un estilo cognitivo que intenta ser autoexigente en el rigor lógico, en la precisión, en el orden, en la apariencia de coherencia. Su ideal es el de la irrefutabilidad absoluta. En cuanto al obstinado:

Rasgo	Freud (1909)	E. Jones (1918)	DSM-I y II (1952, 1968)	DSM-III (1980)	Westen (1999)	DSM-5 (2014)
Esfuerzo en un estilo argumentativo sólido, lógico, sin brechas, que omite los aspectos emocionales		+			+	
Buena capacidad para expresarse con palabras de un modo articulado					+	

⁹ <https://www.elgrupoparanoico.com/el-grupo-paranoico> (capítulo 16: Aislamiento).

Personalidad anal-erótica. Ernest Jones.

“(…) pasión por la lucidez del pensamiento; se deleitan en aclarar las cosas, propensos a clasificar...” (16).

La tenacidad argumentativa hace que el paranoico desarrolle una forma particular de escucha que busca siempre los puntos flacos del contrario, aquellos que le permitirán desarmarlo. Esta escucha, sin embargo, va de la mano con una actitud absolutamente cerrada que no contempla la posibilidad de aceptar la razón del otro. Es una mera estrategia de enfrentamiento. Uno de los ítems de la personalidad obsesiva de Westen quizá se relacione con esta faceta.

Rasgo	Freud (1909)	E. Jones (1918)	DSM-I y II (1952, 1968)	DSM-III (1980)	Westen (1999)	DSM-5 (2014)
Capacidad para reconocer los puntos de vista alternativos					+	

“Capacidad para reconocer” no significa capacidad para admitir.

Una destacada característica del discurso paranoide es la omisión de las alusiones a personas, fechas o lugares concretos. En su lugar, prefieren contenidos abstractos e impersonales. En cuanto a los obstinados:

Rasgo	Freud (1909)	E. Jones (1918)	DSM-I y II (1952, 1968)	DSM-III (1980)	Westen (1999)	DSM-5 (2014)
Tendencia al pensamiento abstracto e intelectualizado					+	

Recapitemos. Hemos comprobado que los tres elementos clásicos constitutivos de la conducta paranoide se pueden aplicar a la personalidad obsesiva. Efectivamente, ésta parece estar impulsada tanto por la grandiosidad como por la desconfianza y enemistad. Y parece también que su estilo cognitivo y de funcionamiento se caracterizan por la misma inflexibilidad que los del IPP.

En el siguiente apartado procederemos en el sentido inverso: de un rasgo típicamente obsesivo a la conducta paranoide.

PERFECCIONISMO

La aspiración a la perfección permea la vida del obsesivo, la define. ¿También la del IPP? Lo cierto es que en nuestra descripción de la conducta paranoide no incluimos ningún capítulo dedicado específicamente al perfeccionismo. No obstante, el imperativo de la perfección asoma la cabeza en otras manifestaciones de la conducta paranoide como el mesianismo, la superioridad o la hiperjerarquización. A su vez, estas tres manifestaciones también se hallan presentes en la personalidad obsesiva.

Mesianismo

La mayoría de grupos sectarios -incluidos los minúsculos- están convencidos de su capacidad para mejorar el mundo, salvarlo o traer alguna forma de felicidad plena. La paz o ausencia de enfrentamientos, la igualdad, la inmunidad frente a las enfermedades (o frente a las balas) o la prosperidad absoluta destacan entre las fantasías mesiánicas. A fin de cuentas, su promesa es la de un mundo perfecto, un mundo cuyo logro siempre merece un importante esfuerzo.

Si el obsesivo concede tanta importancia a los resultados de su trabajo es porque magnifica su relevancia y repercusión. Tiende a despegarse de la realidad y a sentir que su actividad profesional, académica o empresarial es algo más que una gota en el océano. Experimenta una versión diminuta, pero igualmente reconfortante, del mesianismo. No salvará al mundo, pero hace que éste sea mucho mejor, y a ello le dedica todas sus energías.

Superioridad

Personalidad anal-erótica. Ernest Jones.

“(…) **la creencia exaltada en la perfección personal...**” (16).

La personalidad obsesiva y el IPP comparten esa percepción de sí mismos que les hace sentirse por encima del resto: son superiores por ser quienes son, por ser como son, por ser lo que son o por lo que tienen. También son superiores por lo que hacen, que ha de ser algo grande y perfecto, algo mayor y mejor que lo de los demás. Eso les obliga a realizar unos esfuerzos titánicos.

De este modo, los grupos sectarios se embarcan en ambiciosos proyectos (proselitistas, arquitectónicos o de cualquier otro tipo) completamente desmesurados para sus posibilidades reales. El agotamiento acompaña siempre al militante de los grupos más extremos, del mismo modo que acompaña al obsesivo.

La autoexigencia del sectario es máxima y es una exigencia que, como en los obsesivos, se extiende al orden y la limpieza (de las sedes), al cuidado del aspecto externo y a la estructuración del tiempo. Y es que lo que uno hace y logra y el aspecto con el que se muestra a los demás deben estar en consonancia con su superioridad. No pueden desmentirla.

Necesariamente, la propia perfección se determina en relación con la imperfección ajena. Una ejecución defectuosa hace dudar de la superioridad del ejecutor. Una ejecución perfecta, por el contrario, sostiene el complejo de superioridad. El del sectario y el del obsesivo.

Hiperjerarquización

El sectario renuncia al descanso, al ocio y a sus propios intereses en aras de los objetivos del grupo y de las directrices que, sobre la marcha, van emanando del liderazgo. Su esfuerzo extenuante es una expresión más de la sumisión a la autoridad del grupo y de los dirigentes.

No es tan evidente que el esfuerzo del obstinado se relacione con el sometimiento a nadie, dado que parece ser él mismo quien traza su propio camino. Sin embargo, visto de otro modo, el obsesivo es quien más fanáticamente acata los ideales y valores de la sociedad moderna y el que más mansamente se doblega al escrutinio del qué dirán. Y todo ello por no hablar de su entrega absoluta a la empresa en la que se integra. El empleado obsesivo se comporta a menudo como un sectario en el seno de una organización que no lo es... necesariamente.

AVARICIA

Rasgo	Freud (1909)	E. Jones (1918)	DSM-I y II	DSM-III (1980)	Westen (1999)	DSM-5 (2014)
Avaros, roñosos. Amasamiento de dinero como protección frente a futuras desgracias	+	+		+		+

Personalidad anal-erótica. Ernest Jones.

“El complejo erótico-anal está genéticamente relacionado con dos de los instintos más fundamentales y de mayor alcance: **el instinto de poseer** y el de crear o producir respectivamente” (16).

La propensión a acumular el dinero es un rasgo que se ha asociado a la personalidad obsesiva desde sus orígenes. También se asocia a la conducta paranoide, como nos recuerda la figura arquetípica de “el avaro desconfiado”.

Si ahondamos algo más en la avaricia paranoide/obsesiva se pone de manifiesto una aparente conexión con otras facetas de la conducta paranoide.

Catastrofismo

Se afirma que el obstinado acumula el dinero "como protección frente a futuras desgracias". La desconfianza frente a las circunstancias, ese sesgo a pensar que las cosas irán mal (el catastrofismo), es causa de la avaricia.

Desconfianza interpersonal

Existe una segunda conexión entre la avaricia y la desconfianza (paranoide):

Personalidad anal-erótica. Ernest Jones.

"(...) Les inquieta particularmente la idea de que les puedan quitar algo contra su voluntad, especialmente si se trata de algo que simboliza las heces en el inconsciente, como sucede con el dinero" (16).

El obsesivo avaro teme ser desposeído de aquello que tanto aprecia por parte de quien se le acerque. Esa desconfianza básica se interpone entre él y el mundo que le rodea y hace que no solo acumule el dinero, sino que también lo oculte.

Narcisismo

Acumular dinero, quizá más en la nuestra que en otras sociedades, transforma al sujeto en un privilegiado (superioridad), alguien que puede hacer y tener cosas que a los demás les son negadas. El acumulador puede decidir no hacerlas ni tenerlas, pero es su decisión, no una imposición a la que se ve forzado por la pobreza. La acumulación de riqueza permite al obsesivo sentir la misma "sobreestima de uno mismo" que se ha atribuido a los IGP. A estos objetivos la clave no es tener mucho, sino tener más que, o mejor, mucho más que, los demás.



"El avaro" (1645). Hendrick Gerritsz Pot

AISLAMIENTO

Recordemos que la hiperactividad de la personalidad obsesiva limita y deteriora su red social: las relaciones personales exigen tiempo, un tiempo que no tiene.

Rasgo	Freud (1909)	E. Jones (1918)	DSM-I y II	DSM-III (1980)	Westen (1999)	DSM-5 (2014)
Por falta de tiempo, otras áreas de la vida del individuo se resienten. Típicamente el ocio y el cultivo de la amistad.				+	+	+
El trabajo invade el tiempo formalmente destinado a otros cometidos						+

Exactamente lo mismo les sucede a los miembros de los GCP, completamente absorbidos por los imperativos del grupo, así como a numerosos pacientes delirantes con las exigencias de sus delirios. Es tal la dedicación a "lo suyo" que el resto de facetas de su vida necesariamente se resiente.

El aislamiento, empero, no es solo la consecuencia de la hiperactividad monotemática. Es algo más que un efecto secundario. Es una actitud primaria, que deriva directamente de la activación paranoide, de la incapacidad para fiarse del otro o del desprecio que el otro inspira. La paranoidización, por sí misma, conlleva la propensión a alejarse de los demás. Si el obsesivo es, en última instancia, un paranoico, es probable que no solo se aisle como consecuencia del trabajo, sino que también utilice el trabajo para aislarse.

El corolario del impulso al aislamiento, a vivir al margen de los demás incluso cuando se encuentran al lado, consiste en no escuchar ni dejarse influir.

Rasgo	Freud (1909)	E. Jones (1918)	DSM-I y II	DSM-III (1980)	Westen (1999)	DSM-5 (2014)
Son escasamente influenciable, individualistas. Tendencia a resistirse a los dictados de los demás.		+		+		

De este modo, la personalidad obsesiva hace las cosas como quiere y cuando quiere:

Personalidad anal-erótica. Ernest Jones.

"Es igual de duro empujarlos a un determinado curso de acción como detenerlos una vez lo han empezado" (16).

Personalidad anal-erótica. Ernest Jones.

"(...) las personas de este tipo son particularmente sensibles a que les quiten su tiempo en contra de su voluntad, e insisten de mil maneras en ser las dueñas de su propio tiempo." (16).

El paranoico suele exhibir esa misma independencia. También el sectario, que no acepta más que una sola influencia (la de su grupo) y prescinde de todas las demás.

DIFERENCIACIÓN

Tanto los paranoicos como los miembros de los grupos sectarios tienen una marcada tendencia a diferenciarse del entorno ¹⁰. Es probable que el obstinado comparta la misma tendencia.

Personalidad anal-erótica. Ernest Jones.

"(...) tienen una individualidad fuertemente marcada" (16).

¹⁰ <https://www.elgrupoparanoide.com/el-grupo-paranoide> (capítulo 17: Uniformización).

PROSELITISMO

Cuando no las esconden, los pacientes delirantes intentan casi siempre convencer a los demás de sus ideas. Buscan aliados entre aquellos que les pueden resultar más útiles, por sus conocimientos, su condición o sus influencias. Los grupos sectarios dedican un enorme esfuerzo a convencer y captar nuevos adeptos. En muchas ocasiones, y en paralelo, buscan el reconocimiento, la difusión y la aceptación social de sus convicciones, sin que ello conlleve necesariamente la incorporación al grupo.

E Jones atribuyó a las personalidades anal-eróticas la misma pasión por convencer.

Personalidad anal-erótica. Ernest Jones.

“Una pasión por el propagandismo de las ideas...” (16).

Personalidad anal-erótica. Ernest Jones.

“Son notoriamente pesados (...) una vez la han tomado con un asunto no terminan hasta haberlo recorrido a todo lo largo y lo ancho y dicho lo que querían decir...” (16).

Personalidad anal-erótica. Ernest Jones.

“(...) y en el entretanto nadie tiene permiso para interrumpir o meter baza en el asunto. Los que lo intentan son simplemente ignorados o provocan un gran enfado” (16).

MORALISMO

Rasgo	Freud (1909)	E. Jones (1918)	DSM-I y II	DSM-III (1980)	Westen (1999)	DSM-5 (2014)
Moralismo, escurpulosidad aplicados a los demás				+		+
Moralismo, escurpulosidad e inflexibilidad en cuestiones de moral o principios. Severos con los propios fallos.			+		+	+

Esta actitud general debería reflejarse en comportamientos concretos en los que se pone de manifiesto la alta exigencia ética. Por ejemplo, según Freud, los obsesivos no mienten.

Rasgo	Freud (1909)	E. Jones (1918)	DSM-I y II	DSM-III (1980)	Westen (1999)	DSM-5 (2014)
Veracidad. Fiabilidad de la palabra.	+					

Y es que...

Personalidad anal-erótica. Ernest Jones.

“Hay tres clases de acciones que son particularmente propensas a verse afectadas de este modo [por el erotismo anal]. Primeramente, las tareas que conllevan un especial sentido del deber o de lo correcto; en consecuencia, tareas especialmente morales” (16).

Curiosamente, el rigorismo también se ha identificado como una de las manifestaciones de la paranoia.

Paranoia.

“(...) en el cuadro clínico de la paranoia. Entre las características objetivas se incluyen (...) la **rectitud...**” (68).

Una manifestación de la hiperjerarquización del GCP es el acatamiento puntilloso y acrítico de las normas por parte de los integrantes del grupo, especialmente de los que se encuentran en las posiciones inferiores del escalafón; además, el sectario se empeña también en vigilar e imponer su cumplimiento al resto de integrantes del grupo.

Con todo, el moralismo del obsesivo y el del sectario no son idénticos. Las normas de comportamiento en el GCP tienden a la originalidad y a diferenciarse de las de la sociedad amplia, lo que no le sucede al obsesivo. Este se somete a los criterios éticos generalmente aceptados. Además, el miembro del GCP está dispuesto a modificar sus principios cada vez que el grupo lo determine, algo difícilmente aplicable al obsesivo.

REGLAMENTISMO

Las sectas y las sociedades totalitarias tienden al exceso regulatorio, a restar margen a la espontaneidad del individuo y a que todo se determine de arriba abajo. El reglamentismo refleja la hiperjerarquización del GCP. Promulgar normas y más normas es un acto de autoridad; aceptarlas y cumplirlas un acto de sumisión.

Los obsesivos, por su parte, hacen algo parecido. Se imponen e imponen más normas que los demás al tomarse en serio ese enorme capítulo de prescripciones menores que la mayoría pasa por alto. El obsesivo es incapaz de "hacerle la vista gorda" a nada. Como el sectario, o como el paranoico, su vida está regulada por una pléyade de obligaciones que simplemente ha de cumplir.

Finalmente, hay que recordar que la escrupulosidad se aplica no sólo a lo que se hace, sino a la forma de hacerlo. Afecta al qué y también al cómo.

Rasgo	Freud (1909)	E. Jones (1918)	DSM-I y II	DSM-III (1980)	Westen (1999)	DSM-5 (2014)
Gran preocupación por las normas, los detalles en el procedimiento o las listas				+	+	+

Una preocupación íntegramente trasladable a los grupos sectarios y a las sociedades más totalitarias.

INDEPENDENCIA, DOMINIO Y SUMISIÓN

Personalidad anal-erótica. Ernest Jones.

"Se rebelan contra la autoridad e insisten en seguir su propio camino" (16).

Rasgo	Freud (1909)	E. Jones (1918)	DSM-I y II	DSM-III (1980)	Westen (1999)	DSM-5 (2014)
Actitudes tiránicas y autoritarias (se pueden solapar con conductas anormalmente amorosas)		+				

Personalidad anal-erótica. Ernest Jones.

"De niños son extraordinariamente desobedientes (...) luego pueden desarrollar una formación reactiva conducente a una inusual docilidad" (16).

Rasgo	Freud (1909)	E. Jones (1918)	DSM-I y II	DSM-III (1980)	Westen (1999)	DSM-5 (2014)
Se preocupan mucho por su situación jerárquica en relación con los demás.				+		

Parece complicado que rasgos tan contradictorios puedan coexistir en un mismo perfil de individuos. ¿Se puede ser a la vez sumiso y autoritario? ¿Es coherente que un grupo de personas individualistas estén, al mismo tiempo, tan atentos a las cuestiones de jerarquía? Parece que éstas deberían resultarles indiferentes.

El estudio de los grupos de contagio paranoide, y el de las sectas en particular, puede arrojarnos cierta luz. ¿Cómo puede ser la misma persona, a la vez, autoritaria y sumisa (son lo contrario)? ¿Y cómo puede ser sumisa o autoritaria y, al mismo tiempo, independiente? Una persona independiente ni se deja someter ni quiere someter.

Todo depende de ante quién. El adepto se muestra indiferente -cuando no hostil- ante las personas ajenas a su grupo y ante el entorno circundante; sigue su camino únicamente según le marca el GCP en el que milita. En cambio, con el resto de integrantes del grupo establece una relación especial que, en primer lugar, se caracteriza por la alta cohesión. Además, se trata de una relación siempre asimétrica en la que el adepto debe distinguir si la persona que tiene enfrente está por debajo o por encima en estatus jerárquico, y actuar en consecuencia.

Hay tres manifestaciones concretas de la personalidad obsesiva por agregación que interpretadas desde el punto de vista de la conducta paranoide parecen reflejar la tendencia a la sumisión.

Sufrimiento

Los miembros del GCP hacen lo que se les dice, por más que no encaje con sus preferencias, con su formación o con sus deseos. Aceptan gustosos cualquier tarea que el grupo les encomiende, incluyendo las más desagradables.

Los obstinados, por su parte, se obligan a sí mismos a lo que no les apetece. En este caso, sin embargo, la persona que da las órdenes y la que las acata es la misma.

Personalidad anal-erótica. Ernest Jones.

“Hay tres clases de acciones que son particularmente propensas a verse afectadas de este modo [por el erotismo anal]. En segundo lugar, **tareas intrínsecamente desagradables o tediosas** hacia las que, de entrada, se produce un rechazo (...) como ordenar armarios, limpiar la despensa, completar un diario o escribir un informe diario” (16).

La privación de placeres, o la provocación activa de sufrimiento constituyen otra manifestación de la hiperjerarquización. Los adeptos aceptan de buen grado unas penosas exigencias a las que jamás se prestarían en ningún otro contexto. Mutatis mutandis, la austeridad, la frugalidad, el dolor o la incomodidad son ejercicios que algunos obstinados se imponen a sí mismos.

Personalidad anal-erótica. Ernest Jones.

“Hay personas que nunca se quedan a gusto con su capacidad de auto-control, y que continuamente experimentan consigo mismas con el fin de aumentarlo (...) beber el té sin azúcar, dejar de fumar por un tiempo, sacar las piernas de la cama en una noche fría y permitir todo tipo de actuaciones ascéticas para confirmarse a sí mismas su poder de autocontrol (...) influencia duradera de la ambición infantil de alcanzar el control de los propios esfínteres” (16).

Personalidad anal-erótica. Ernest Jones.

“(…) la tendencia a no cambiarse la ropa interior más de lo absolutamente necesario” (16).



“Exercise Equipment” (1997). Tetsuya Ishida

Repetición

Los GCP suelen insistir en la realización de frecuentes actos ceremoniales. Los rituales sirven para subrayar la integración y la sumisión al grupo y, con gran frecuencia, para inducir estados de entusiasmo colectivo. Lo habitual es que se repitan de un modo frecuente y regular. También tienden a repetirse los comportamientos cotidianos; al estar hiperregulados los tiempos y las actividades, la vida del sectario deviene particularmente monótona y repetitiva. Por lo que respecta a los obsesivos:

Rasgo	Freud (1909)	E. Jones (1918)	DSM-I y II	DSM-III (1980)	Westen (1999)	DSM-5 (2014)
Predisposición a la repetición						+

Generosidad selectiva

En el apartado sobre la jerarquización de la riqueza describimos cómo ésta tiende a acumularse en la cúspide de la pirámide del GCP. Las donaciones al grupo o a los dirigentes son comunes. Los adeptos de los grupos sectarios las realizan con frecuencia y generosamente, incluso cuando nadie se las impone. Ernest Jones describió una conducta que distinguiría a algunos obsesivos:

Personalidad anal-erótica. Ernest Jones.

“(…) un tipo de vida amorosa caracterizado **por el predominio abrumador del acto de dar** (…) todo el resto de aspectos del amor se subordinan a este acto. **Estas personas siempre hacen regalos** (…) es más común entre personas que son relativamente impotentes o anestésicas” (16).

CONTROL

Rasgo	Freud (1909)	E. Jones (1918)	DSM-I y II	DSM-III (1980)	Westen (1999)	DSM-5 (2014)
Tendencia al control					+	+

Se dice del obsesivo que está pendiente de lo que sucede a su alrededor, de qué y quién hay, de dónde está cada cosa, de qué decisiones se toman y porqué, etc.

La *hipervigilancia paranoide*, que busca detectar a tiempo los riesgos, conlleva esa misma necesidad de tenerlo todo “bajo control”.

También viene al caso el control de la información que se produce en los grupos sectarios, con su exigencia de sinceridad absoluta de los adeptos, la vigilancia recíproca entre los miembros del grupo, las violaciones de la privacidad y la delación sistemática a las figuras de autoridad de cualquier conducta o actitud sospechosa. El *control* de la información, en este caso por parte de los dirigentes, es absoluto.

VÍNCULO OBSESIVO

Las descripciones de la personalidad obsesiva de los distintos DSM hacen alusión a algunas alteraciones en la forma de relacionarse con los demás. Estas alteraciones se solapan, en buena medida, con algunas de las características que en anteriores trabajos hemos atribuido a los IPP ¹¹.

Algunas de las características que atribuíamos a los IPP, resulta que también lo son de los obstinados. Las revisamos a continuación.

¹¹ <https://www.elgrupoparanoide.com/el-grupo-paranoide> (capítulo 21: Relación).

La frialdad.

Rasgo	Freud (1909)	E. Jones (1918)	DSM-I y II	DSM-III (1980)	Westen (1999)	DSM-5 (2014)
Seriedad, falta de naturalidad, estirados				+		
Incapacidad de relajarse. No se permiten a sí mismos la experimentación de emociones positivas y fuertes.			+		+	
Capacidad restringida para expresar o reconocer emociones de calidez y ternura. Inhibición.				+		
Dificultad para expresar su enfado y tendencia a darle vueltas a las cosas				+		

El formalismo.

Rasgo	Freud (1909)	E. Jones (1918)	DSM-I y II	DSM-III (1980)	Westen (1999)	DSM-5 (2014)
Actitudes excesivamente formales				+		

Por ese mismo formalismo, el obsesivo preferirá aquellas situaciones en las que el objetivo es hacer algo a aquellas otras en las que de lo que se trata es de estar con.

Rasgo	Freud (1909)	E. Jones (1918)	DSM-I y II	DSM-III (1980)	Westen (1999)	DSM-5 (2014)
Incomodidad en situaciones <i>informales</i> en los que la interacción (amistosa) es un fin en sí misma, y preferencia por relacionarse en contextos más estructurados (como el de las actividades deportivas).						+

El secretismo.

Rasgo	Freud (1909)	E. Jones (1918)	DSM-I y II	DSM-III (1980)	Westen (1999)	DSM-5 (2014)
Carácter reservado			+			

La crueldad.

Rasgo	Freud (1909)	E. Jones (1918)	DSM-I y II	DSM-III (1980)	Westen (1999)	DSM-5 (2014)
Escasa sensibilidad a los sentimientos que provocan, o a los perjuicios objetivos que causan, al imponer su forma de hacer las cosas				+		

En el universo paranoide, las pasiones relacionadas con grandes asuntos abstractos o impersonales tienden a ocupar el lugar de la interacción humana genuina. Quizá suceda algo parecido en la personalidad obsesiva. Por ejemplo:

Rasgo	Freud (1909)	E. Jones (1918)	DSM-I y II (1952, 1968)	DSM-III (1980)	Westen (1999)	DSM-5 (2014)
Defensa de la Naturaleza y los espacios naturales		+				

Ernest Jones incluso apreciaría en sus obsesivos esa misma mezcla de amor apasionado, absorción y asimetría jerárquica tan característicos de los grupos sectarios.

Personalidad anal-erótica. Ernest Jones.

"(...) la exquisita ternura de la que pueden ser capaces algunas personas de este tipo, especialmente con los niños (...) Un curioso acompañante de esta ternura es una curiosa tendencia al objeto amado (y poseído); estas personas son con frecuencia dictatoriales e incluso tiránicas, y son extremadamente poco tolerantes con cualquier muestra de independencia por parte del objeto amado" (16).

EXALTACIÓN

Los estados de entusiasmo maniforme que se producen en los GCP y que también se asocian a los delirios megalómanos, tienen su correspondiente reflejo en la personalidad obsesiva.

Personalidad anal-erótica. Ernest Jones.

"Los períodos de actividad se siguen normalmente por un marcado sentido de elevación y auto-satisfacción..." (16).

INEFICACIA

Los DSM afirman en más de una ocasión que la personalidad obsesiva puede ser ineficaz en sus rendimientos, a pesar de los grandes esfuerzos que despliega.

A esta pérdida de efectividad se llegaría por distintos motivos. E Jones hablaba de la procrastinación, la tendencia a posponer el inicio de las tareas.

Rasgo	Freud (1909)	E. Jones (1918)	DSM-I y II	DSM-III (1980)	Westen (1999)	DSM-5 (2014)
Procrastinación		+				

En algunos pacientes con rasgos paranoides y en las biografías de algunos dirigentes totalitarios he podido contrastar esa misma alternancia entre períodos de repliegue e inactividad y otros períodos de actividad febril y combatividad. Se diría que alternan las fases en las que predomina la actitud de huida frente al mundo con las de ataque.

Por su parte, los DSM sugieren una variante algo más sutil de la procrastinación. Los obsesivos tenderían a dejar para el final los elementos más importantes de la tarea. Como es habitual que se carezca de tiempo para la plena finalización del trabajo, corren el riesgo de que las únicas partes que realmente llegan a concluirse son las menos necesarias.

Rasgo	Freud (1909)	E. Jones (1918)	DSM-I y II	DSM-III (1980)	Westen (1999)	DSM-5 (2014)
Pérdida de eficacia por dejar para el final lo más importante				+		+

La ineficacia de los obsesivos, al decir de los DSM, dependería también de otros dos rasgos también asociados a la conducta paranoide: el reglamentismo y el perfeccionismo.

Rasgo	Freud (1909)	E. Jones (1918)	DSM-I y II	DSM-III (1980)	Westen (1999)	DSM-5 (2014)
Pérdida de eficacia por su excesiva preocupación por las normas, los detalles en el procedimiento o las listas; pérdida de vista del objetivo principal.				+		+
Dificultad para terminar algunas tareas por su insistencia en alcanzar la perfección en el resultado						+

RETOS, OBJETIVOS O AMBICIONES

Una de las manifestaciones de la alta cohesión de los GCP es su capacidad para movilizarse conjuntamente, como un solo cuerpo, en pos de los objetivos colectivos del grupo. Lo hacen con la misma tenacidad que los enfermos delirantes y los obstinados en sus respectivos campos de interés.

Según Westen, el obsesivo despliega esa misma capacidad para activarse por un objetivo que no es inmediato y que, en consecuencia, requerirá de un esfuerzo mantenido en el tiempo.

Rasgo	Freud (1909)	E. Jones (1918)	DSM-I y II	DSM-III (1980)	Westen (1999)	DSM-5 (2014)
Gusto por afrontar y superar retos					+	
Satisfacción al luchar por el logro de objetivos o ambiciones a largo plazo					+	

RASGOS NO PARANOIDES

Para ser justos, no podemos pasar por alto algunas observaciones de Westen cuyo encaje en el modelo paranoide resulta complicado.

Rasgo	Freud (1909)	E. Jones (1918)	DSM-I y II (1952, 1968)	DSM-III (1980)	Westen (1999)	DSM-5 (2014)
Tendencia a provocar en los demás una reacción de agrado					+	
Capacidad para la comprensión psicológica de sí mismos y de los demás					+	
Capacidad para apreciar y responder al humor					+	
Capacidad para mostrarse asertivos de un modo efectivo y adecuado					+	
Capacidad para usar sus habilidades de un modo productivo y eficaz					+	

Estas observaciones sugieren que el trastorno obsesivo de la personalidad (si es que es un trastorno) puede conllevar un alejamiento de la media para mejor. Al respecto, no podemos aportar una explicación sencilla y plausible, aunque quizá deberíamos regresar a conceptos como la hipersociabilidad y el liderazgo paranoide.

Alguna otra observación de los DSM, por su parte, ofrece una tonalidad quizá más anancástica que paranoide.

Rasgo	Freud (1909)	E. Jones (1918)	DSM-I y II	DSM-III (1980)	Westen (1999)	DSM-5 (2014)
Indecisión				+		
Incapacidad de desprenderse de objetos gastados o carentes de valor por sí algún día pueden ser de utilidad						+

Conclusión: desde un punto de vista descriptivo es posible enmarcar la personalidad obsesiva en el amplio capítulo de las conductas paranoide.

6.2. Cluster A

Los DSM distribuyen los trastornos de la personalidad en tres grandes grupos (cluster) basados en el parecido y en la coocurrencia.

Si la personalidad obsesiva no es la versión-rasgo del TOC sino de la idea sobrevalorada, prima hermana del delirio, elemento nuclear de la paranoia... y si los solapamientos entre la personalidad obsesiva agregada y la conducta paranoide realmente son tan extensos y manifiestos como parece... entonces es razonable esperar que la personalidad obsesiva se asocie, ante todo, a la personalidad paranoide y quizá, por extensión, a las más estrechamente emparentadas con ésta: la esquizoide y la esquizotípica. En otras palabras, debería migrar del cluster C al cluster A. ¿Sucede así? Algunos trabajos -aunque no todos- respaldan la idea.

Año 2000. Rossi y sus colaboradores (21) estudiaron los trastornos de personalidad (DSM-III-R) en una muestra de 400 pacientes consecutivos ingresados en una planta psiquiátrica. Las entrevistas semiestructuradas se pasaron una vez la clínica había remitido notablemente, en los días previos al alta, con el objetivo de reducir al máximo la posible distorsión derivada de la patología psiquiátrica aguda. Como en otros estudios, los diagnósticos múltiples fueron comunes. Los autores calcularon la odds ratio de la personalidad obsesivo compulsiva frente a cada una del resto de personalidades patológicas. Para cada uno de los trastornos de la personalidad, se trata de la cifra que se obtiene dividiendo la frecuencia con la que dicho trastorno se presenta entre los pacientes con una personalidad obsesiva (numerador) por la frecuencia con que dicho trastorno se hace presente en el conjunto de la población estudiada (denominador). Pues bien, con cierta diferencia, el trastorno más asociado a la personalidad obsesiva fue el paranoide (OR: 5,9), seguido por el esquizoide (OR: 4,5) y el esquizotípico (OR: 4,1).

Dos años antes, en 1998, Stuart y varios autores (23) habían publicado un trabajo multicéntrico con 1.116 pacientes enfocado principalmente a determinar si los codiagnósticos confirman la clasificación de los once trastornos en tres clusters distintos. En el caso concreto de la personalidad obsesiva, efectivamente, la principal asociación se producía con la personalidad evitativa (OR: 4,72), perteneciente también al cluster C. Ahora bien, las siguientes asociaciones, por orden de importancia, se producían con: la personalidad paranoide (OR: 4,46), la personalidad esquizoide (OR: 4,21) y la personalidad esquizotípica (OR: 3,05).

Partiendo de los datos obtenidos en el *National Epidemiologic Survey on Alcohol and Related Conditions*, Grant et al. publicaron en 1992 un trabajo (10) relativo a la personalidad obsesivo-compulsiva. Entre otras, analizaron la asociación de la personalidad obsesivo-compulsiva con otros trastornos de la personalidad. Tras controlar el efecto de las variables sociodemográficas, el trastorno al que más se asociaba fue el paranoide (OD 4,1), seguido del esquizoide (OD 3,7) y el histriónico (OD 3,1).

Año 2008. Hummelen et al (11) estudian las alteraciones de la personalidad de más de 2000 pacientes derivados a doce hospitales de día psiquiátricos en Noruega. Utilizan para ello el método LEAD, caracterizado por hacer converger la información de distintas fuentes, siendo la entrevista semiestructurada una de ellas. Una de sus conclusiones es la siguiente: "(...) el trastorno obsesivo compulsivo de la personalidad se asoció más al trastorno paranoide de la personalidad que a cualquier otro trastorno de la personalidad. Aunque no fuese [estadísticamente] significativo, también se produjo una estrecha asociación entre el trastorno de la personalidad obsesivo compulsivo y los trastornos esquizoide y narcisista" (este último es un resultado compatible con la sobreestima de sí mismos que los clásicos atribuían a la constitución paranoica).

1988. No todos los trabajos, ni mucho menos, confirman la aproximación de la personalidad obsesiva a la personalidad paranoide, o al cluster A. Hyler y Lyons utilizaron la técnica del análisis factorial a las evaluaciones de 552 pacientes realizadas por 287 psiquiatras (15). Obtuvieron cuatro dimensiones independientes. Tres de ellas coincidían con los cluster tradicionales de los DSM, mientras que la personalidad compulsiva conformaba en solitario una dimensión independiente. Aún así, los trastornos de la personalidad más estrechamente

asociados a la personalidad obsesiva, por este orden, fueron la evitativa, la paranoide y la narcisista; solo la primera de un modo estadísticamente significativo.

El trabajo de Hyler replicaba tanto el método como el resultado de un trabajo publicado en 1985 por Kass (17), que también obtenía cuatro dimensiones. La diferencia es que, en este caso, la principal asociación de la personalidad obsesiva fue con la narcisista.

En 1997, Blais y sus colaboradores (4) utilizaron un formato completamente distinto con el que obtuvieron tres factores independientes en los que se agregaban los trastornos de la personalidad. Sus tres dimensiones no coincidían con los cluster tradicionales de los DSM. Pues bien, en el primero de dichos factores se incluyeron las siguientes personalidades: esquizotípica, esquizoide, evitativa, obsesiva y paranoide.

En conclusión: tanto el análisis de los elementos constitutivos de la personalidad obsesiva como los estudios de asociación con otros patrones de personalidad dan a entender una probable relación con la conducta paranoide. Esta relación podría formularse en los siguientes términos: la personalidad obsesiva es una forma concreta de manifestarse la activación paranoide. Por consiguiente, la personalidad obsesiva (o compulsiva, u obsesivo-compulsiva o anancástica) debería migrar del campo anancástico al paranoide. Para completar el cambio de emplazamiento, sería conveniente adoptar una nueva denominación: personalidad obstinada. No se me ocurre ninguna mejor.

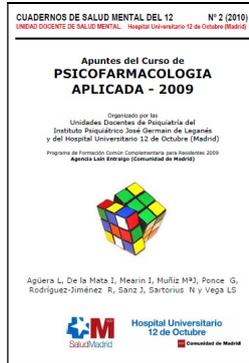
7. Referencias bibliográficas

1. American Psychiatric Association. Diagnostic and Statistical Manual Mental Disorders [DSM-I]. Washington, DC: American Psychiatric Association Mental Hospital Service; 1952.
2. American Psychiatric Association. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. 2. Washington, DC: American Psychiatric Association; 1968.
3. Andreassen CS. Workaholism: An overview and current status of the research. *J Behav Addict* 2014; 3(1): 1-11.
4. Blais MA, McCann JT, Benedict KB, Norman DK. Toward an Empirical/Theoretical Grouping of the DSM-III-R Personality Disorders 1997. *Journal of Personality Disorders*; 11 (2): 191-198.
5. Cullen, William. *Synopsis Nosologiae Methodicae*. Edimburgo: Royal College of Physicians; 1769.
6. Diedrich A, Voderholzer U. Obsessive-compulsive personality disorder: a current review. *Curr Psychiatry Rep* 2015;17(2): 2.
7. Dupré E. *La psychiatrie du médecin praticien*. XXII Congrès de médecins aliénistes et neurologistes, Tunis, 62p., Masson et Cie, Paris (1912).
8. Freud S. Character and anal eroticism. In: Strachey J, editor. The standard edition of the complete psychological works of Sigmund Freud, vol. 9. London: Hogarth; 1908. p. 169-75.
9. Genil-Perrin, G. *Les paranoïaques*. Paris: R Maloine editor; 1926.
10. Grant JE, Mooney ME, Kushner MG. Prevalence, correlates, and comorbidity of DMS-IV obsessive-compulsive personality disorder: results from the National Epidemiologic Survey on Alcohol and Related Conditions. *J Psychiatr Res* 2012; 46: 469-475.
11. Hummelen B, Wilberg T, Pedersen G, Karterud S. The Quality of the DSM-IV Obsessive-Compulsive Personality Disorder Construct as a Prototype Category. *The Journal of Nervous and Mental Disease* 2008; 196 (6): 446-455.
12. Friedman M, Rosenma RH. Association of specific overt behavior pattern with blood and cardiovascular findings. *JAMA* 1959; 12: 1286-1296.
13. <https://en.wikipedia.org/wiki/Karoshi>
14. Hylar SE, Lyons M. Factor Analysis of the DSM-III Personality Disorder Clusters: a Replication. *Comprehensive Psychiatry* 1988 ; 29 (3): 304-308.
15. Janet, Pierre. *Les névroses*. Paris: Ernest Flammarion; 1909.
16. Jones, E. Anal-erotic character traits. En: Jones, E. *Papers on Psychoanalysis*. 2nd edition. London: Baillière, Tindall & Cox; 1918. p. 664-688.
17. Kass F, Skodol AE, Charles E, Spitzer RL, Williams JB. Scaled ratings of DSM-III personality disorders. *The American journal of psychiatry* 1985; 142 (5): 627-630.
18. Lacan, Jacques. *De la psychose paranoïaque dans ses rapports avec la personnalité*. Paris; Ed. du Seuil: 1932.
19. Manschreck TC. Delusional disorder: the recognition and management of paranoia. *J Clin Psychiatry* 1996; 57(suppl 3):32-38.
20. Reddy MS, Starlin Vijay M, Reddy S. Obsessive-compulsive (Anankastic) Personality Disorder: A Poorly Researched Landscape with Significant Clinical Relevance. *Indian J Psychol Med* 2016; 38(1): 1-5.
21. Rossi A, Marinangeli MG, Butti G, Kalyvoka A, Petruzzi C. Pattern of Comorbidity Among Anxious and Odd Personality Disorders: The Case of Obsessive-Compulsive Personality Disorder. *CNS Spectrums* 2000; 5(9):23-26.
22. Schneider, Kurt. *Die psychopathischen personlichkeiten*. Leipzig: Franz Deuticke; 1923.
23. Stuart S, Pfohl B, Battaglia M, Bellodi L, Grove W, Cadoret R. The cooccurrence of DSM-III-R personality disorders. *Journal of Personality Disorders* 1998; 12 (4): 302-315.
24. Westen D, Shedler J. Revising and assessing axis II, Part II: toward an empirically based and clinically useful classification of personality disorders. *Am J Psychiatry* 1999; 156:273-285.

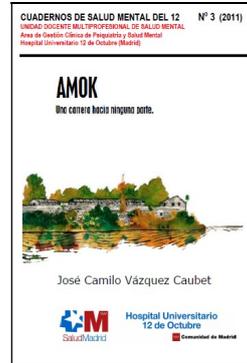
Colección **Cuadernos de Salud Mental del 12**



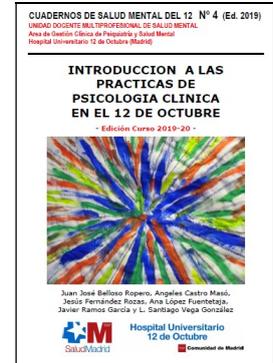
Aproximaciones contemporáneas a la Histeria



Psicofarmacología Aplicada - 2009



Amok. Una carrera hacia ninguna parte



Introducción a las Prácticas de Psicología Clínica en el 12 de Octubre



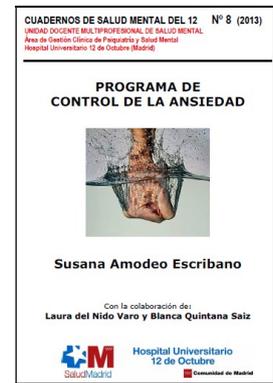
Sesiones Clínicas de Área. Curso 2010-11



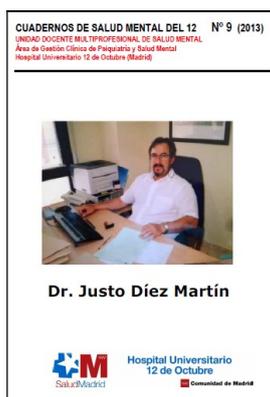
Guía de Tratamiento Psicoterapéutico Sistémico: Psicósomática Inf-Juv.



Casos Clínicos Seminario Psicoterapia. Curso 2011-12



Programa de Control de la Ansiedad



Dr. Justo Díez Martín



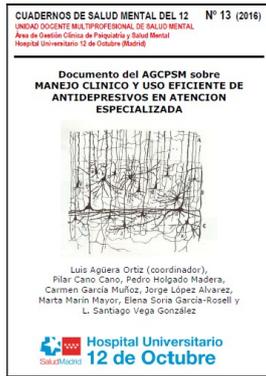
Fichas de Psicoterapias Manualizables



Programa de Terapia Grupal para Niños con Ansiedad



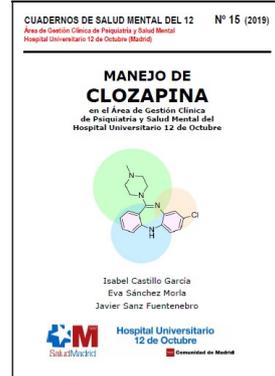
El individuo Paranoide



Manejo clínico y uso eficiente de Antidepresivos en A.E.



Estudios sobre Trastornos Afectivos



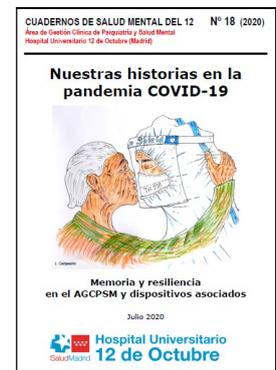
Manejo de Clozapina



Trastornos (Des)adaptativos



Psiquiatría y Salud Mental durante la pandemia COVID-19



Nuestras historias en la pandemia COVID-19



De la personalidad obsesiva a la obstinada