

# Formas psicóticas del Trastorno obsesivo-compulsivo

Esteban Toro Martínez<sup>1</sup>

1. Médico Especialista en Psiquiatría y Medicina Legal. Coordinador del Departamento de Psiquiatría del Cuerpo Médico Forense del Poder Judicial de la Nación. Miembro de la Comisión Directiva de APSA.

E-mail: etoromartinez@gmail.com

---

## Resumen

En este artículo se estudia la relación entre el TOC y los síntomas psicóticos, sus formas básicas de presentación y el abordaje terapéutico para cada una de ellas. Se revisa la bibliografía y se propone un esquema integrados como punto de partida para futuras investigaciones.

**Palabras clave:** TOC - Psicosis - Conciencia de enfermedad - Idea sobrevalorada - Resistencia al tratamiento.

PSYCHOTIC FEATURES OF OBSESSIVE-COMPULSIVE DISORDER

## Abstract

The relationship between OCD and psychotic features, basic pictures and their therapeutic approaches were studied. Bibliography was reviewed and an integrative schema is proposed for further systematic research.

**Key words:** OCD - Psychosis - Insight - Overvalued idea - Treatment Resistance.

---

Este artículo fue publicado por primera vez en *Vertex, Revista Argentina de Psiquiatría* 1999, X (37): 179-185. Se reproduce aquí su versión original revisada por el autor.

## Introducción

En 1660 el obispo Jeremy Taylor describió el caso de un paciente que presentaba escrúpulos de conciencia por supuestos pecados cometidos, que se transformaban luego en la firme creencia de ser el merecido castigo por las faltas cometidas (50). Este reporte reflejaba la posibilidad de transición desde el escrúpulo –síntoma de la enfermedad obsesiva primaria– hacia la idea delirante. Al tiempo que las escuelas psiquiátricas europeas señalaban lo iterativo (Krafft-Ebbing), forzado (Griesinger), egotónico (Estphal) e interno (Luys) como elementos principales del fenómeno obsesivo (6), la entidad nosográfica misma era objeto de un proceso de reclasificación. De este modo Insania, formas de Transición y luego Neurosis fueron las tres etapas nosológicas del siglo XIX (6) quedando reflejadas en las distintas denominaciones que fue recibiendo: Manía sin delirio (Pinel), Monomanía afectiva (Esquirol), Pseudomonomanía (Delasiauve) Locura lúcida (Trélat), Locura de la duda (J. Falret), Locura de la duda con delirio de tacto (Legrand du Saulle), Enfermedad ruminativa (Griesinger), Paranoia abortiva (Westphal) y Paranoia rudimentaria (Morselli) (46).

Posteriormente, en este siglo, Janet (noción de Psicastenia, 1903) y Schneider (1925) (40,45) sellaron la esencia neurótica de la enfermedad, al resaltar: a. el sentimiento de ser forzado a actuar, pensar o sentir (reconociendo la procedencia de sí mismo), b. la egodistonía (tomada de Westphal) y c. la resistencia (lucha ansiosa del psiquismo) que acompañan a las obsesiones.

Sin embargo Janet (40) y Ruth Mack Brunswick (9) reportaron casos cuyas evoluciones avasallaron el campo de la neurosis. El primero reportó 23 casos que presentaron una evolución psicótica hacia la melancolía –en aquellos cuyos cuadros estaban dominados por síntomas fóbicos y afectivos– y hacia la paranoia –en aquellos cuyos síntomas eran predominantemente intelectuales– mientras que la segunda reportó el seguimiento en análisis del célebre Hombre de los Lobos que años más tarde de su análisis con Freud desarrolló una Paranoia hipocondríaca (9).

La fenomenología estableció la diferencia entre Neurosis y Psicosis, en lo que se refiere a la clínica de esta entidad, a través de las nociones de *insight*, convicción y vivencia de la enfermedad que se transformaron en los pilares de la discriminación entre la Idea Obsesiva, la Idea Delirante, la Idea Sobrevalorada y la Duda Normal (26).

Jaspers (1913) propuso considerar “...representaciones obsesivas, impulsos obsesivos, etc., a aquellas en las que el individuo está obligado siempre a pensar, mientras que está enteramente convencido de lo infundado de la angustia, de lo absurdo del impulso, de la imposibilidad de la idea...” y “...en un sentido más estricto ... a aquellos procesos contra cuya existencia se defiende primeramente el que experimenta, y cuyo contenido le es en segundo término infundado, absurdo, incomprensible o relativamente incomprensible” (26). Luego al analizar la “Obsesión de validez” (grupo caracterizado por lo “extraño del contenido, no obstante su acentuación afectiva

mayor”) agregará “...Las ideas obsesivas son caracterizadas por el hecho que el individuo cree en un contenido significativo y sin embargo sabe que el contenido es falso. Existe una competencia entre convicción y saber lo contrario que se distingue tanto de la duda como de la firme convicción...” (26). Finalmente diferenciaba la Idea Obsesiva (“Obsesión de Validez”) de: a. la Idea Delirante en la que “...hay un juicio ligado con plena convicción a la conciencia, no solo de la validez, sino de la seguridad absoluta; en la obsesión de validez no se habla de la conciencia de seguridad...”; b. la Idea Sobrevalorada en las “...que tenemos una fuerte creencia de que la cosa es muy seria, la vida psíquica es para el afectado normal e inalterada, mientras que en la obsesión de validez siente la obsesión como morbosa...” y c. la duda normal en la que “... existe una ponderación reflexiva de los motivos, que lleva a la indecisión, experimentada como un juicio psicológicamente unitario, mientras que en la obsesión de validez existe simultáneamente la convicción y el conocimiento de lo contrario...” existiendo una competencia entre “...la conciencia de validez y la conciencia de la falsedad...” donde ninguna se impone por encima de la otra mientras que “...en el juicio de la duda normal no es sentida la inexactitud ni la falsedad, sino que para el sujeto el asunto queda indeciso en ese acto unitario...” (P.160-163) (26).

Sin embargo, la existencia de pacientes que no siempre reconocen el contenido ideatorio como egodistónico ha llevado a autores como Lewis a afirmar que “el reconocimiento de la obsesión como absurda o sin sentido no constituye una característica esencial, pero sí lo será el sentimiento de necesidad de resistir la misma...” lo que denominó “experiencia subjetiva de compulsión” (30). Por este motivo a los pacientes que no presentan el carácter forzado, o la egodistonía o la resistencia subjetiva se los ha denominado como “Obsesivos malignos” (52), “Obsesivos atípicos” (46), “Obsesivos psicóticos” (23), “Obsesivos sin *insight*” (y actualmente el DSM-IV) (12), “Esquizo-obsesivos” (25) o directamente Esquizofrénicos (32). Esta multiplicidad de términos diferentes ha sido consecuencia de la concepción clásica y de las distintas metodologías utilizadas para abordar la cuestión de la interfase con la esfera psicótica con conclusiones diversas y a veces contradictorias.

El objetivo de este trabajo es reseñar los distintos enfoques realizados hasta la actualidad y proponer un esquema integrador para el abordaje clínico de estos pacientes que en la práctica se diferencian del grupo primario en la sintomatología, en el curso evolutivo y en la respuesta terapéutica.

## Metodología y resultados

Los investigadores han realizado el abordaje de los pacientes comprendidos en la interfase Trastorno obsesivo-compulsivo (TOC) – Psicosis a través de tres enfoques diferentes:

- Estudio de síntomas obsesivos compulsivos (SOC) en poblaciones de pacientes esquizofrénicos (PESQ).

- Estudio de síntomas psicóticos (SP) en poblaciones de pacientes obsesivos compulsivos (PTOC).
- Estudio de complejos sintomáticos comunes en poblaciones de (PTOC) y (PESQ) que no presentaron comorbidez.

Todas estas metodologías aportaron diferentes conclusiones nosológicas, pronósticas y terapéuticas producto de los diseños metodológicos utilizados y de la falta (en muchos de los trabajos) de criterios operacionales de diagnóstico tanto para Psicosis (en particular para Esquizofrenia) como para TOC.

### Enfoque

#### *Estudio de síntomas obsesivos-compulsivos en pacientes esquizofrénicos*

Jahrreiss examinó 1000 PESQ y encontró SOC en 11 casos (24). Rosen estudió 848 PESQ y encontró 30 casos que presentaban SOC (43). De estos, 26 eran esquizofrénicos paranoides (43). De acuerdo a estas cifras la frecuencia de obsesionalidad en ESQ osciló entre el 1,1% y el 3,5%. En el estudio de Rosen 6 pacientes presentaban SOC persistentes y otros 9 los presentaban desde el comienzo de la psicosis (43). En todos los casos el pensamiento obsesivo apareció primero o en forma concomitante con la psicosis, y en la mayoría de los casos no varió con relación a la misma. Solo 6 casos presentaron una transición desde la idea obsesiva a la idea delirante (43). El seguimiento de estos pacientes durante un lapso de 5,3 años en promedio desde la primera internación o la primera asistencia reveló que el curso de la esquizofrenia estaba caracterizado por una tendencia a la remisión (43). Por lo tanto Rosen compartió la conclusión pronóstica con Stengel quien consideraba que la presencia de SOC en la ESQ retardaba la “desintegración de la personalidad” (43, 47).

Sin embargo, la metodología empleada por Rosen presentó dos limitaciones importantes. La primera de ellas fue que por el diseño retrospectivo pudo haber subestimado la frecuencia de obsesiones y compulsiones. La segunda fue que utilizó criterios no restrictivos para el diagnóstico de ESQ y por lo tanto incluyó como tales a pacientes depresivos con síntomas congruentes con el estado de ánimo. Tomando en cuenta la frecuente asociación entre TOC y Depresión (52) se puede entender la evolución favorable hacia la remisión que Rosen e incluso Stengel encontraron en sus pacientes “esquizofrénicos”.

Fenton y McGlashan, siguiendo una metodología diferente que incluyó criterios operacionales para SOC, ESQ y medidas estandarizadas para la evaluación pronóstica, investigaron mediante un diseño retrospectivo de seguimiento a 16 años la incidencia de SOC en ESQ y la significación pronóstica de los mismos utilizando como control un grupo de PESQ sin SOC de similares características demográficas (14). De esta manera arribaron a resultados opuestos a los sostenidos por Jahrreiss (24), Rosen (43) y Stengel (47) encontrando que el 12,9% de

su muestra de PESQ presentó SOC, que dicho grupo se caracterizaba por presentar un inicio mórbido más precoz, que el 45% permanecía internado o viviendo en casas de cuidados (contra el 30% de los PESQ sin SOC), que el 35% vivía solo (contra el 28%), que el 10% vivía con su familia de origen (contra similar %), 10% vivía con amigos (contra similar %), que ningún paciente había formado su propia familia (contra el 23% que sí lo hizo), que la duración del tiempo de internación fue del doble, y que el 50% del período post-alta permanecían internados (contra el 37%), que solo el 7% de ese período permanecieron laboralmente ocupados (contra el 33%) y que la mayoría eran solteros (14). Con respecto a las características clínicas evolutivas señalaron que los SOC habían precedido a la aparición de los SP y habían presentado una evolución independiente de los mismos, observando solo en dos casos algo del estilo de la transformación de obsesiones en delirio esquizofrénicos (14). Por lo tanto los autores concluyeron que la presencia de los SOC era un fenómeno más frecuente que los hasta entonces descritos constituyendo un poderoso predictor de mal pronóstico en la ESQ. Además se interrogaron si tal presentación clínica fuese una subforma virulenta de la ESQ o la asociación de dos enfermedades deteriorantes (TOC y Esquizofrenia) (14).

Berman et al. (4), en la misma dirección, entrevistaron a los terapeutas de pacientes esquizofrénicos aplicando los mismos criterios operacionales de Fenton y McGlashan encontrando una incidencia mayor de SOC: 25% de una muestra de 108 PESQ crónicos. Eisen, Tortora Pato, Rasmusen et al. investigaron la incidencia de SOC utilizando criterios de DSM-III-R para ESQ para TOC; SCID para DSM-III.R e Y-BOCS encontrando una incidencia menor del 7,8% (13). Por otra parte, no hallaron diferencias en cuanto a la edad de comienzo de los síntomas psicóticos, número de internaciones psiquiátricas, estatus laboral o sexo con respecto a los que presentaban SOC (13). Pero hay que señalar que en los hallados predominaron pacientes esquizoafectivos (=5) versus ESQ (n=1). Justificaron el hallazgo de una incidencia menor por la utilización de criterios actuales para síntomas TOC (13).

En realidad la relación entre ESQ y los SOC había sido ya considerada por importantes autores clásicos, pero fue Leonhard quien le asignó un perfil nosográfico distintivo al considerar tal asociación como una de las características principales de una de las Hebefrenias Sistemáticas: a forma excéntrica (29). Esta forma clínica se caracterizaba por presentar un curso defectual, sin restitución *ad-integrum*, y por presentar desde el inicio rituales anancásticos y quejas machaconas de tinte hiponríaco que pueden persistir hasta el estadio terminal de la enfermedad quedando como síntomas distintivos (29). Es interesante destacar que Leonhard consideraba a los síntomas anancásticos como formas tempranas de defecto (29). Esta perspectiva junto con los hallazgos de Fenton y McGlashan modificaría categóricamente la interpretación tradicional del significado pronóstico de dichos síntomas en la ESQ.

## Enfoque

### *Estudios de síntomas psicóticos en poblaciones de pacientes obsesivos compulsivos*

Bleuler y Mayer Gross consideraban a obsesivos crónicos como esquizofrénicos de hecho (32). Birnie y Litmann (7) sostenían que esto era cierto si además se detectaban antecedentes familiares de esquizofrenia. Stengel (47) y Huber (21) documentaron la presencia de SOC en los pródromos de la ESQ y durante su curso. Esto último fue descrito también por Leonhard y más recientemente por Bermanzohn y col. (5), Eisen y Rasmussen (13), Fenton y McGlashan (14) y Berman et al. (4). Tomando en cuenta la presencia de psicosis en estudios de seguimiento (8, 41), la primera pregunta que ha surgido al respecto es si el TOC constituía un riesgo para el desarrollo de Esquizofrenia. Gordon (18), Stengel (47) y Rosen (43) en función de sus hallazgos respondieron en sentido afirmativo, encontrando preferentemente una predisposición a la ESQ paranoide. En un sentido opuesto Foa (27) concluyó que los pacientes obsesivos se encontraban predispuestos hacia la depresión pero no hacia la ESQ, siendo el riesgo de desarrollar la misma similar al de la población general. La segunda pregunta que desde esta perspectiva se ha formulado fue si existe o no un mecanismo de transición hacia la psicosis y en especial hacia la ESQ partiendo desde las ideas obsesivas. Al respecto Rosen (43) describió tres mecanismos de transición desde las ideas obsesivas hacia las ideas delirantes "esquizofrénicas": a. la procedencia de sí mismo se reemplaza por la idea de inserción en la mente, b. conservación de la resistencia pero con la creencia que la acción es impuesta por terceros, c. pérdida del *insight* y defensa egosintónica de la idea. Sin embargo esta postulación fue cuestionada por diversos autores. Lewis sostenía (30) "...lo sorprendente no es que un obsesivo se transforme en esquizofrénico, sino que muy pocos lo hacen. Debería haber un corto paso, se podría suponer, entre luchar contra pensamientos ajenos a la naturaleza de uno, creer que provienen del exterior. Sin embargo esa transformación es poco frecuente" y Kraepelin citado por Gordon (19) rechazaba la posibilidad de transformación hacia los delirios paranoicos.

Solyom y col. (46) postularon la existencia de una "Neurosis Obsesiva Atípica" que podría alcanzar ribetes psicóticos no esquizofrénicos como consecuencia de la transición desde la idea obsesiva, pasando por la sobrevalorada, hacia la idea delirante (pero no esquizofrénica), planteando un análisis en continuo que sería luego utilizado en las conceptualizaciones actuales. Consideraron como tales a aquellos pacientes que presentaran síntomas obsesivos graves que interfirieran con el desenvolvimiento cotidiano; ideación limítrofe con lo delirante, es decir, sin el sentimiento de compulsión subjetiva de Lewis, o sin *insight* o resistencia; ausencia de síntomas esquizofrénicos de primer orden; evolución "maligna" caracterizada por un mal ajuste social; mayores índices de desempleo; mayor duración de las crisis, mayor preponderancia de dudas; ruminaciones y rituales; mala respuesta a la terapéutica convencional pero sin presentar una

transformación hacia la ESQ. Sin embargo el estudio que sustentó estas observaciones se encontró limitado por la utilización de herramientas antiguas para la elicitación de síntomas; por el uso de tricíclicos no-clomipramina como medicación; por la aplicación de técnicas como la aversión y la detención de pensamiento que no son las de eficacia probada en el trastorno típico; por la inclusión de casos de Dismorfobia. Por su parte Insel y Akiskal (23), utilizando medidas estandarizadas de diagnóstico y medición sintomática encontraron que la transición hacia la psicosis podía darse en dos sentidos: hacia una forma afectiva melancólica o hacia una forma paranoide (similar a lo reportado por Janet). En la primera de ellas la idea obsesiva de dañar a otros era reemplazada por la culpa delirante de haberlos dañado (por ejemplo a través de una contaminación) y en la segunda la idea obsesiva de dañar a otros era reemplazada por la idea delirante de ser objeto de persecución por haber cometido daño. Estos cuadros que denominaron "Formas reactivas de Transición", surgirían por la disminución progresiva de la resistencia (lucha ansiosa del psiquismo) a las ideas obsesivas con la consiguiente pérdida del *insight* y se caracterizarían por ser circunscriptos, transitorios y reversibles a la terapéutica farmacológica antiobsesiva-compulsiva (23). Pero además analizaron el dilema nosológico-clínico que plantean aquellos pacientes con graves síntomas obsesivos compulsivos con el *insight* presente solo de un modo marginal, con pérdida de la resistencia en las situaciones en que se impone la tendencia, o con una modalidad de resistencia en extremo patológica. A esta condición la denominaron "Trastorno obsesivo-compulsivo con síntomas psicóticos" (23). Estudiaron entonces el *insight* y la resistencia en 23 pacientes que reunieron criterios DSM-III-R para TOC, explorando diferentes dimensiones del mismo: el reconocimiento de lo absurdo, la creencia en las consecuencias, la resistencia y la extravagancia y encontraron que un número importante de pacientes reconocía la idea como absurda pero al mismo tiempo temía por sus consecuencias, y que si bien podían resistir sus ideas en el trabajo, las mismas decrecían con la fatiga y se entregaban a sus síntomas en la intimidad. De esta manera propusieron la noción de un continuo para *insight* y resistencia colocando en el severo extremo del mismo a estos pacientes que si bien intelectualmente reconocen el carácter absurdo de la idea, conductual y afectivamente están entregados al servicio de la misma (23). En este extremo los pacientes pueden no reconocer la gravedad de sus rituales y la posibilidad de causarse daño o también padecer pensamiento tan intrusos que los refieran como voces, fenómeno también descrito por Neziroglu (37). Finalmente concluyeron que los pacientes son atípicos por estar severamente comprometidos en su funcionamiento, por carecer de *insight* emocional, por resistir en un modo delirante, por no presentar ansiedad con relación a las obsesiones, por presentar relaciones familiares muy complicadas y por presentar rasgos esquizotípicos de la personalidad. En concordancia Jenike y col. (25) examinaron pacientes TOC resistentes al tratamiento y encontraron que los pacientes que reunían criterios para el diagnóstico de trastorno esquizotípico de la

personalidad (pensamiento mágico, ideas de referencia, aislamiento social, lenguaje extraño, *rapport* inadecuado, suspicacia, despersonalización, ansiedad social) presentaban la peor de las respuestas terapéuticas y que el número de rasgos esquizotípicos correlacionaba negativamente con la evolución. A estos pacientes los denominaron "Esquizoobsesivos", denominación posteriormente utilizada por Hwang y Hollander (22). Fenton y McGlashan (15) informaron el seguimiento a largo plazo (15 años) de este tipo de pacientes confirmando la mala respuesta a los tratamientos. Eisen y Rasmussen (12) analizaron una muestra de 475 pacientes TOC (según DSM-III-R) y encontraron comorbidez con el trastorno esquizotípico de la personalidad en el 3% de los casos. Estos pacientes tuvieron una evolución "deteriorativa" más larga y eran mayoritariamente solteros. Por otra parte Insel y Akiskal (23); Solyom (46); Jenike (25), Hwang y Hollander (22); Eisen y Rasmussen (12), observaron que estos pacientes padecían una sobrevaloración de sus ideas. Estas ideas han sido caracterizadas por presentar menor intensidad que las ideas delirantes y se las describe como las ideas del trastorno obsesivo atípico, de la dismorfia, de la celotipia, de la anorexia y de la hipocondría, siendo las mismas la principal causa –junto con la depresión de refractariedad– al tratamiento conductual (27, 16, 36, 53).

El aporte de esta perspectiva es la ruptura de la tradicional dicotomía egodistonia-egosintonía, contemplando la posibilidad de cuadros obsesivo-compulsivos psicóticos ofreciendo además un mecanismo psicopatológico de producción de tales circunstancias.

### Enfoque

#### *Estudio de Complejos sintomáticos comunes en pacientes esquizofrénicos y obsesivos compulsivos que no presentan comorbidez*

Esta línea de investigación ha sido seguida por Yaryura-Tobías y col. (51) quienes aplicando a una muestra de 22 pacientes TOC y 13 Esquizofrénicos, instrumentos de evaluación que se utilizan respectivamente para cada enfermedad, encontraron una mayor incidencia a la esperada de síntomas obsesivos en los pacientes esquizofrénicos que no reunían criterios para TOC y alteraciones de percepción y de pensamiento en los pacientes TOC, que no reunían criterios para Esquizofrenia. Ambos grupos presentaron similar número de internaciones y tasa de celibato. Proponiendo una proximidad con la Catatonía Yaryura-Tobías (56, 57) publicó 8 casos en los que la inmovilidad (congelamiento) o el enlentecimiento fueron los síntomas principales en dichos pacientes TOC. Estos hallazgos clínicos disponen de variados antecedentes. Hermesh (20) había reportado dos casos de TOC con síntomas catatónicos que respondieron uno a clomipramina y el otro a terapia conductual y Silvano Arieti (2) consideraba que cuando el TOC evolucionaba hacia la esquizofrenia, adoptaba la forma catatónica, puesto que síntomas como la obstinación, la indecisión, el negativismo y el temor a la incertidumbre, pertenecían a ambas entidades. Por su parte, Leonhard (29) ya había

descrito la Catatonía Manerística (también una forma sistemática de ESQ) en la cual la rigidez sin hipertonia, la pérdida de las sincinesias, la amimia, el enlentecimiento y los manierismos que remedan rituales anacásticos dominaban el cuadro. Estos manierismos podían ser de acción (por ej.: tocar un objeto) o de omisión (por ej.: evitar tocarlos) (29).

La línea de trabajo de Yaryura Tobías considera probable la posibilidad de fluctuación entre Esquizofrenia y TOC y propone la existencia de pacientes ubicados en la *pars* intermedia (55) de un continuo dimensional transnosográfico.

De esta manera vuelve a una idea de espectro, pero en lugar de seguir dimensiones sintomáticas, retoma la noción de enfermedad única de Griesinger.

### Esquema de Integración y consideraciones finales

La relación entre el TOC y los síntomas psicóticos presenta a primera vista la falsa impresión de una contradicción nosológica. El origen de la misma reconoce dos causas fundamentales. La primera consiste en la concepción dicotómica del *insight* (se tiene o no se tiene) y en la noción de egosintonía-egodistonia que conducen a la realización de diagnósticos de mutua exclusión. La segunda razón es que en general solo se piensa en la ESQ como psicosis posible en estos casos. Por otra parte se ha tenido la creencia de que las obsesiones constituyen un elemento de buen pronóstico en el curso de una psicosis producto de los primeros análisis sobre esta cuestión que utilizaron criterios sin definiciones operativas o consensuadas.

En consecuencia no solo graves PTOC fueron tratados como PESQ y graves PESQ con obsesiones y compulsiones fueron considerados como de buen pronóstico por mantener su personalidad integrada sino que tampoco se contempló la posibilidad de la inserción de breves y reversibles episodios psicóticos en el curso de un TOC típico (fenómeno homologable a los paroxismos de despersonalización o desrealización del episodio de pánico) (11).

De manera tal que a los pacientes que presentaran una sintomatología superpuesta se los consideró como Esquizofrénicos dubitativos, Psicóticos Obsesivos, Obsesivos Malignos, Obsesivos de curso deteriorante, Obsesivos atípicos, Esquizo Obsesivos, Obsesivos con síntomas psicóticos y Obsesivos sin *insight*. En la última década se utilizó la denominación de Interfase Esquizofrenia-TOC para abarcar a estos pacientes en un sistema dimensional pero se terminó por agrupar fenómenos de diferentes características clínicas, pronósticas y terapéuticas bajo una misma categoría, restándole a la misma confiabilidad y validez.

Con la comprobación de la eficacia de los fármacos inhibidores de la recaptura de serotonina (clomipramina e ISRS) para el TOC, se investigaron las razones por las cuales solo presentaba eficacia el 50% de los casos (52, 53). De esta manera se aislaron elementos clínicos predictores de mala respuesta siendo la esquizotipia y la sobrevaloración de las ideas los más destacados (25, 16, 53). En consecuencia se investigaron estrategias de

umentación encontrándose que el haloperidol y la pimozida proveían de una mejora significativa hasta en el 65% de los casos con esquizotipia (34, 35). Se reportaron resultados benéficos con el agregado de clomipramina en pacientes esquizofrénicos, pero con el riesgo de producir agravamiento psicótico si se utilizan dosis altas (54, 49, 42, 59). Similares hallazgos fueron informados para la fluoxetina (22). Por otra parte Yaryura Tobías (52) informó sobre la precipitación de SOC en pacientes tratados con clorpromazina. Con respecto a los antipsicóticos atípicos hubo reportes que describieron la monoterapia con Clozapina como eficaz para la SOC refractaria al tratamiento (58, 28), pero un estudio sistematizado descartó la eficacia de la misma (33). Por otra parte se ha descrito que hasta el 10% de los pacientes ESQ desarrollan SOC durante el tratamiento con Clozapina (3, 38, 39), fenómeno también referido para otros usos de Clozapina (10). Con respecto a la Risperidona los resultados son controvertibles, puesto que existen reportes que informan efecto aumentador cuando se lo utiliza en bajas dosis (48) mientras que otros informan agravamiento de SOC (1). El análisis de los casos informados revela que los pacientes que presentaron SOC con la administración de antipsicóticos atípicos eran en su mayoría ESQ; que clozapina, Risperidona u Olanzapina fueron utilizadas como monoterapia; y que ocurrió con dosis por arriba de los 3 mg para la Risperidona o de 10 mg para la Olanzapina (44).

Considerando la multiplicidad de criterios que han existido para abordar la cuestión de lo que se ha dado en llamar Interfase ESQ-TOC, tanto desde la clínica como desde la farmacología, se propone a continuación un esquema integrador tentativo donde se resumen las tres circunstancias clínicas en las que pueden presentarse asociadas las obsesiones con los fenómenos psicóticos, sus principales características clínicas y sus respectivos abordajes farmacológicos.

#### ***Pacientes Esquizofrénicos con Síntomas obsesivo-compulsivos***

Son aquellos pacientes que han presentado síntomas obsesivo-compulsivos desde antes o en forma simultánea al inicio del proceso psicótico. Son en su mayoría hombres solteros, cuyas dos dimensiones sintomáticas principales marchan independientemente, siendo infrecuente la posibilidad de transformación esquizofrénica de los síntomas obsesivos. Estos pacientes presentan un curso crónico con un marcado deterioro psico-socio-laboral. Si bien se han descrito síntomas ideatorios asociados con los síntomas motores, Leonhard destacó el componente motor, de manera que estos pacientes ritualizan, sin poder explicar mayormente sus motivaciones subyacentes (29). Estos pacientes pueden ser considerados, siguiendo a Leonhard, como afectados por subtipos defectuales de ESQ sin restitución (Hebefrenia Excéntrica y la Catatonía Amanerada) (29) o como afectados por dos entidades asociadas que suman su mal pronóstico (5). En cuanto al abordaje farmacológico, deberá agregarse al clásico tratamiento con antipsicóticos, agentes antiobsesivos compulsivos mediante una titulación lenta para alcanzar la míni-

ma dosis efectiva que no produzca el agravamiento de los síntomas psicóticos. En los casos de ESQ que requieran ser medicados con antipsicóticos atípicos, se deberá realizar una titulación de los mismos en forma lenta y progresiva, monitorear el estatus de los SOC (por el posible agravamiento), y combinar con inhibidores de la recaptura de serotonina de ser necesario.

#### ***Pacientes con un cuadro clásico de TOC que presentan en forma reactiva episodios transitorios psicóticos***

Son aquellos pacientes que presentan una modificación progresiva en sus ideas, en la forma de un desarrollo en ciertos aspectos comprensibles, a expensas de la pérdida de la resistencia y del *insight*. Las posibilidades de desarrollo son hacia la forma melancólica o la forma paranoide. Estos cuadros se denominan "Formas Reactivas Transitorias" y se deben abordar farmacológicamente ya sea aumentando la dosis del agente antiobsesivo compulsivo o potenciándolo pero evitando en lo posible el agregado de antipsicóticos. Son los pacientes TOC que pueden requerir internación.

#### ***Pacientes TOC cuya principal característica es el modo patológico en que se aferran a su sintomatología***

Son aquellos pacientes en los que el *insight* se ha perdido por sobrevaloración y la resistencia ha adquirido una modalidad incapacitante y bizarra, debido al pensamiento mágico, las ideas sobrevaloradas y al Trastorno Esquizotípico que frecuentemente se encuentra comórbido en estos casos. La ansiedad ante las obsesiones puede faltar, pero en cambio presentan ansiedad ante las consecuencias temidas o en situaciones sociales. Son hipersensibles a la exposición. Estos pacientes que han sido denominados TOC sin *insight* y TOC psicóticos, son los que presentan mayores fracasos terapéuticos. Se postula como tratamiento la combinación de los agentes antiTOC con neurolépticos y psicoterapia cognitiva-conductual, de apoyo y familiar puesto que presentan familias y vínculos muy patológicos.

Las tres categorías propuestas deberían ser sometidas a investigaciones sistematizadas con criterios operacionales, con diseños prospectivos para demostrar si presentan validez y confiabilidad, y luego sobre la base de estas realizar estudios farmacológicos controlados para formular tratamientos amparados en el método científico y no sobre la base de reportes empíricos (que es lo disponible hasta el momento). Pero esto no será posible mientras que los sistemas nosográficos continúen sin presentar consistencia interna. La noción de Interfase Esquizofrenia-TOC resulta inadecuada no solo por englobar tres circunstancias clínicas completamente diferentes (lo cual de por sí ya es grave), sino también porque correspondiendo a un sistema nosológico dimensional basa sus fundamentos en investigaciones que utilizan un sistema netamente categorial como lo constituye el DSM-IV. Ante esta situación renueva su vigencia la más "profunda convicción" que el Dr. Goldar pronunciara en 1995: "La Psiquiatría aún es pobre porque pobre es todavía nuestro conocimiento del cerebro humano" (17). ■

## Referencias bibliográficas

- Andrade, Ch., Obsessive-Compulsive Symptoms with Risperidone (letter). *J. Clin. Psychiatry* 1999, 60: 261-262.
- Arieti, S., Interpretation of Schizophrenia, New York, Basic Books, 1974.
- Baker, R. W., Chengappa, K. N. R., Baird, J. W., Schooler, N. R., Emergence of obsessive compulsive symptoms during treatment with clozapine, *J. Clin. Psychiatry* 1992, 53: 439-442.
- Berman, L., Kalinowski, A., Berman, S., Lengua, J., Green, A., Obsessive and compulsive symptoms in chronic schizophrenia, *Compr Psychiatry* 1995, 36: 6-10.
- Bermanzohn, P., Siris, S., Porto, L., Assessing associated psychiatric syndromes in schizophrenia: prevalence, profiles and preconceptions. Presentado en el 148 th Annual Meeting of the American Psychiatric Association 1995, Miami Beach, Florida, Mayo 20-25.
- Berrios, G., Vallejo Ruiloba, J., Berrios, G. E., Estados Obsesivos, 2° edición, Barcelona, Editorial Masson, 1995, 1-13.
- Birnie, W., Littman, S., Obsessionality and Schizophrenia, *Can. Psychiatr. Assoc. J.* 1978, 23: 77-81.
- Bratfos, O., Transitions of neuroses and other minor mental disorders into psychoses, *Acta Psychiatr. Scand.* 1970, 46: 35-49.
- Brunswick, R., Suplemento a la Historia de una Neurosis Infantil de Freud, The Psychoanalytic Reader. New York, Universities Press, 1948.
- Buckley, P. F., Sajatovic, M., Meltzer, H. Y., Treatment of delusional disorders during clozapine treatment (letter), *Am. J. Psychiatry* 1994; 151: 1394-1395.
- Carrión, O., El síndrome de Roth, su diagnóstico diferencial con las psicosis agudas, Alcmeón Revista Argentina de Clínica Neuropsiquiátrica 1993, 3: 7-16.
- Eisen, J., Rasmussen, S., Obsessive Compulsive Disorder with Psychotic Features, *J. Clin. Psychiatry* 1993, 54: 373-379.
- Eisen, J., Beer, D., Tortora Pato, M. et al., Obsessive-Compulsive Disorder in patients with schizophrenia or schizoaffective disorder, *Am. J. Psychiatry* 1997, 154: 271-273.
- Fenton, W., McGlashan, T., The Prognostic Significance of Obsessive-Compulsive Symptoms in Schizophrenia, *Am. J. Psychiatry* 1986, 143: 437-441.
- Fenton, W., McGlashan, T., Long Term outcome of Obsessive-Compulsive disorder with Psychotic Features, *J. Nerv. Mental Dis.* 1990, 178: 760-761.
- Foa, E., Failure in treating obsessive-compulsives, *Beh. Res. Ther.* 1979, 17: 169-176.
- Goldar, J. C., Conferencia inaugural II Congreso Internacional de Psiquiatría, AAP 1996, Boletín Informativo 5: 10-11.
- Gordon, A., Obsessions in their relations to psychosis, *Am. J. Psychiatry* 1926, 5: 647-659.
- Gordon, A. Transitions of obsessions into delusions, *Am. J. Psychiatry* 1960; 107: 455-458.
- Hermesh, H., Hoffnung, R., Aizenberg, D., et al., Catatonic Signs in Severe Obsessive Compulsive Disorder, *J. Clin. Psychiatry* 1989, 50: 303-304.
- Huber, G., Gross, G., The concept of Basic Symptoms in Schizophrenic and Schizoaffective psychoses, *Recent Prog. Medicine* 1989, 80: 646-652.
- Hwang, M., Hollander, E., Schizo-Obsessive Disorders, *Psychiatric Annals* 1993, 23: 396-401.
- Insel, T., Akiskal, H., Obsessive-Compulsive Disorder with psychotic features: A phenomenological analysis, *Am. J. Psychiatry* 1986, 143: 1527-1533.
- Jahrreis, W., Obsessions during schizophrenia, *Archiv für Psychiatrie* 1926, 77: 740-788.
- Jenike, M., Baer, L., Minichiello, W. et al., Concomitant Obsessive Compulsive Disorder and Schizotypal Personality Disorder, *Am. J. Psychiatry* 1986, 143: 530-532.
- Jaspers, K., Psicopatología General. Traducción Dr. Saubidet. 4° Edición, Buenos Aires, Editorial Beta, 1970.
- Kozak, M., Foa, E., Obsessions, overvalued ideas and delusions in obsessive-compulsive disorder, *Beh Res Ther* 1994, 32: 343-353.
- La Porta, L.D., More on obsessive-compulsive symptoms and clozapine (letter), *J. Clin. Psychiatry* 1994; 55: 312.
- Leonhard, K., The classifications of Endogenous Psychoses. 5th Edition, New York, Irvington, 1979.
- Lewis, A. Problems of obsessional illness, *Proc. Roy. Soc. Med.* 1936, 29: 325-336.
- Mahendran, R., Obsessive-Compulsive Symptoms with Risperidone (letter with reply). *J. Clin. Psychiatry* 1999, 60: 261.
- Mayer-Gross, W., Slater, E., Roth, M., Clinical Psychiatry, London, Bailliere, Tindall and Cassell, 1969.
- McDougle, C. J., Barr, L., Goodman, W. K., et al. Lack of Efficacy of Clozapine Monotherapy in Refractory Obsessive-Compulsive Disorder, *Am. J. Psychiatry* 1995, 152: 1812-1814.
- McDougle, C. J., Goodman, W. K., Price, L. H., et al. Neuroleptic addition in fluvoxamine-refractory obsessive-compulsive disorder, *Am. J. Psychiatry* 1990, 147: 652-654.
- McDougle, C. J., Goodman, W. K., Leckman, J. F., et al. Haloperidol addition in fluvoxamine-refractory obsessive-compulsive disorder: a double-blind placebo-controlled study in patients with and without tics. *Arch. Gen. Psychiatry* 1994, 51: 302-308.
- McKenna, P., Disorders with Overvalued Ideas, *British Journal of Psychiatry* 1984, 145: 579-585.
- Neziroglu, E., Comunicación personal. En Obsessive-Compulsive Disorder: Pathogenesis, Diagnosis, and Treatment. Yaryura-Tobias, J. A., Neziroglu, E., Marcel Dekker, New York, 1983. Cap. 2: pp.15.
- Patel, B., Tandon, R., Development of obsessive-compulsive treatment during clozapine treatment (letter), *Am. J. Psychiatry* 1993, 150: 836.
- Patil, V. J., Development of transient obsessive-compulsive symptoms during treatment with clozapine (letter), *Am. J. Psychiatry* 1992, 149: 272.
- Pitman, R., Pierre Janet on Obsessive-Compulsive Disorder (1903), *Arch. Gen. Psychiatry* 1987, 44: 226-232.
- Pollit, J., Natural History of obsessional states, *Br. Med. J.* 1957, 1: 194-198.
- Pulman, J., Yassa, R., Anath, J., Clomipramine treatment of repetitive behavior, *Can. J. Psychiatry* 1984, 29: 245-255.
- Rosen, I., The clinical significance of obsessions in schizophrenia, *J. Ment. Sci.* 1957, 103: 773-785.
- Saxena, S., Obsessive-Compulsive Symptoms with Risperidone, *J. Clin. Psychiatry* 1999, 60: 262-263.
- Schneider, K., Zwangszustände und Schizophrenie, *Arch. Psychiatr. Nervenkr* 1925, 74: 93-107. Citado en 46.
- Solyom, L., Di Nicola, V., Phil, M., et al. Is there an Obsessive Psychosis? Aetiological and Prognostic Factors of an Atypical Form of Obsessive-Compulsive Neurosis, *Can. J. Psychiatry* 1985, 30: 372-380.
- Stengel, E., A study on some clinical aspects of the relationship between obsessional neurosis and psychosis types, *J. Ment. Sci.* 1945, 91: 166-187.
- Stein, D. J., Bouwer, C., Hawkrigde, S., et al., Risperidone Augmentation of Serotonin Reuptake Inhibitors in Obsessive-Compulsive and Related Disorders. *J. Clin. Psychiatry* 1997, 58: 119-122.
- Stroebel, C. F., Szarek, B. K., Glueck, B. C., Use of clomipramine in treatment of obsessive-compulsive symptomatology, *J. Clin. Psychopharmacol.* 1984, 4: 98-100.
- Taylor, J., Ductor Dubitantium, or The Rule of Conscience, Vol. 1, Royston, London, 1660. Citado en Hunter, R. Macalpine I: Three Hundred Years of Psychiatry 1535-1860. London, Oxford University Press, 1963.

51. Yaryura-Tobías, J. A., Campisi, T., McKay, D., et al., Schizophrenia and Obsessive Compulsive Disorder: Shared Aspects of Pathology, *Neurology, Psychiatry and Brain Research* 1995, 3: 1-6.
52. Yaryura-Tobías, J. A., Neziroglu, F., *Obsessive-Compulsive Disorders Spectrum*. Washington D. C., *American Psychiatry Press*, 1997.
53. Yaryura-Tobías, J. A., Neziroglu, F., *Behavioral Treatment of Obsessive-Compulsive Spectrum Disorder*. New York, WW Norton and Company, 1997.
54. Yaryura-Tobías, J. A., Neziroglu, F., Bergman, L., Chlorimipramine for obsessive-compulsive neurosis: an organic approach, *Curr. Ther. Res.* 1976, 20: 541-548.
55. Yaryura-Tobías, J. A., Stevens, K., Neziroglu, F., et al., Obsessive Compulsive Disorder and Schizophrenia: A Phenomenological Perspective of Shared Pathology. *CNS Spectrum* 1997, 2: 21-25.
56. Yaryura-Tobías, J. A., Stevens, K., Neziroglu, F., Aspectos catatónicos del Trastorno Obsesivo Compulsivo, *Asociación Argentina de Psiquiatras, Comunicaciones* 1997, 6: 10-15.
57. Yaryura-Tobías, J. A., Stevens, K., Neziroglu, F., Motor disturbances in the Obsessive-Compulsive Disorder and its Spectrum, *Neurology, Psychiatry and Brain Research* 1997, 5: 79-84.
58. Young, C. R., Bostic, J. Q., McDonald, C. L., Clozapine and refractory obsessive-compulsive disorder: a case report (letter), *J. Clin. Psychopharmacol.* 1994, 14: 209-211.
59. Zohar, J., Clomipramine treatment of obsessive compulsive symptomatology in schizophrenic patients, *Journal of Clinical Psychiatry* 1993, 54: 385-388.