

MENOSCABOS DEL JUICIO DE AGENCIA EN EL TRASTORNO OBSESIVO- COMPULSIVO

Impairments in judgment of agency in obsessive-compulsive disorder

Penélope Pereira Perdomo¹

Pontificia Universidad Católica de Chile, Santiago de Chile

pe.pereira@uc.cl

Nicolás Contreras²

Pontificia Universidad Católica de Chile

njac@uc.cl

Resumen

Se realiza un análisis de algunos rasgos sintomáticos del trastorno obsesivo-compulsivo (TOC) que conducen a disrupciones en el juicio de agencia en sujetos afectados. En el apartado introductorio se examina la noción de agencia y su abordaje teórico y práctico. En el segundo apartado se presenta la metodología empleada en la elaboración del artículo. En el tercer apartado se exponen los criterios diagnósticos estipulados por el DSM-V y el ICD-11 para el TOC, los tipos principales de obsesiones y compulsiones y las hipótesis neuropsicológicas que explican el trastorno. En el cuarto apartado se propone que las características del TOC que influyen en las perturbaciones del juicio de agencia incluyen las creencias disfuncionales que subyacen a los síntomas, la intrusividad de las obsesiones y la incontrollabilidad de las compulsiones. A modo de conclusión, establecemos algunas limitaciones y futuras directrices del trabajo presentado.

Palabras clave: juicio de agencia, TOC, creencia disfuncional, obsesión, compulsión.

¹ Licenciada en Filosofía y Magíster en Estudios Cognitivos por la Universidad de Chile. Actual estudiante del Doctorado en Psicología por la Pontificia Universidad Católica de Chile.
<https://orcid.org/0000-0003-0237-9862>.

² Estudiante de Psicología por la Pontificia Universidad Católica de Chile.
<https://orcid.org/0009-0002-5732-2097>.

Abstract

We analyze some symptomatic features of obsessive-compulsive disorder (OCD) that lead to disruptions in the judgment of agency in affected subjects. The introductory section examines the notion of agency and its theoretical and practical approach. The second section presents the methodology used in the elaboration of the article. The third section presents the diagnostic criteria stipulated by the DSM-V and ICD-11 for OCD, the main types of obsessions and compulsions, and the neuropsychological hypotheses that explain the disorder. The fourth section proposes that features of OCD that influence judgment of agency disturbances include the dysfunctional beliefs underlying the symptoms, the intrusiveness of the obsessions, and the uncontrollability of the compulsions. In conclusion, we state some limitations and future directions of the work presented.

Keywords: judgment of agency, OCD, dysfunctional belief, obsession, compulsion.

Fecha de Recepción: 07/03/2023 – Fecha de Aceptación: 10/05/2023

Introducción

La noción de agencia, en su sentido general, se comprende como la capacidad de realizar acciones para lograr objetivos o efectos en el mundo. Constituye un elemento de vital importancia en el desenvolvimiento del individuo, dado que se relaciona con, al menos, tres dimensiones psicológica y filosóficamente relevantes: la toma de decisiones, la responsabilidad y la percepción de control. En primer lugar, es esencial para el desarrollo de la autonomía personal, vinculada con actos escogidos de manera intencional y orientados a conseguir resultados o metas previamente definidas. Ello guarda relación, a su vez, con el concepto filosófico de libre albedrío. En segundo lugar, apunta a la noción de responsabilidad tanto moral como jurídica sobre las decisiones y acciones tomadas.

Por último, involucra una percepción de control sobre el desarrollo del acto y, a través de él, sobre efectos en el entorno.

La autopercepción como agente ocurre en distintos niveles de conciencia y reflexión sobre la experiencia. Así, es posible realizar una diferencia entre un nivel prerreflexivo (no conceptual e implícito) y un nivel reflexivo (conceptual, explícito, de orden superior). Esta diferencia de niveles es congruente con una distinción clásica realizada por Synofzik *et al.*, (2008) entre sentido/sentimiento de agencia (*feeling of agency*) y juicio de agencia (*judgement of agency*). A nivel prerreflexivo, el sentido de agencia es el reconocimiento de uno mismo como agente que inicia o genera una acción determinada, y suele desarrollarse con una conciencia mínima de control intencional (Haggard & Eitam, 2015). Por otro lado, a nivel reflexivo, el juicio de agencia corresponde a una atribución explícita de agencia a sí mismo, en un proceso cognitivo que involucra reflexión, conocimiento contextual y creencias personales (Synofzik *et al.*, 2008).

El abordaje experimental de la agencia puede ser tanto indirecto como directo. Una medición implícita clásica en la literatura es la unión o vinculación intencional (*intentional binding*) (Haggard *et al.*, 2002), referida a la comprensión subjetiva del intervalo temporal que existe entre una acción voluntaria y su efecto. Este paradigma considera la influencia en la percepción del tiempo que generan tanto la programación y ejecución de acciones como la predicción de sus resultados. Se solicita a los participantes que estimen el tiempo percibido de una acción voluntaria o un evento sensorial posterior (por ejemplo, un tono). A partir de ello, se ha hallado que las acciones voluntarias “se perciben como desplazadas en el tiempo hacia sus resultados posteriores y que los propios resultados se perciben como desplazados hacia las acciones voluntarias que los provocaron” (Haggard, 2017, p. 199). Por su parte, la evaluación explícita de la agencia se efectúa por autorreportes en los que se solicita a los participantes juzgar si sus acciones causaron o no un efecto determinado. La realización del juicio requiere que el participante atribuya un resultado sensorial a una acción intencional propia y no a otra causa. Todo lo anterior ha sido aplicado tanto a condiciones normales o neurotípicas como a condiciones psicopatológicas.

El estudio del sentido de agencia ha experimentado un aumento en los últimos años. El énfasis en su importancia se observa, por ejemplo, en el número de

investigaciones relacionadas con su medición (principalmente, en contextos psicopatológicos) en la literatura especializada, y en su inclusión como constructo en el Research Domain Criteria framework del Instituto Nacional de Salud Mental de Estados Unidos (NIMH, por sus siglas en inglés). No obstante, el análisis específico del juicio de agencia parece mostrar menor presencia. Ello puede deberse a factores derivados tanto del objeto de estudio como de la metodología asociada. El sentido de agencia sería considerado más básico que el juicio de agencia, entendiendo como básico su posición en un nivel anterior a la reflexión. Esto podría constituir una motivación para su prioridad de análisis. Además, los estudios que emplean juicios explícitos de agencia han evidenciado un sesgo cognitivo de sobreestimación de la propia agencia y una atribución errónea a uno mismo de eventos no vinculados con la acción intencional, sobre todo cuando el resultado de la acción es positivo (Haggard, 2017). Por tanto, se ha preferido el uso de mediciones implícitas, lo que eventualmente también influye en la menor cantidad de estudios dedicados a la evaluación del juicio de agencia.

Sin embargo, la autopercepción explícita de sí mismo como agente suscita un interés tanto filosófico como psicológico. En ambos casos, este autorreconocimiento es fundamental para la comprensión de la naturaleza humana y la identidad personal en cuanto a seres capaces de tomar decisiones y tener responsabilidades sobre estas, así como de percibir control y eficacia sobre el entorno. Ello cobra mayor relevancia en contextos psicopatológicos: la falta de agencia percibida en los pensamientos y actos es un rasgo presente en diversos trastornos mentales, y su estudio posibilita una mayor comprensión de los cuadros. Un ejemplo es el trastorno obsesivo-compulsivo (en adelante, TOC), trastorno caracterizado por la presencia de pensamientos intrusivos (obsesiones) y/o comportamientos repetitivos de carácter ritualístico (compulsiones). En particular, uno de los núcleos de la expresión fenomenológica del TOC corresponde a anomalías en la percepción de control sobre los pensamientos, las acciones y sus resultados. Por tanto, en el presente artículo realizaremos un análisis de algunos de sus rasgos sintomáticos que influyen en las disrupciones en el juicio de agencia en dicho trastorno. Sostendremos que las perturbaciones se relacionan con las creencias disfuncionales que subyacen a los síntomas, el carácter intrusivo de las obsesiones y el carácter incontrolable de las compulsiones.

La justificación para la realización del análisis propuesto radica en dos puntos. En primer lugar, la menor cantidad de estudios dedicados a la evaluación específica del juicio de agencia suscita una motivación para analizar resultados de investigaciones recientes. En segundo lugar, la elección del TOC como caso específico se justifica ante el grado de menoscabo que provoca en la vida cotidiana y la prevalencia del trastorno. El TOC es considerado como una de las veinte enfermedades más incapacitantes. El deterioro en la calidad de vida se debe, entre otros factores, al tiempo que consumen las obsesiones y compulsiones, la evitación de eventos desencadenantes y los obstáculos creados por contenidos específicos de las obsesiones (que pueden incluir obstáculos en el tratamiento mismo). Por otro lado, es considerado como una de las cinco enfermedades mentales más frecuentes, lo que probablemente explica su representatividad en áreas como la industria del cine y la televisión, e incluso en el habla cotidiana.

El artículo seguirá la siguiente estructura. En el próximo apartado se presenta la metodología empleada en su elaboración. En el tercer apartado se exponen los criterios diagnósticos estipulados por el DSM-V y el ICD-11 para el TOC, los tipos principales de obsesiones y compulsiones y las hipótesis neuropsicológicas que explican el trastorno. En el cuarto apartado se examinan rasgos sintomáticos que influyen en los menoscabos del juicio de agencia. A modo de conclusión, establecemos algunas limitaciones y futuras directrices del trabajo presentado.

Metodología

El estudio de los rasgos sintomáticos del TOC que repercuten negativamente en el juicio de agencia, y que aparecen en el apartado “Disrupciones en el juicio de agencia”, se efectuó por medio de la metodología de revisión bibliográfica sistematizada (Grant & Booth, 2009) y en congruencia con el marco de trabajo metaframework ReSiste-CHS (Revisiones Sistematizadas en Ciencias Humanas y Sociales) (Codina, 2020). La revisión bibliográfica sistematizada “tiene como objetivo la identificación y selección de información presente en fuentes especializadas que sean pertinentes para el tema abordado, de manera sistemática, completa, explícita y reproducible” (Pereira-Perdomo & Zúñiga-Iturra, 2022).

Búsqueda

Estrategia de búsqueda

Realizamos una búsqueda sistemática en la base de datos académica Scopus y complementamos con el motor de búsqueda Scholar Google. La primera etapa comprendió el uso de combinaciones booleanas basadas en las palabras clave derivadas del marco teórico:

TITLE-ABS-KEY (“OCD” OR “obsessive-compulsive disorder” OR “obsessive compulsive disorder” AND “sense of agency” OR “judgment of agency” OR “judgment of agency”)

Criterios de elegibilidad

Para determinar la selección de artículos, aplicamos los siguientes criterios de inclusión para el título, resumen y palabras clave:

1. Objetivos: Se consideraron artículos que abordan rasgos sintomáticos del TOC que influyen en las disrupciones del juicio de agencia.
2. Áreas: Se consideraron artículos pertenecientes a las áreas de psicología, arte y humanidades y neurociencias.
3. Tipos: Se consideraron artículos originales que sean fuentes primarias o secundarias.
4. Métodos: No se establecieron restricciones de metodologías.
5. Idiomas: Se eligieron artículos escritos en inglés.
6. Años: Se incluyeron estudios realizados en el periodo comprendido entre 2018 y 2023.

Por otro lado, establecimos los siguientes criterios de exclusión:

1. Objetivos: No se consideraron artículos con temáticas ajenas a los objetivos de la presente revisión sistematizada.

2. Áreas: No se consideraron artículos pertenecientes a las áreas de medicina; empresas, gestión y contabilidad (*business, management and accounting*); ciencias de la decisión (*decision sciences*); ingeniería ni enfermería.
3. Tipos: No se consideraron artículos de literatura gris, como tesis de pregrado o posgrado, proyectos, weblogs, boletines, actas de congreso o cuadernos de trabajo.
4. Métodos: No se establecieron restricciones de metodologías.
5. Idiomas: Se excluyeron artículos escritos en idiomas distintos al inglés.
6. Años: Se excluyeron estudios realizados en años anteriores al 2018.

Evaluación

La etapa de evaluación de las fuentes localizadas en la etapa de búsqueda incluyó la lectura del título, resumen y palabras clave, la revisión del cumplimiento de los criterios de inclusión y exclusión y la eliminación de duplicados. Posteriormente, se realizó una búsqueda manual en las referencias bibliográficas de la literatura localizada para asegurar la completitud de la muestra, sin considerar el criterio de inclusión/exclusión años. Ello se debe a que, tras el primer filtro que establecen los criterios de inclusión/exclusión para localizar un número razonable de artículos, este paso adicional de la etapa evaluativa garantiza la inclusión de trabajos fundacionales eventualmente excluidos.

Resultados

La aplicación de la estrategia de búsqueda y los pasos de evaluación arrojaron un total de 23 artículos.

Consideraciones sobre el trastorno obsesivo-compulsivo

El TOC corresponde a un trastorno neuropsiquiátrico crónico y con baja tasa de remisión sin tratamiento. De acuerdo con el DSM-V (2013) y el ICD-11 (2019)³, se caracteriza por

³ El DSM-V y el ICD-11 no difieren significativamente en cuanto a los criterios diagnósticos, la definición general del trastorno ni la clasificación (Marras *et al.*, 2016). No obstante, una novedad del ICD-11 por

la presencia de obsesiones y/o compulsiones, las cuales consumen una cantidad considerable de tiempo, causando malestar clínicamente significativo o deterioro social, laboral o en otras áreas del funcionamiento humano. Por un lado, las obsesiones son pensamientos, imágenes o impulsos experimentados como intrusivos o no deseados, que son recurrentes, persistentes y comúnmente ansiógenos. El sujeto busca ignorarlos, suprimirlos o neutralizarlos sin éxito. Pese a ello, estos pensamientos son reconocidos como propios, incluso aunque sean involuntarios y a menudo considerados repugnantes. Por otro lado, las compulsiones son comportamientos o actos mentales repetitivos de carácter ritualístico que surgen típicamente como respuesta para neutralizar una obsesión o para cumplir reglas definidas y estrictas (APA, 2013; WHO, 2019). A pesar de encontrarse destinadas a prevenir la ansiedad o evitar un evento negativo determinado, no se conectan de manera realista o son excesivas con respecto a ellos. Adicionalmente, el sujeto tiene grados de introspección sobre las creencias del TOC: puede saber que estas no son ciertas o probablemente no lo sean, puede creer que probablemente sí lo sean, o puede exhibir creencias delirantes (estar convencido de la certeza de su creencia). Lo anterior está sujeto a variación durante el curso del trastorno.

Cuando se encuentran presentes tanto las obsesiones como las compulsiones, suele existir una relación discernible entre ellas en cuanto a contenido o secuencia temporal. En la mayoría de los casos, las compulsiones se realizan en respuesta a las obsesiones (por ejemplo, lavarse las manos excesivamente por miedo a contaminarse). Sin embargo, en algunos individuos con TOC, especialmente durante la fase inicial del trastorno, las compulsiones podrían preceder a la manifestación de las obsesiones. Por ejemplo, un individuo comienza a pensar que debe temer a un incendio accidental porque comprueba repetidamente el botón del gas de la cocina o llega a la conclusión de que debe preocuparse por la contaminación basándose en la evidencia de que se lava las manos repetidamente. Comprender la relación entre obsesiones y compulsiones constituye una ayuda en la selección de la intervención y en la planificación del tratamiento.

sobre el DSM-V es la exhibición de mayor nivel descriptivo del desorden en aspectos clínicos, del curso de la enfermedad, el límite con la normalidad, y diferencias según el desarrollo, el género y la cultura.

Los contenidos específicos de las obsesiones y compulsiones, así como su relación con el sujeto, presentan una variabilidad considerable. A pesar de ello, los síntomas han sido agrupados en cuatro grandes temas o dimensiones, a saber:

1. Limpieza: obsesiones sobre contaminación y compulsiones de limpieza.
2. Simetría: obsesiones sobre simetría y compulsiones de repetición, orden y conteo.
3. Tabú: obsesiones sobre pensamientos prohibidos de índole agresiva, sexual o religiosa, y compulsiones relacionadas.
4. Daño: obsesiones sobre la posibilidad de dañar y compulsiones de comprobación.

Se han registrado variaciones en dependencia de la cultura, la etapa de desarrollo y el sexo del individuo, quien usualmente presenta síntomas de más de una dimensión. Al enfrentarse con situaciones desencadenantes, el sujeto manifiesta una serie de respuestas afectivas, comúnmente ansiedad, disgusto, ataques de pánico o “sensación de incompletitud o inquietud hasta que las cosas se vean, se sientan o suenen ‘bien’” (APA, 2013, p. 239) mientras se realiza una compulsión.

Si bien el DSM-V y el ICD-11 son manuales valiosos para describir los trastornos mentales y proporcionar criterios diferenciales para su diagnóstico, no explican las causas subyacentes de los síntomas ni detallan las disfunciones específicas a nivel cognitivo y conductual. Por lo tanto, se han propuesto diversas hipótesis neuropsicológicas. Una de ellas sugiere una hiperactividad e hiperconectividad en el circuito cortico-estriado-pálido-talámico-cortical (Vázquez-Bourgon *et al.*, 2019). Ello conlleva un déficit del sistema de conductas orientadas a metas y funciona con base en bucles, cada uno de los cuales posee un significado funcional específico y se integra con otros por medio de la conexión de distintos nodos corticales con sus áreas estriatales. Ivarsson *et al.* explican que cada bucle

tiene un nodo cortical (por ejemplo, la corteza orbitofrontal [OFC])’, una conexión con una parte específica del cuerpo estriado (por ejemplo, el núcleo caudado), que conecta con una parte específica del tálamo. El tálamo conecta de nuevo con la misma región cortical (por ejemplo, el OFC) (2017, p. 285).

El llamado modelo orbitofrontal-estriatal (es decir, “el circuito que se proyecta desde el OFC al cuerpo estriado, hacia el tálamo antes de volver al OFC” (Jalal *et al.*, 2023, p. 3) se utiliza para explicar síntomas del TOC, y ha sido ampliado con estudios del sistema límbico, en donde se hallaron alteraciones del hipocampo que podrían dar cuenta de las dificultades en la modificación de las conductas compulsivas.

Sumado a lo anterior, un mapeo de las estructuras funcionales del córtex cerebral realizado por Pujol *et al.*, (2019) encontró que los individuos que sufren TOC presentan una alteración en la sincronización de la actividad neuronal en diversas áreas cerebrales, incluyendo el ya mencionado córtex orbitofrontal, así como otras áreas primarias relacionadas con los sentidos del tacto, oído, vista, gusto y olfato. Se pudo observar que la gravedad de los síntomas se correlaciona con la intensidad de la alteración funcional en las regiones cerebrales implicadas en el trastorno. Además, los resultados sugieren que también existe una desincronización en la actividad intracortical en las áreas sensoriales primarias. Con base en estudios anteriores revisados por los autores, es posible interpretar que esta desincronización se debe a una deficiente actividad neuronal inhibitoria y un alterado filtrado sensorial. La falta de filtrado sensorial eficiente podría explicar la aparición de pensamientos intrusivos, los cuales son experimentados como absurdos y no deseados. Esto se debe a que los estímulos irrelevantes no son descartados adecuadamente. La aparición de compulsiones, por su parte, se comprende a partir de disfunciones neuronales relacionadas con desequilibrios en el procesamiento de la información sensorial, la regulación emocional, el cambio de tareas, el control inhibitorio y los sistemas de conductas orientadas a metas. Estas numerosas alteraciones pueden conducir a la pérdida de la capacidad de controlar voluntariamente el comportamiento y las respuestas emocionales.

Luego de la caracterización general del TOC, a continuación ahondaremos en algunos rasgos sintomáticos que explican las perturbaciones del juicio de agencia en el trastorno.

Disrupciones del juicio de agencia

Como mencionamos en la introducción, el juicio de agencia se comprende como la capacidad de reconocerse reflexivamente a sí mismo como agente en control de las

propias acciones y, por medio de ellas, de efectos en el mundo. En la literatura especializada se ha observado una agencia alterada en personas con altas tendencias obsesivas-compulsivas. Por ejemplo, Oren *et al.* (2016), mediante un estudio de análisis del lenguaje, mostraron que estos sujetos utilizan expresiones lingüísticas en que se omite el agente o el causante de un evento. Asimismo, en una investigación posterior, Oren *et al.* (2019) emplearon medidas indirectas y directas de agencia y concluyeron que la agencia alterada se vincula con un acceso mayor a los conceptos de control y, con ello, juicios ilusorios de control atribuibles a las conductas compulsivas características de este desorden.

Con respecto al trabajo presente, el resultado de la revisión sistematizada llevada a cabo muestra que los rasgos sintomáticos principales del TOC que influyen negativamente en el juicio de agencia son las creencias disfuncionales que subyacen a los síntomas, la intrusividad de las obsesiones y la incontrolabilidad de las compulsiones.

Creencias disfuncionales

Se ha determinado que, en el TOC, las creencias disfuncionales que poseen los sujetos afectados y que subyacen a los síntomas influyen considerablemente sobre su experiencia subjetiva (Schmidt *et al.*, 2021; Hezel & McNally, 2016). De acuerdo con el DSM-V, estas creencias incluyen

un sentido exagerado de la responsabilidad y la tendencia a sobrestimar la amenaza; perfeccionismo e intolerancia a la incertidumbre; y la importancia excesiva de los pensamientos (p.ej. la creencia de que tener un pensamiento prohibido es tan malo como llevarlo a cabo) y la necesidad de controlarlos (APA, 2013, p. 238).

A continuación, procederemos a explicar cada una de ellas. En primer lugar, los sujetos con TOC se consideran excesivamente responsables de sus actos y consecuencias. Una responsabilidad exagerada “se refiere a la creencia de que pueden ocurrir sucesos subjetivamente perjudiciales como resultado directo (o indirecto) de las (in)acciones del individuo, y que tales consecuencias deben evitarse a toda costa” (Mathieu *et al.*, 2020,

p. 552; Salkovskis, 1985). Ello es considerado como un sesgo cognitivo clásico en el trastorno, que puede influir en los juicios de agencia (Schmidt *et al.*, 2021; Gentsch *et al.*, 2012; Belayachi & Van der Linder, 2010). El individuo exhibe un elevado sentido de control sobre sucesos negativos vinculado a la auto-atribución de responsabilidades por la provocación o no impedimento de resultados negativos por medio de las compulsiones (Szalai, 2019).

En segundo lugar, la tendencia a sobrestimar la amenaza incluye tanto el temor ante la ocurrencia de sucesos perjudiciales como la percepción de riesgo en la aparición de pensamientos indeseados (Abramowitz & Blakey, 2020). Por un lado, el temor a que pueda acontecer un evento dañino se ha vinculado con un sentido exagerado de la vulnerabilidad personal (Moritz & Jelinek, 2009): los sujetos con TOC suelen presentar pensamientos intrusivos relacionados con amenazas personales como la ocurrencia de un accidente o la provocación de daño a otros. Por otro lado, el malestar por la manifestación de ideas intrusivas se relaciona con la importancia excesiva que se brinda a los pensamientos. En efecto, las obsesiones se asocian con la sobreestimación del costo asociado a exhibir pensamientos indeseados o sin sentido de ciertos temas (violencia, sexo, blasfemia, entre otros). Las personas diagnosticadas con TOC interpretarían de forma catastrófica y personalmente significativa la ocurrencia de dichas ideas. Nuevamente, ello repercute en el juicio de agencia: como abordaremos en el próximo apartado, la intrusividad de estas obsesiones altera la percepción de control sobre los pensamientos propios.

En tercer lugar, el perfeccionismo es la tendencia a la autoimposición de estándares elevados o inalcanzables y la autoevaluación negativa o excesivamente crítica ante los errores (Frost & Marten, 1990), mientras que la intolerancia a la incertidumbre constituye una característica disposicional en la que la incerteza se puede manifestar como un pensamiento obsesivo que impulsa rituales para eliminarlo (Pinciotti *et al.*, 2021, p. 2). El foco aquí vuelve a encontrarse en la necesidad de control. Por ejemplo, como mencionaremos en el apartado “Incontrolabilidad de las compulsiones”, los sujetos a menudo exhiben una sensación de incompletitud conocida como *not just right experiences* (NJRE, por sus siglas en inglés), asociada con sentimientos de tensión, malestar y deseo de realizar las tareas de forma perfecta (Pietrefesa & Coles, 2009). Lo

anterior conduce a una repetición de la acción hasta disipar esa sensación. Así, se sienten forzados a actuar de cierto modo, lo que compromete su juicio de agencia.

Además de las creencias disfuncionales ya mencionadas, las características principales de las obsesiones y compulsiones (a saber, su intrusividad e incontrolabilidad, respectivamente) constituyen factores que influyen en las perturbaciones de la agencia. A continuación, abordaremos cada una de ellas.

Intrusividad de las obsesiones

Un segundo rasgo que se vincula con un juicio de agencia potencialmente alterado corresponde a la intrusividad de las obsesiones. De acuerdo con el trabajo clásico de Rachman y de Silva (1978), las obsesiones son entendidas como pensamientos intrusivos repetitivos e indeseados. Un pensamiento intrusivo es aquel cuyo surgimiento es repentino y sin control consciente. Por sí solos, no son indicadores de un trastorno mental: en condiciones normales, los sujetos son propensos a la intrusión repentina de ideas, impulsos o imágenes. El carácter patológico de una obsesión no radica en la forma o contenido necesariamente, sino en factores tales como la duración, frecuencia y/o intensidad del pensamiento; la valoración del pensamiento como significativo, el nivel de angustia o menoscabo asociado y la realización de conductas que buscan neutralizarlo (como son las compulsiones).

En el caso particular del TOC, de acuerdo con el DSM-V, “las obsesiones no son placenteras ni se experimentan de forma voluntaria: son intrusivas e indeseadas, y causan una marcada angustia o ansiedad en la mayoría de los individuos” (APA, 2013, p. 238). Estos pensamientos típicamente refieren a eventos negativos o concebidos como amenazantes para el sujeto, como la posibilidad de enfermar gravemente o de provocar un accidente. La sensación de falta de dominio en la aparición de creencias provoca malestar significativo y puede conllevar una dificultad en la atribución de la autoría del pensamiento en cuestión. Lo anterior se ve potenciado cuando los contenidos de las creencias se manifiestan como egodistónicos, es decir, no coherentes con la autopercepción del sujeto. Los pensamientos egodistónicos son aquellos que contradicen los valores, deseos o creencias del individuo que los padece. Los grados de perturbación y malestar se relacionan directamente con las implicaciones para el sí mismo acarreadas

por ella (Rowa *et al.*, 2005): cuanto más disruptivo o contradictorio sea el contenido de la obsesión, mayor será el malestar o angustia asociados. Un ejemplo dramático de esta falta de control percibido es el TOC somático (también denominado TOC sensoriomotor o somatomorfo), donde existen obsesiones sobre posibles fallos en los procesos fisiológicos del cuerpo propio (como dejar de respirar o que el corazón deje de latir) (Puranen, 2022).

Las obsesiones suelen ser expresadas como dudas acerca de una acción o evento determinado. La duda patológica ha sido reconocida como un elemento principal del TOC, lo que condujo a una inicial conceptualización del trastorno como la enfermedad de la duda. Esta corresponde a la incerteza acerca de las propiedades de una acción, situación o estímulo (Reed, 1985), y se relaciona especialmente con los rituales de comprobación. Una incerteza irracional sobre la realización o la completitud de un acto como el cerrar correctamente la puerta de la entrada de la casa ejemplifica lo anterior. En la literatura, ello ha sido vinculado con una falta de confianza en la propia memoria, atención y percepción (Tolin *et al.*, 2001; Cogle *et al.*, 2007; Hermans *et al.*, 2008). Así, el sujeto manifiesta un curso de pensamiento como el siguiente: Sé que cerré la puerta, pero ¿y si no fue así?

Incontrolabilidad de las compulsiones

Un tercer punto relacionado con los menoscabos del juicio de agencia es la incontrolabilidad de las compulsiones. Las compulsiones, como mencionamos anteriormente, son acciones físicas o mentales de carácter ritualístico que se ejecutan frente a la presencia de las obsesiones. Sus funciones principales son la reducción de la ansiedad o malestar ocasionado por las obsesiones y la evitación de un escenario indeseado. De la misma manera que no todos los pensamientos intrusivos son obsesiones, no todos los comportamientos repetitivos son considerados como compulsiones. Las diferencias entre un hábito no patológico y una compulsión no radican necesariamente en las reglas estrictas o la forma estereotipada de realización. En su lugar, se basa en factores como el objetivo perseguido, la resistencia al acto que experimenta el sujeto, el malestar clínicamente significativo relacionado con la sensación irrefrenable de llevarlo a cabo, la falta de placer o gratificación asociados (más allá del alivio momentáneo que ocasiona),

y su persistencia a pesar de la interferencia negativa en la vida cotidiana. Podemos hallar perturbaciones de agencia específicas tanto en el control de la ejecución del acto como en el control del resultado buscado.

Los individuos suelen tener una experiencia subjetiva de sentirse forzados a actuar de una manera determinada, siguiendo una rutina estructurada y rígida, por lo que comúnmente reportan una disminución en el sentido de control (Denys, 2014). Por ejemplo, los sujetos con comprobación compulsiva sienten un impulso irrefrenable a actuar de forma no deseada (pero tranquilizadora, al menos momentáneamente). Sumado a ello, los reportes en primera persona indican un menoscabo en la habilidad para lograr o evitar, por medio de la acción propia, el resultado determinado (Szalai, 2019). Luego del desarrollo de la compulsión, puede surgir una experiencia de incompletitud en la acción cuando no se experimenta el logro de la meta deseada (Gentsch & Schütz-Bosbach, 2015). Un ejemplo de ello es sentir que no se ha descontaminado las manos mediante el lavado a pesar de haber realizado la acción, lo que lleva a repetir la compulsión hasta lograr disipar esa experiencia. Dado que la sensación de satisfacción asociada con una acción y su consecuencia figura en el núcleo de la autopercepción como agentes, el juicio de agencia presentaría perturbaciones.

De manera aparentemente paradójica, también es posible que los sujetos asuman una mayor influencia causal sobre el mundo de la que realmente exhiben, lo que se relaciona con un pensamiento mágico (Einstein & Menzies, 2004). Se ha reportado que los individuos pueden experimentar un sentido injustificado de control si se considera que la compulsión logró evitar el resultado perjudicial predicho en las obsesiones, aunque la conexión causal suele ser irracional. Por ejemplo, contar hasta diez mientras se observa la puerta no guarda ninguna relación racional con evitar que un ladrón ingrese a la casa, pero la experimentación de completitud en la acción conlleva una sensación de manejo en el resultado esperado. Por ende, los comportamientos compulsivos han sido considerados como “una forma de inflar artificialmente los sentimientos de control de las personas afectadas, cuando el mecanismo subyacente a una sensación de control ‘natural’ se rompe” (Belayachi & Van den Linden, 2010, p. 161).

Conclusiones

El artículo presente tuvo como objetivo principal el análisis de algunos menoscabos en el juicio de agencia en personas con TOC. Sostuvimos que los rasgos sintomáticos principales que influyen en sus perturbaciones incluyen las creencias disfuncionales a la base de las obsesiones y compulsiones, la intrusividad de las obsesiones y la incontrolabilidad de las compulsiones.

Es posible establecer, al menos, tres limitaciones y futuras directrices. En relación con el estudio de la agencia, el trabajo asumió la diferencia entre sentido y juicio de agencia, y se enfocó en este último constructo. No obstante, a nivel conceptual, el uso de sentido de agencia (*sense of agency*), sentimiento de agencia (*feeling of agency*) y juicio de agencia (*judgment/judgement of agency*) indica algunas divergencias en dependencia del autor. Más aún, a nivel metodológico, autores como Oren *et al.* (2019) reportan una disociación entre medidas directas e indirectas de agencia. Una primera futura directriz apuntaría a la realización de un análisis conceptual de dichos constructos, así como sus repercusiones para la interpretación de las evidencias empíricas halladas en la literatura.

Con respecto a la presentación del TOC, el artículo se limitó a sus generalidades. Sin embargo, en el segundo apartado mencionamos la existencia de cuatro grandes temas o dimensiones en las que se agrupan sus síntomas (limpieza, simetría, tabú y daño, así como las compulsiones asociadas). Una segunda futura directriz que podemos extraer, por ende, se relaciona con la posible variación de interrupciones en el juicio de agencia entre tales dimensiones.

Por último, considerando el marco general de trabajo, el artículo mencionó la toma de decisiones, la responsabilidad y la percepción de control como tres dimensiones psicológica y filosóficamente relevantes relacionadas con la noción de agencia, sin ahondar mayormente en sus implicancias. Una tercera futura directriz se vincularía con la integración de perspectivas filosóficas (en particular, fenomenológicas) en el abordaje de los fenómenos asociados con el juicio de agencia.

Referencias bibliográficas

- Abramowitz, J.S., y Blakey, S.M. (2020). Overestimation of threat. En J.S. Abramowitz y S.M. Blakey (Eds.), *Clinical handbook of fear and anxiety: Maintenance processes and treatment mechanisms* (pp. 7-25) American Psychological Association.
- American Psychiatric Association (2013). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (5a ed.). American Psychiatric Publishing.
- Belayachi, S. & Van der Linder, M. (2010). Looking for outcomes: The experience of control and sense of agency in obsessive-compulsive behaviors. En M. Balconi (Ed.), *Neuropsychology of the Sense of Agency* (pp. 157-171). Springer.
- Cogle, J.R., Salkovskis, P.M., y Wahl, K. (2007). Perception of memory ability and confidence in recollections in obsessive-compulsive checking. *Journal of Anxiety Disorders*, 21(1), 118-130.
- Denys, D. (2014). Compulsivity and Free Will. *CNS Spectrums*, 19(1), 8–9.
- Einstein, D.A. & Menzies, R.G. (2004). The presence of magical thinking in obsessive compulsive disorder. *Behavioral Research and Therapy*, 42, 539-549.
- Frost, R.O., & Marten, P.A. (1990). Perfectionism and evaluative threat. *Cognitive Therapy and Research*, 14(6), 559-572.
- Gentsch, A., Schütz-Bosbach, S., Endrass, T., & Kathmann, N. (2012). Dysfunctional forward model mechanisms and aberrant sense of agency in obsessive-compulsive disorder. *Biological Psychiatry*, 71(7), 652-659.

- Gentsch, A., y Schütz-Bosbach, S. (2015). Agency and outcome prediction. En P. Haggard y B. Eitam (Eds.), *The Sense of Agency* (pp. 217-234). Oxford University Press.
- Haggard, P., Clark, S., & Kalogeras, J. (2002). Voluntary action and conscious awareness. *Nature Neuroscience*, 5(4), 382-385.
- Haggard, P. y Eitam, B. (2015). Introduction. En P. Haggard & B. Eitam (Eds.), *The Sense of Agency* (pp. xi-xvii) Oxford University Press.
- Haggard, P. (2017). Sense of agency in the human brain. *Nature Reviews Neuroscience*, 18(4), 196-207.
- Hermans, D., Engelen, U., Grouwels, L., Joos, E., Lemmens, J., y Pieters, G. (2008). Cognitive confidence in obsessive-compulsive disorder: Distrusting perception, attention and memory. *Behaviour Research and Therapy*, 46(1), 98-113.
- Hezel, D.M., & McNally, R.J. (2016). A Theoretical review of cognitive biases and deficits in obsessive-compulsive disorder. *Biological Psychology*, 121(Pt B), 221-232.
- Ivarsson, T., Weidle, B., Skarphedinsson, G., & Valderhaug, R. (2017). Neurobiological and neurodevelopmental perspectives on OCD and their clinical implications. En J.S Abramowitz, D. McKay & E.A. Storch (Eds.), *The Wiley Handbook of Obsessive Compulsive Disorders* (pp. 283-310). John Wiley & Sons, Ltd.,
- Jalal, B., Chamberlain, S.R., & Sahakian, B.J. (2023). Obsessive-compulsive disorder: Etiology, neuropathology, and cognitive dysfunction. *Brain and Behavior*, 00, e3000.
- Marras, A., Fineberg, N., & Pallanti, S. (2016). Obsessive compulsive and related disorders: comparing DSM-5 and ICD-11. *CNS Spectrums*, 21(4), 324-333.

- Mathieu, S.L., Conlon, E.G., Waters, A.M., McKenzie, M.L., & Farrell, L.J. (2020). Inflated responsibility beliefs in paediatric OCD: Exploring the role of parental rearing and child age”. *Child Psychiatry and Human Development*, 51(4), 552-562.
- Moritz, S., & Jelinek, L. (2009). Inversion of the ‘unrealistic optimism’ bias contributes to overestimation of threat in obsessive-compulsive disorder. *Behavioural and Cognitive Psychotherapy*, 37(2), 179-193.
- Oren, E., Friedmann, N., & Dar, R. (2016). Things happen: Individuals with high obsessive-compulsive tendencies omit agency in their spoken language. *Consciousness and Cognition*, 42, 125-134.
- Oren, E., Eitam, B., y Dar, R. (2019). Intentional binding and obsessive-compulsive tendencies: A dissociation between indirect and direct measures of the sense of agency. *Journal of Obsessive-Compulsive and Related Disorders*, 20, 59-65.
- Pereira-Perdomo, P., y Zúñiga-Iturra, B. (2022). El estatus ontológico de la psicopatología. *Culturas Científicas*, 3(2), 110-129.
- Pietrefesa, A.S., y Coles, M.E. (2009). Moving beyond an exclusive focus on harm avoidance in obsessive-compulsive disorder: Behavioural validation for the separability of harm avoidance and incompleteness. *Behavior Therapy*, 40, 251-259.
- Pujol, J., Blanco-Hinojo, L., Maciá, D., Alonso, P., Harrison, B. J., Martínez-Vilavella, G., Deus, J., Menchón, J.M., Cardoner, N., & Soriano-Mas, C. (2019). Mapping alterations of the functional structure of the cerebral cortex in obsessive-compulsive disorder. *Cerebral Cortex*, 29(11), 4753-4762.

- Puranen, J.P. (2022). Bodily obsessions: intrusiveness of organs in somatic obsessive–compulsive disorder. *Medicine, Health Care and Philosophy*, 25(3), 439-448.
- Rachman, S., & de Silva, P. (1978). Abnormal and normal obsessions. *Behaviour Research and Therapy*, 16(4), 233-248.
- Reed G.F. (1985). *Obsessional experience and compulsive behavior: a cognitive structural approach*. Academic Press.
- Rowa, K., Purdon, C., Summerfeldt, L. J., y Antony, M.M. (2005). Why are some obsessions more upsetting than others?. *Behaviour Research and Therapy*, 43(11), 1453-1465.
- Salkovskis, P.M. (1985). Obsessional-compulsive problems: A cognitive-behavioural analysis. *Behaviour Research and Therapy*, 23(5), 571-583.
- Schmidt, S., Wagner, G., Walter, M., & Stenner, M.P. (2021). A Psychophysical window onto the subjective experience of compulsion. *Brain Sciences*, 11(2), 182.
- Synofzik, M., Vosgerau, G. y Newen, A. (2008). Beyond the comparator model: A multifactorial two-step account of agency. *Consciousness and Cognition*, 17(1), 219-239.
- Szalai, J. (2019). The sense of agency in OCD. *Review of Philosophy and Psychology*, 10(2), 1-18.
- Tolin, D. F., Abramowitz, J. S., Brigidi, B.D., Amir, N., Street, G.P., & Foa, E.B. (2001). Memory and memory confidence in obsessive–compulsive disorder. *Behaviour Research and Therapy*, 39(8), 913-927.
- Vázquez-Bourgon, J., Martino, J., Sierra Peña, M., Infante Ceberio, J., Martínez Martínez, M. Á., Ocón, R., Menchón, J. M., Crespo Facorro, B., & Vázquez-

Barquero, A. (2019). Deep brain stimulation and treatment-resistant obsessive-compulsive disorder: A systematic review. *Revista de Psiquiatría y Salud Mental* (English Ed.), 12(1), 37-51.

World Health Organization (2019). *ICD-11: International classification of diseases* (11th revision). <https://icd.who.int/>