

# Campo obsesivo, factores psicosociales y dinamismo

Naila Martínez Poveda

*El presente artículo propone una mirada alternativa sobre la experiencia obsesiva, desplazando el enfoque tradicional centrado en las obsesiones, compulsiones y el sufrimiento individual, hacia una comprensión desde lo colectivo. Se describen los factores psicosociales —positivos y negativos— que intervienen en la vivencia y en el proceso terapéutico, destacando la influencia del apoyo, la pertenencia y la comunidad en la regulación del sufrimiento. Asimismo, se comparan distintos modelos psicoterapéuticos: el biomédico y las tres perspectivas de la Terapia Gestalt (monopersonal, relacional y de campo), mostrando cómo se complementan en un proceso dinámico e interdependiente. Finalmente, se presenta el recurso visual del sónar, una representación gráfica del movimiento constante entre perspectivas y factores psicosociales, una propuesta que invita a repensar la psicoterapia de la experiencia obsesiva como un proceso vivo, intersubjetivo y en continuo cambio.*

## Introducción

En este texto exploro la experiencia obsesiva desde una perspectiva gestáltica y de campo. Mi objetivo es, puramente, compartir cómo esta forma de sufrimiento puede ser contemplada desde distintos ángulos y cómo esto puede aportar un poco de luz al estudio del campo obsesivo. Me dispongo a escribir con miedo: miedo a no expresarme con la suficiente claridad o a ser poco técnica, entre otras formas de miedo que, al escribirlas, se desvanecen, y observo el fondo.

Lo que en realidad hace que me levante cada cinco minutos y me distraiga de mi objetivo es el miedo a no ser parte de esta comunidad. Un miedo que no es solo mío, sino que es compartido, como el aire que respiramos, que no tiene dueño. Y hoy día, ser parte es como el aire: es supervivencia.

También observo que, hace un rato, estaba tensa; no podía dejar de oír los gritos de

los vecinos. Sus voces se colaban en la sala, en mi cabeza, en mi cuerpo. La invasión es constante. Así que, después de desesperarme, de buscar apoyo y de cambiar de habitación, me encuentro escribiendo.

¿Qué tendrán que ver estas primeras líneas con el campo obsesivo? Mucho. Sentirse invadida y en peligro es el día a día de una persona que atraviesa la experiencia obsesiva. Cualquier detalle puede ser mortal. Aparentemente, todo está bien, pero de fondo siempre hay algo que perturba esa paz. Puede ser en forma de pensamiento intrusivo —p. ej.: «si no llevo conmigo un elemento lila, algo malo sucederá a mi familia»—, pero también puede estar de forma difusa, sin una consecuencia concreta: un grito a lo lejos, una pelusa en mitad del pasillo, un cabello en las sábanas, una falta de ortografía... Cualquier cosa vale para recordar que no estamos a salvo. La tensión es continua, una alarma agotadora.

«Etimológicamente, *obsesión* deriva del latín *obsidere*, que significa asediar. Por lo tanto, hay una implicación espacial en el significado original de la obsesión. Una persona que está obsesionada es una persona que está asediada, una persona que siente que le falta espacio, que siente que las cosas se están acercando demasiado» (Muscelli y Stanghellini, en Francesetti, 2017, p. 6).

Y ordenar la habitación sin descanso, lavarse las manos hasta dañarse la piel, sumar las matrículas con el objetivo de que salgan pares, entre otras, son conductas que la persona con TOC adopta en respuesta a las obsesiones para calmar la ansiedad que estas generan. «Las compulsiones son el antídoto que temporalmente evitan lo peor» (Vázquez, C., 2023, en formación *Psicopatología Gestáltica del CTP*).

Podríamos descubrir qué llevó a nuestro sistema nervioso a desregularse de tal forma, qué desató el ajuste creativo del actual ajuste conservador, qué sucede entre nosotras, y un largo etcétera para conocer, aceptar o restaurar el sufrimiento; pero no será suficiente sin un lugar en el que reposar tanto tiempo de no descanso. Y ese lugar es la pertenencia: el apoyo necesario que nos permite regular las fuerzas que emergen del campo.

Como alguien que vive el campo obsesivo en primera persona, quiero compartir que los únicos momentos en los que mi hipervigilancia deja de empujar son aquellos en los que puedo delegar el cuidado, el cual no puede ser sostenido por una sola persona: ni por mí, ni por mi terapeuta, ni por mi pareja... Es demasiado grande. Necesito a toda una comunidad para protegerme del peligro.

Ahora toca desglosar esto de comunidad. De primeras, al pensar en la palabra comunidad, lo primero que me viene a la mente es una aldea con vecinos y vecinas amables ayudándose mutuamente. Un poco Disney, para qué engañarnos. Volviendo a 2025, el concep-

to de comunidad se convierte en algo más complejo, donde convergen personas, colectivos y vínculos, con valores, causas y sufrimientos diversos. Así que me gustaría agradecer a las encargadas de esta revista por dar lugar a algo tan importante como la intersubjetividad y por hacer visible lo invisible.

## Experiencia obsesiva

El Trastorno Obsesivo Compulsivo (TOC), o, en lenguaje gestáltico, la experiencia obsesiva, es una forma de sufrimiento egodistónica; es decir, el pensamiento intrusivo no está en sintonía con lo que pienso o con cómo me veo, sino que resulta incongruente con mi sistema de valores. Tal vez no crea que la casa deba estar perfectamente ordenada, pero el pensamiento intrusivo insiste en que, si no la ordeno, algo terrible sucederá. Necesito hacerlo para calmar la ansiedad que ese pensamiento me genera, aunque me parezca absurdo.

La egodistonia conlleva un gran agotamiento, confusión, miedo, ira, tristeza... todo el cóctel emocional posible hasta caer rendida y ceder. Luchar con una misma se convierte en una batalla perdida.

También existen las llamadas obsesiones puras, que corresponden aproximadamente al 10 % de la experiencia obsesiva. Estas están formadas únicamente por pensamientos intrusivos, sin una compulsión aparente. Sea como sea, la experiencia obsesiva es un infierno invisible y solitario: o cedo al pensamiento intrusivo o la ansiedad crece exponencialmente. No hay escapatoria.

De acuerdo con la Subdirección General de Información Sanitaria (2021), la prevalencia del TOC en España es del 1,1 %, y es similar en ambos sexos. La evolución del trastorno se mantiene constante a lo largo de los años en torno al 0,2 %, y destaca el gradiente



Etimológicamente, ob-session deriva del latín *obsidere*, que significa asediar.

social de la experiencia: a menor nivel de renta, mayor prevalencia. Me atrevo a decir que esta información no está completa, ya que una gran parte de las personas afectadas no acuden en busca de ayuda.

Qué podría estar haciendo que alguien con una de las enfermedades más incapacitantes según la OMS no pida auxilio? Veamos algunos de los obstáculos que existen entre el sufrimiento y el bienestar psicológico o la salud mental.

Tras varios grupos de encuentro psicoterapéutico con personas que sufren la experiencia obsesiva, observé que muchas personas se interesaban por los grupos (muchísimas), pero —marketing aparte—, resultaba muy

complejo que llegaran al primer encuentro grupal. Indagando en ello, descubrí que había una serie de factores que se interponían entre nosotras: los factores psicosociales, que describo a continuación.

## Factores psicosociales

En sesión, durante la persecución del origen del sufrimiento (persecución como parte del campo obsesivo), nos encontramos con otras formas de sufrimiento añadido: los Factores Psicosociales (FP). Estos, interconectados

con la experiencia obsesiva, son como planetas que orbitan alrededor de una estrella.

Por ejemplo, un factor psicosocial sería la vergüenza de reconocer lo que me sucede, que me impide poder compartirlo con alguien cercano, y por ende pedir ayuda psicoterapéutica.

En una investigación junto con Álvarez-Zamudio, separamos los FP negativos de los FP positivos; observamos que los primeros se encuentran faltos de apoyo, mientras que los segundos son apoyadores en sí mismos.

Algunos ejemplos de factores psicosociales negativos son los campos de vergüenza, de juicio, de culpa, de exigencia... la exigencia de tener que poder solucionarlo sola, o creer que solo me ocurre a mí, que nadie puede comprender lo que estoy viviendo, etc. Por ejemplo, recuerdo una mujer estupefacta que, en terapia grupal, insistía en que tenía que deshacerse de sus obsesiones ella sola. El trabajo con el grupo fue considerable, ya que, cuando pudo apoyarse en sus compañeras, entonces su ansiedad disminuyó, y consecuentemente sus obsesiones también. Luego, pudimos acercarnos a la estrella desde otro lugar.

Factores psicosociales positivos son los campos de respeto, de compasión, de escucha activa, de inclusión, de pertenencia, etc. Por ejemplo, en terapia grupal descubrimos que no estamos solas en la experiencia obsesiva; fuera de la terapia, podemos acudir a una compañera del grupo y sentirnos comprendidas, mientras que con mis amigas y mi familia siento que no me entienden.

Todos los factores psicosociales tienen una gran influencia en el proceso psicoterapéutico. Con los FP positivos la Presencia se amplía, con los FP negativos la ausencia permanece. Fomentar los FP positivos es parte de nuestra tarea como terapeutas, y también como sociedad.

## Modelos de trabajo psicoterapéutico

Una vez contemplado que los factores psicosociales son elementos imprescindibles para el proceso psicoterapéutico, veamos ahora con qué modelo podemos abordarlos dentro de la esfera del campo obsesivo.

El procedimiento más utilizado en el abordaje de la experiencia obsesiva es la Terapia Cognitivo Conductual (TCC), concretamente la técnica de Exposición con Prevención de Respuesta (EPR), dentro de las técnicas de exposición gradual, combinada en algunos casos con tratamiento farmacológico. Otras técnicas propias de la TCC son la reestructuración cognitiva, junto con técnicas de aprendizaje y conductuales, técnicas de distracción o estrategias destinadas a posponer las preocupaciones a un momento concreto del día.

Según la TCC, el problema radica en la interpretación del pensamiento obsesivo, y se propone que la persona aprenda que el pensamiento no implica necesariamente una acción y, por tanto, puede ser ignorado. Ante esta propuesta, me pregunto: ¿cómo ignorar aquello que grita por dentro?, ¿cómo desatender lo que nos reclama atención a cada minuto? Tal como señalaba al inicio, no ocuparse de una obsesión genera una ansiedad muy intensa. Para mí, y para muchas personas, esta opción —retroreflectar la retroflexión— resulta una completa utopía que, más tarde, suele pasar factura.

La EPR, en palabras de una cliente, fue «un infierno al principio. Me sentía lanzada a los leones, sin apoyo». No es un dato menor que exista una tasa de deserción en torno al 25 %, así como una tasa de rechazo que oscila entre el 5 % y el 20 % respecto a esta técnica. Por otra parte, muchas personas rechazan el tratamiento farmacológico, especialmente cuando la obsesión está relacionada con la

contaminación, ya que tomar un medicamento puede vivirse como una violación del límite corporal por parte de un elemento extraño e intrusivo. ¿Qué puede hacer, entonces, este porcentaje de personas que continúa sufriendo?

La perspectiva más normativa, el modelo biomédico, postula que la experiencia obsesiva corresponde exclusivamente a un individuo: aquel que manifiesta el sufrimiento derivado de los pensamientos intrusivos y las compulsiones, sin incorporar el entorno en la ecuación. Todo el peso del sufrimiento y de la responsabilidad de dejar de sufrir recae sobre una sola persona.

Es decir, la ausencia que desencadenó en su momento el ajuste creativo es hoy la misma ausencia, aunque con otra forma: aquella que perpetúa el ajuste conservador. El campo se repite. Necesitamos de la otredad y de la presencia para atravesar el sufrimiento.

Hemos revisado el modelo normativo; veamos ahora las tres perspectivas que aporta la Terapia Gestalt, en la tabla comparativa para el proceso terapéutico de la experiencia obsesiva.

Desde una perspectiva monoperso- nal puedo tomar consciencia de la experiencia obsesiva, validar emociones, satisfacer las

necesidades escondidas tras las compulsio- nes, entre otros.

Este tipo de acompañamiento es vitami- na para reducir los efectos de los factores psicosociales negativos. Desde una perspec- tiva relacional, co-creamos el vínculo tera- péutico, para co-crear nuevas maneras de estar con el otro, y obtener la seguridad ne- cesaria para poder acercarnos a lugares in- hóspitos; la Presencia va in crescendo. Final- mente, desde una perspectiva de campo, damos lugar a lo preverbal, y nos sumergi- mos, en el caso de la experiencia puramente obsesiva en el campo de terror, y en el caso de la experiencia obsesivo-compulsiva en el campo de pavor. Bajamos al fondo juntas y este se transforma.

Por lo tanto, todas las perspectivas apor- tan luz al proceso psicoterapéutico, ninguna es mejor que otra, es más, se complementan y apoyan entre ellas. Ahora bien, relacionan- do los factores psicosociales con las distintas perspectivas, es de relevante importancia tener en cuenta lo siguiente: No solo noso- tras nos movemos por las distintas perspec- tivas, los factores psicosociales también. No son envoltorios del sufrimiento, no son capas con un orden de aparición. Están y estamos en constante movimiento.

Tabla comparativa para el proceso terapéutico de la experiencia obsesiva

| Modelo normativo                          | Gestalt > Monopersonal | Gestalt > Relacional | Gestalt > Campo     |
|-------------------------------------------|------------------------|----------------------|---------------------|
| Síntomas:<br>Obsesiones y<br>compulsiones | Necesidades            | Retroflexión         | Campo retroflectado |

Imagen utilizada por Álvarez-Zamudio y Martínez-Poveda en el Congreso Bienal de la Asociación Internacional para el avance de la Terapia Gestalt en Veracruz, México (2024), basada en las investigaciones de Jan Roubal, Gianni Francesetti i Guadalupe Llorens.

## Proceso dinámico

Resulta muy tentador crear un mapa lineal donde aparezcan todas las perspectivas y queden bien integradas. Por ejemplo, empezamos con el modelo normativo, seguimos con monopersonal, relacional, y ya está listo el caldo para culminar con campo. Un mapa nos aportaría seguridad, aunque sería estático, mientras que nosotras no lo somos, en absoluto. El campo está presente en todo momento, incluso en una consulta puramente biomédica. Aunque trabajemos monopersonal, la relación sigue existiendo. Todo está sucediendo y en constante movimiento, lo percibamos o no.

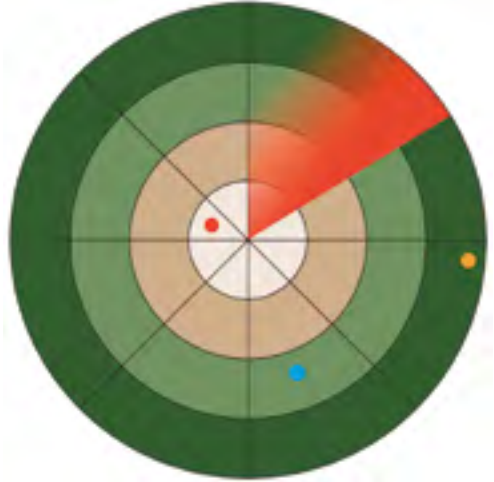
En la investigación mencionada anteriormente, que inicia con los FP, con Álvarez-Zamudio desarrollamos un recurso visual que representa el dinamismo del proceso psicoterapéutico: el sónar.

Como un sónar, observamos cómo transitan los factores psicosociales por las distintas perspectivas. Nosotras también nos movemos. Todo se mueve. Por lo tanto, ¿cómo hacer una investigación de un fenómeno que no para quieto mientras nosotras tampoco estamos inmóviles?

Por ejemplo, resulta complicado estudiar la experiencia obsesiva si, cuando estamos en la zona blanca le llamamos TOC, luego en la zona beige se convierte en una retroflexión, en la verde, experiencia de retroflexión y, en la verde oscuro, campo de retroflexión.

Teniendo en cuenta además, que existen factores psicosociales añadidos que también

## El sónar



El círculo blanco representa la perspectiva normativa, la beige, la perspectiva Gestalt monopersonal, la verde claro, la Gestalt relacional, y la verde oscuro, la Gestalt con mirada de campo.

Los puntos simbolizan los factores psicosociales.

La línea roja, también en movimiento, es la línea de un sónar, llamada eco o retorno, que muestra la profundidad o la presencia de objetos a su alrededor.

orbitan por el mismo espacio, y que estos también cambian su nombre en función de dónde se encuentran.

A continuación, un ejemplo de factor psicosocial en movimiento, que observé en la terapia grupal de experiencia obsesiva de 2022.

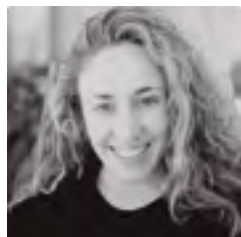
## Ejemplo:

| Terapia Cognitivo-Conductual (TCC) | Gestalt > Monopersonal      | Gestalt > Relacional | Gestalt > Campo  |
|------------------------------------|-----------------------------|----------------------|------------------|
| Estoy mal hecha                    | Necesitamos cosas distintas | No me entiendes      | Campo de soledad |

Una vez más, el lenguaje es muy importante. Según Whorf (1971), el lenguaje determina el pensamiento, lo que nos sugiere que el lenguaje influye en cómo percibimos la realidad y estructuramos el pensamiento. Así pues, la necesidad de repensar el lenguaje en la psicoterapia y en las formas de sufrimiento, y dejar de verlos como procesos lineales, para concebirlos como procesos dinámicos, se convierte en algo urgente. La importancia del movimiento, a grandes rasgos, nos permitiría hacer un seguimiento más fidedigno de los fenómenos sujetos de estudio. Asimismo, el proceso psicoterapéutico se enriquecería, modulando nuestras intervenciones en terapia, creando así, en cada encuentro, una ruta nueva.

## Bibliografía

- ÁLVAREZ-ZAMUDIO, F., & MARTÍNEZ-POVEDA, N. (2024). *La experiencia obsesiva y los factores psicosociales desde una perspectiva de campo: La terapia grupal como apoyo para un campo de sufrimiento* [Ponencia]. Congreso Bienal de la Asociación Internacional para el Avance de la Terapia Gestalt, Veracruz, México.
- FRANCESETTI, G. (2017). «Suspended from shaky scaffolding, we secure ourselves with our fixations»: A phenomenological and Gestalt exploration of obsessive-compulsive disorder. *British Gestalt Journal*, 26(2), 5–20.
- SUBDIRECCIÓN GENERAL DE INFORMACIÓN SANITARIA. (2021). *Salud mental en datos: Prevalencia de los problemas de salud y consumo de psicofármacos y fármacos relacionados a partir de registros clínicos de atención primaria* (BDCAP Series 2) [Publicación en línea]. Madrid: Ministerio de Sanidad.
- VÁZQUEZ, C. (2023). *Psicopatología gestáltica* [Material de formación]. Madrid: Asociación Cultural Los Libros del CTP.
- WHORF, B. L. (1971). *Lenguaje, pensamiento y realidad*. Barcelona: Barral.



**Naila Martínez  
Poveda**

Psicóloga y terapeuta Gestalt, colegiada n.º 24633, está especializada en trastornos de ansiedad y TOC. Estudió Psicología en la Universidad de Girona (2015), seguido del postgrado en Inteligencia Emocional (2016), también en la UdG, y se formó en Terapia Gestalt en la Escola Gestalt Catalunya (2019). Posteriormente, cursó la formación en psicopatología gestáltica (2021) en el CTP de Madrid, y más tarde realiza el postgrado internacional de Terapia Gestalt en teoría del self y perspectiva de Campo (2025) en Barcelona.