

## **Un estudio de caso de síndrome OC/Esquizotípico: ¿Trastornos comórbidos o entidad nosológica?**

---

### **Ramiro G. Bonilla**

*Médico Psiquiatra, Jefe de Trabajos Prácticos de la Cátedra de Psiquiatría Adultos, Facultad de Ciencias Médicas, Universidad Nacional de Rosario*

*Sargento Cabral 591 7º piso Cons 6, Rosario, CP 2000*

*Cel (0341) 155 195477*

*ramirobonilla@yahoo.com.ar*

### **Juan Ignacio Bustos**

*Médico Residente en Psiquiatría Adultos, Cátedra de Psiquiatría Adultos, Facultad de Ciencias Médicas, Universidad Nacional de Rosario*

*Suipacha 667, Rosario, CP 2000*

*Cel (0341) 156 403356*

*juanibustos23@hotmail.com*

### **Bernabé Ibáñez**

*Médico Residente en Psiquiatría Adultos, Cátedra de Psiquiatría Adultos, Facultad de Ciencias Médicas, Universidad Nacional de Rosario*

*Suipacha 667, Rosario, CP 2000*

*Cel (0341) 156 608779*

[bernabeibanez@yahoo.com.ar](mailto:bernabeibanez@yahoo.com.ar)

**Tema:** Trastornos de Ansiedad

**Palabras clave:** Trastorno Obsesivo Compulsivo, Esquizofrenia, psicopatología descriptiva, nosología.

## **Un estudio de caso de síndrome OC/Esquizotípico ¿Trastornos comórbidos o entidad nosológica?**

### **Resumen**

El presente estudio de caso se propone, a partir de la descripción de una experiencia clínica, la comparación con otras similares con el objetivo de investigar comparativamente distintos constructos nosográficos y criterios diagnósticos propuestos para la identificación en la práctica clínica del Síndrome OC/Esquizotípico. Se realiza un sucinto recorrido histórico reseñando las alternativas más asumidas para la recolección y ordenamiento nosológico de los síntomas. Se discute la necesidad de contar con sistemas nosográficos sólidos, empíricamente validados, que habiliten mejores guías terapéuticas.

### **Introducción**

¿Es posible suponer al Síndrome Obsesivo-Compulsivo(OC)/Esquizotípico como entidad nosológica, considerando que la existencia de tal concepto no está completamente resuelta en la psiquiatría actual? (16) Al presente no se cuenta con una regla etiológica que explique satisfactoriamente las variantes del síndrome OC/Esquizotípico en un mismo paciente a lo largo de la evolución del cuadro, así como las diversas formas clínicas observadas en pacientes distintos a quienes se les asigna el mismo diagnóstico. Esta carencia suele ser subsanada por la validación estadística ¿Tiene esta última un valor equivalente? Tampoco se cuenta con una regla etiológica que de cuenta de la articulación de las series sintomáticas obsesiva y esquizotípica. Sí, en cambio, existe una cantidad de estudios que describe cómo se interrelacionan las distintas series sintomáticas del espectro OC, determinando pronóstico y respuesta al tratamiento farmacológico ¿Cómo jerarquizar las series? ¿Es válido en este sentido el árbol de decisiones jerárquicas de Jaspers? Más aun ¿Deben jerarquizarse o tratarse en paralelo como comorbilidades?

El actual estudio de caso se propone encontrar respuestas posibles a éstas y otras preguntas investigando comparativamente los distintos constructos nosográficos y los criterios diagnósticos propuestos para la identificación en la práctica clínica del Síndrome OC/Esquizotípico. El no reconocimiento adecuado de todas las dimensiones sintomáticas de este síndrome puede conducir a tratamientos fallidos y mal planificados, así como a estrategias psicoterapéuticas mal diseñadas en sus alcances y objetivos. No es la intención del presente trabajo discutir en profundidad alternativas psicofarmacológicas para los síndromes OC, por lo que ese punto será comentado sólo en forma secundaria y accesoria.

### **Metodología empleada**

Revisión bibliográfica

## Caso clínico

Paciente mujer, de 40 años, derivada a la Residencia de Psiquiatría Adultos de la Facultad de Ciencias Médicas de la UNR por imposibilidad económica para sostener el tratamiento en ámbito privado.

*Enfermedad actual:* refiere cuadro psicopatológico de al menos de 20 años de evolución, con agravamiento en los últimos seis meses, caracterizado por pensamientos e imágenes recurrentes, persistentes, intrusivas e inapropiadas, que en ocasiones le generan malestar y en otras placer (“siento que si le hago mal [a mi hijo] yo me siento mejor”). Expresa dudas sobre el origen de los mismos, sin poder precisar claramente si son producto de su mente o si provienen del exterior. La temática de éstos gira principalmente en relación a la duda sobre su género y el de los demás (“a veces miro a la gente muy obsesivamente para saber bien si es hombre o mujer, no sé dilucidar bien su sexualidad”; se le impone la idea de que las mujeres tienen pene). Padece también de obsesiones de suciedad de leve a moderada intensidad (“si no me baño un día parece que estoy sucia”). Describe impulsos agresivos hacia terceros, incluidos familiares de primer grado, sin pasajes al acto. Niega conductas compulsivas en relación a sus obsesiones. Presenta la compulsión de colocarse junto a la estufa encendida por más que no sienta frío, refiriendo que cuando se tiene que alejar por algún motivo, se siente compelida a volver. Se describe como “muy ordenada, muy detallista”, y suele perseguir simetría y perfección. Dice tener conductas de chequeo y verificación (controla que las hornallas estén correctamente apagadas, enciende y apaga las luces varias veces) que no son secundarias a ninguna obsesión en particular, no le generan angustia ni interfieren significativamente en su actividad habitual. Relata sentimientos episódicos de tristeza, angustia, baja autoestima, llanto inmotivado, desgano, anhedonia, sin identificación de desencadenante claro, de al menos dos años de evolución. Niega ideas suicidas, de culpa o autorreproches. Refiere alteraciones eventuales de la sensopercepción de diversa presentación: alucinaciones acústico verbales complejas percibidas como una voz femenina (probablemente su madre) de carácter comandatoria, alucinosis (dice ver la imagen de su madre saliendo de su cabeza [SIC] para decretarle cosas) y alucinaciones auditivas hipnagógicas (murmullo de gente conversando). Dice haber experimentado episodios fugaces de autorreferencia a partir de publicidades gráficas y televisivas. Se constata despersonalización (“por momentos siento que no me pertenezco”; “siento que tengo vagina pero que no me pertenece”; “no me pertenecía, no me podía ver la cara; si me veo la cara me reconozco”) y desrealización (“a veces desconozco los lugares”). Relata que desde niña presenta ideas fantásticas sobre la existencia de dos mundos: uno real, en el que vive cotidianamente, poblado por actores, y otro más loco (SIC), que la está esperando. No se constata implicancia emocional en relación a esta idea. Actualmente refiere que en algunos momentos presenta ideas de vivir en el cementerio al lado de su abuela difunta. Todos estos fenómenos son vivenciados con crítica parcial, cierta duda y extrañeza.

### *Antecedentes de Enfermedad Actual:*

*Psiquiátricos:* refiere internación psiquiátrica en 1998 por síndrome OC descompensado (“tenía miedo de hacerle daño [a mi bebé recién nacido], de perder el control”), permaneciendo ingresada 1 mes. Desde entonces a la fecha es atendida sucesivamente por varios psiquiatras, refiriendo haber recibido tratamiento con Paroxetina (40 mg por 14 semanas; mejoría parcial y transitoria), Sertralina (150 mg por 13 semanas; escasa respuesta), Citalopram (40 mg por 12 semanas; respuesta parcial y transitoria), Clorimipramina (75 mg por 4 semanas; discontinuación por efectos secundarios), Clonazepam, Aripiprazol (15 mg por 14 semanas; efecto ansiolítico importante) y Risperidona. Suele presentar falta de adherencia a los tratamientos psicofarmacológicos por diferentes razones, entre ellas dificultades económicas, ocurrencia de efectos adversos, cansancio y desilusión por la no obtención de los resultados esperados y por atribuirles a los medicamentos síntomas propios de su trastorno. Afirma haber realizado psicoterapia focalizada de orientación psicoanalítica, continuándola en la actualidad.

*Médicos:* alergias medioambientales, cirugía de cornetes y cesárea.

*Situación biográfica actual:* vive en casa de sus padres, junto a ellos y a su hijo de 10 años. Tiene un hermano menor, con quien no mantiene contacto.

### *Antecedentes Personales:*

*Embarazo y Parto:* gestación sin particularidades; parto normal, de término. Caminó a los 18 meses y controló esfínteres en edad levemente tardía en relación a la media poblacional.

*Primera infancia:* a los tres y doce meses de edad sufre traumatismos craneales sin pérdida de conocimiento, por caída accidental secundaria a distracción de sus cuidadores, que requirieron control médico evolutivo.

*Segunda infancia:* hipoactiva, tendencia al juego solitario, sedentaria. A los 7 años refiere abuso sexual en el aeropuerto de Rosario, sin penetración ni prácticas sexuales orales, por parte de un hombre mayor desconocido. Nadie presenció el suceso. Lo recuerda en forma imprecisa y le atribuye el poder desencadenante de su cuadro. A los 10 años comienza a manifestar conductas de chequeo y verificación, asegurándose de cerrar bien las hornallas y canillas al punto de romperlas, y empujando dos veces las puertas luego de cerrarlas. Esto no obedece a ninguna obsesión en particular, no le genera angustia ni interfiere en su actividad habitual.

*Adolescencia:* dificultades en su integración social; no obstante logra hacer amigas.

*Escolaridad:* nivel universitario incompleto. Cursó el colegio primario y el secundario en forma completa, sin repetir de grado ni de año. Se define como alumna aplicada y responsable. A los 18 años ingresa la carrera de medicina. Comenta que desde ese momento, y hasta los 20 años vive “el mejor momento de su vida” (SIC). A partir de los 20 comienza a tener dificultades académicas, atribuidas a la aparición de pensamientos impuestos, con dificultad para discernir si se trata de voces o no, “sentí como dos fuerzas, una dualidad constante, mucha ambivalencia; desde entonces comencé a tener sentimientos

de odio hacia la gente, y luego apareció la idea loca de dejar la carrera, que finalmente dejé”.

*Edad adulta:* se casa a los 25 años con el padre de su hijo debido a un embarazo no planificado luego de 1 año de noviazgo. Durante los primeros 4 meses de embarazo refiere haber odiado a su hijo y haber pensado en abortar, pero luego lo acepta. Actualmente dice mantener una relación “muy cariñosa” (SIC). Por motivos laborales del marido se muda a la ciudad de Buenos Aires. Relata que él la trataba con violencia verbal, física y patrimonial. Refiere abandonos del hogar reactivos a tales sucesos, en los que se iba con su hijo “en busca de tranquilidad” a distintos lugares como Neuquén. Luego de un tiempo volvía. Al cabo de dos años de matrimonio se separa y retorna con su hijo a la casa de sus padres. Cursa estudios de facturación hospitalaria y asistencia gerontológica. Desde el año 2004 trabaja cuidando ancianos en forma discontinua.

*Antecedentes familiares:* *padre:* probable Trastorno OC de la Personalidad; *madre:* niega antecedentes médicos o psiquiátricos; *hermano menor:* niega antecedentes médicos o psiquiátricos; *abuela paterna:* síndrome ansioso.

*Dg presuntivo:* Eje I: Trastorno Obsesivo Compulsivo con poca conciencia de enfermedad; Trastorno Distímico. Eje II: Trastorno Esquizotípico de la Personalidad (DSM IV-TR).

*Medicación actual:* Escitalopram 10 mg/día; Ácido Valproico 500 mg/día; Risperidona 3 mg/día.

### **Puntualizaciones psicopatológicas <sup>a</sup>**

Se define a las obsesiones como un conjunto de ideas o imágenes que dominan la individuo y lo conflictúan, ocupando gran parte de su tiempo y teniendo características de pensamiento intrusivo y egodistónico, reconocido como surgido de la propia mente (5). Para Insel (1982), citado por Toro Martínez, la idea obsesiva “no es un cuadro neurótico típico ni una delusión esquizofrénica” (21).

Pueden describirse a las compulsiones como actos o pensamientos a los que el sujeto recurre y cumple de una manera rígida y formal para intentar aliviar sus obsesiones. Pueden clasificarse en cognitivas y motoras (5).

Marietán define al insight como la capacidad de enfrentarse con las propias limitaciones, motivaciones y posibilidades (13). En relación al TOC, se lo define como el nivel de conciencia con respecto al sentido de las obsesiones (10). La

---

<sup>a</sup> Definimos a la Psicopatología Descriptiva como el lenguaje de la descripción. Sus unidades de análisis son los síntomas, entendidos aquí como constructos formateados por prácticas sociales y por el lenguaje. En este contexto, entendemos por Disciplina Descriptiva a todo aquel ejercicio que base la obtención de datos clínicos en el reconocimiento y la nominación de la conducta. La calidad del ajuste entre descripciones y fenómenos de la conducta depende de dos factores: (i) la calidad del síntoma descriptivo (función de organización semántica y de la estabilidad de la matriz psicosocial en la que la acción del nombrar tiene lugar), y (ii) la estabilidad de los fenómenos mismos (potencialmente garantizada por la neurobiología). Sobre esta base puede concebirse a la Psiquiatría como el conjunto de actividades dedicadas a la implementación del lenguaje descriptivo. Esto involucra prácticas biológicas, psicológicas y sociales (2).

convicción de la irracionalidad de la idea que se impone en forma intrusiva, ha sido y sigue siendo la piedra angular en la que se apoya el diagnóstico diferencial entre idea obsesiva e idea delirante. Podemos definir a estas últimas como una manera particular y no consensuada de significar la realidad. Jaspers las caracteriza como impermeables, ininfluenciables, incorregibles ante las refutaciones de la sana lógica e inverosímiles (no siempre), sostenidas por quien las padece con absoluta certeza (13); de ahí su condición de egosintónicas.

Jaspers, citado por Marietán, define a las ideas sobrevaloradas como “convicciones acentuadas por un estado afectivo muy fuerte, (...) a causa de esa fuerte acentuación que identifica la personalidad con la idea, son tenidas falsamente por verdaderas”. Marietán cita también a Störring, quien las conceptualiza como un grupo de ideas que en razón de su carga afectiva predominan sobre las restantes y determinan un descenso del juicio crítico en relación con ellas (13).

Se considera a las obsesiones como un fenómeno distinto y separable del fenómeno esquizotípico. Tanto las obsesiones como las ideas delirantes se basan en creencias falsas, absurdas o sobrevaloradas, y se propone su discriminación basándose en la crítica que el paciente sea capaz de realizar (10).<sup>b</sup>

### **TOC y Esquizofrenia: características comunes**

Tanto la Esquizofrenia como el TOC presentan un carácter invasivo sobre la vida psíquica, que conlleva profundas alteraciones en la vinculación del individuo con su entorno. Otro rasgo presente en ambos trastornos, no siempre reconocido en el TOC, es el importante nivel de deterioro funcional. La aparente conservación de la esfera volitiva y afectiva del TOC obstruye en cierto modo la detección del impacto negativo que tiene el trastorno sobre la vida cotidiana de los pacientes, comparable con el observado en la esquizofrenia (4).

Poyurovsky y Koran (2004) (4) efectúan una exhaustiva revisión del tema y destacan varios puntos: (i) ambos trastornos afectan hombres y mujeres por igual, tienen un curso crónico, con edades de comienzo similares, levemente más jóvenes en el TOC; (ii) en ambas enfermedades se postulan trastornos del neurodesarrollo, con el compromiso de áreas cerebrales similares: corteza prefrontal, cíngulo anterior, núcleo caudado y tálamo; (iii) no obstante todas las semejanzas, se trataría de enfermedades diferentes. Estos investigadores plantean dos perspectivas para abordar el problema, denominándolos: (i) TOC y trastorno del espectro esquizofrénico y (ii) Esquizofrenia con rasgos OC.

---

<sup>b</sup> Estas concepciones pueden resultar simplificaciones forzadas desde una perspectiva clínica, resultando en una distinción difícil de operar en la práctica.

## **Síntomas esquizotípicos en pacientes con TOC**

Toro Martínez indica que “la esencia Neurótica del TOC queda resumida en cuatro características esenciales: (i) el sentimiento de ser forzado a actuar, pensar o sentir; (ii) la egodistonia; (iii) la lucha ansiosa del psiquismo y (iv) la experiencia subjetiva de compulsión” (21).

Jaspers en su Psicopatología General (1913) (4) sentaba las bases para la diferenciación clínica entre las ideas delirantes, obsesivas y sobrevaloradas: “las representaciones obsesivas (...) son aquellas en las que el individuo está obligado siempre a pensar, mientras que está enteramente convencido de lo infundado de la idea (...) existiendo una competencia entre convicción y saber lo contrario”. Pese a esto fueron apareciendo reportes de pacientes OC que en su evolución perdían algunas o todas las cualidades anteriormente mencionadas o que directamente presentaban síntomas psicóticos (4).

Los rasgos esquizotípicos han sido asociados con síntomas OC. La multidimensión de estos rasgos (síntomas positivos, negativos y de desorganización) valida su asociación con la esquizofrenia, y son muy frecuentes en consanguíneos de pacientes con esta última patología. En un estudio realizado por Sobin y col. (2000) (4) sobre una muestra de 119 pacientes con TOC hallaron que el 50% tenían rasgos esquizotípicos que iban de leves a severos. Este grupo de pacientes se caracterizaba por un inicio temprano, padecer más comorbilidades en general, trastornos de aprendizaje, obsesiones agresivas, somáticas y compulsiones de conteo y de orden. Tenían más fobias específicas, trastorno de pánico y se asociaban a abuso de sustancias. Los déficits neuropsicológicos que subyacían a los trastornos del aprendizaje en este grupo eran similares a los encontrados en TOC sin esquizotipia. Los errores proveían información de una tendencia a la perseveración e inflexibilidad cognitiva y un déficit en la memoria a corto plazo; todos coherentes con los síntomas clásicos del TOC (4). O'Dwyer y Marks (2000) consideran un rasgo clave para adscribir a estos pacientes al mundo obsesivo la clara relación entre las creencias y los rituales (4). Este tema ha sido extensamente estudiado por Yaryura-Tobias (2004) quien señala la continuidad entre la idea obsesiva, la idea sobrevalorada y la idea delirante, como elementos centrales de la patología obsesiva de transición, en la cual la pérdida del insight es el punto a partir del cual la obsesión se torna en idea delirante (24).

La literatura contemporánea intentó superar la variedad terminológica acuñando la noción de “Interfase Esquizofrenia-TOC”. Ésta, lejos de aclarar el tema, lo ha complejizado englobando bajo una misma categoría condiciones de significación clínica, pronóstica y terapéutica diferentes. Toro Martínez (1999) propone una forma sistemática de abordaje para el estudio de la transición TOC y Psicosis, que consiste en considerar tres situaciones clínicas completamente diferentes: (i) pacientes esquizofrénicos que presentan síntomas OC; (ii) pacientes OC que presentan un episodio psicótico transitorio; (iii) pacientes OC con ideas sobrevaloradas y rasgos esquizotípicos de personalidad. Los pacientes del punto 3 presentan síntomas obsesivos graves, con un insight presente solo de modo marginal, perdiendo las resistencias en las situaciones en que se impone la tendencia compulsiva, o resistiendo de un modo tan patológico que alcanza ribetes de bizarría. Estos enfermos no responden a las alternativas terapéuticas actuales

para el TOC (IRSS-clorimipramina y psicoterapia cognitiva conductual). En este grupo de pacientes se encontró que la presencia de pensamiento mágico, ideación sobrevalorada y esquizotipia se asociaban con pobreza evolutiva (21). A estos Yaryura-Tobias los llamó "TOC malignos"; otros los denominaron "Psicosis OC" (Insel y Akiskal, 1986) o "Psicosis Obsesiva de mal pronóstico" (Solyom y cols, 1985) (24,19). Se considera a estos pacientes como atípicos por estar severamente comprometidos en su funcionamiento, por carecer de insight emocional, por resistir de un modo delirante, por no presentar ansiedad con relación a las obsesiones, por pertenecer a familias que se relacionan con vínculos patológicos y por presentar rasgos esquizotípicos de personalidad. La combinación de la esquizotipia y sobrevaloración les confieren el aspecto bizarro. Toro Martínez considera que estos pacientes no son esquizofrénicos pero tampoco son neuróticos (21).

En cuanto a los rasgos de la personalidad de base, Soler Catá apunta descripciones de pacientes obsesivos con personalidades esquizotípicas concomitantes que realizaron autores como Jenike (1986) o Stanley y col. (1990): aunque tengan conciencia de su situación crítica y enfermiza, tienen dificultades para delimitar dónde acaba y empieza la patología; corresponderían a los de mayor carga egosintónica, conforman un subgrupo de pacientes graves y crónicos y son sin duda los que presentan menor respuesta terapéutica (19).

### **Síntomas OC en pacientes con Esquizofrenia**

Existe evidencia de que en los pacientes con esquizofrenia ocurren obsesiones y compulsiones independientes de los fenómenos delirantes, con una prevalencia que va del 1 al 3.5% (Fenton y McGlashan, 1986) (19). Los síntomas OC pueden exteriorizarse antes o en forma simultánea al inicio de los síntomas psicóticos mayores. Estos pacientes se han descrito en su mayoría como hombres solteros, cuyas dos dimensiones sintomáticas principales marchan independientemente, siendo infrecuente la posibilidad de transformación esquizofrénica de los síntomas OC. Presentan un curso crónico con un marcado deterioro psico-socio-laboral.

Históricamente ya se especulaba sobre la posibilidad de que la patología obsesiva se pudiera considerar en muchas ocasiones como una entidad de características psicóticas, registrándose cuadros obsesivos de propiedades delirantes en las formas más graves de presentación clínica (19). Westphal (1878), citado por Soler Catá, señalaba las similitudes entre obsesiones y psicosis partiendo de la irracionalidad e incomprendibilidad de muchos pensamientos obsesivos y otros aspectos como el inicio infanto-juvenil y las conductas bizarras o extravagantes de los pacientes obsesivos. Bumke (1944) llega a afirmar que las ideas obsesivas son ideas delirantes en statu nascendi (19).

Bleuer, Mayer-Gros, Hoch y Polantin habían precozmente planteado que los síntomas OC podrían ser propios de los pródromos esquizofrénicos. Bleuler y Mayer Gross consideraban a los pacientes OC como Esquizofrénicos de hecho, al tiempo que otros, como Henry Ey y Huber, contemplaban a los síntomas OC como posibles pródromos hacia la Demencia Precoz (21). Pereyra describe en su monografía sobre esta última entidad formas de comienzo pseudobsesivas: "la iniciación de la Demencia Precoz puede afectar la forma de la mayor parte de los

síndromes psiquiátricos (...) (aún) simples cuadros neuróticos (...) (como) la psicoastenia”. En estos pacientes “los comienzos son acompañados de una gran lucidez, y se caracterizan por la instalación más lenta de la afección, (...) los signos del período de estado no se hacen presentes o están profundamente disimulados”. Con respecto al tipo de demanda de este grupo de pacientes, Pereyra agrega: “(...) cuando se queja, los hechos desfilan con escaso colorido afectivo, el sujeto se limita a relatarlos, poco o nada espera del interlocutor y sobretodo (falta) la voluntad de cambiar este estado de cosas, (...) es como si hubiera cumplido su obligación con descargar eso” (21). Goldar (1994) describe “casos de Hebefrenia con quejas casi constantes, presentadas con machaconería, (...) que agotan la paciencia de las personas más tolerantes. La evolución crónica, sin actividades sociolaborales y sin horizonte, sin un mundo que la coordine, dirija y atraiga (...) puede ser interpretado como la falta de propositividad vital (...), como un signo deficitario primario o como el defecto de la voluntad que en definitiva Kraepelin y Jaspers le asignaran a la Esquizofrenia” (21). Por su parte, las descripciones de Leonhard de las formas anancásticas<sup>c</sup> de las Esquizofrenias Sistemáticas resaltan el trasfondo distímico-depresivo tras la queja, el estilo machacón de la misma, su carácter predictor de incipiente defectuación para la Hebefrenia Excéntrica y la ritualización estereotipada, vacía y sin ideación que la sustente, en sujetos de expresión amímica para la Catatonía Manierística (12). Soler Catá puntualiza que en la esquizofrenia las obsesiones observadas son menos coloreadas, más nebulosas y extravagantes, presentan menor carga afectiva y se viven con cierta indiferencia y sin conciencia de enfermedad, por lo que el paciente las acepta pasivamente (19). Silvano Arietti encuentra una relación psicopatológica particular entre los síntomas catatónicos y los obsesivos, considerando que la indecisión, la obstinación, el negativismo y el temor a la incertidumbre constituyen complejos sintomáticos compartidos (19).

Claude y Michaud, Rosen, Alberca describen casos de transición del TOC a Esquizofrenia que se darían en un porcentaje del 1 al 16% (Fenton y McGlashan, 1986) (19). Desde una perspectiva fenomenológica de las ideas obsesivas y delirantes, cuando en el seno de un cuadro obsesivo emerge una idea claramente delirante con identificación total de la personalidad del enfermo y con pérdida del juicio de realidad, estaríamos frente a una psicosis (19). Insel y Akiskal, utilizando medidas estandarizadas de diagnóstico y medición sintomática encontraron que la transición a 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; en la segunda la idea obsesiva de dañar a otros era reemplazada por la idea delirante de ser objeto de persecución por haber cometido tal daño (19). Aun así, pacientes OC que presentan síndromes psicóticos excepcionalmente desarrollaran una Esquizofrenia, tratándose en general de estados Paranoides no Esquizofrénicos reactivos (Insel, Akiskal, 1986; Vallejo, 1997) (21). En estos casos, durante el período psicótico las obsesiones quedan enmascaradas y vuelven a emerger al remitir el cuadro psicótico. Este último suele presentar buen pronóstico, permaneciendo posteriormente vigente el trastorno

---

<sup>c</sup> anancasmus: necesidad u obligación

obsesivo. Por último, cabe considerar que los casos reales de transición progresiva hacia una Esquizofrenia corresponderían a las formas de inicio insidioso de características pseudoobsesivas de una Esquizofrenia propiamente dicha. Es de opinión generalizada, pues, que si un cuadro OC evoluciona hacia una verdadera Esquizofrenia, el trastorno ya era psicótico desde el principio.

Desde la perspectiva de la respuesta farmacológica, se han reportado síntomas positivos con el agregado de Clomipramina, siendo interpretados como un aval al diagnóstico de Esquizofrenia (21).

## **Nosografías clásicas**

Términos de tipo religioso como *obsessio*, *compulsio* e *impulsio* vienen utilizándose desde la Edad Media para describir comportamientos que se asemejan a lo que se entiende en la actualidad por obsesión. Esta palabra es utilizada por primera vez en su sentido actual por Wartburg en 1799. A partir del siglo XIX se perfilan de forma más completa los cuadros obsesivos y comienzan a ser denominados con una terminología que representa más cabalmente los conceptos desarrollados por sus autores (19). Las escuelas psiquiátricas europeas del siglo XIX consideraron cuatro rasgos psicopatológicos como los elementos esenciales del fenómeno obsesivo: lo iterativo (Krafft-Ebbing), forzado (Griesinger), egodistónico (Westphal) e interno (Luys). Insania, Formas de Transición y Neurosis fueron las tres etapas nosológicas del período. El trastorno fue recibiendo distintas denominaciones que denotan las múltiples perspectivas clínicas (como así también las preferencias ideológicas implícitas del investigador) desde las cuales fue conceptualizado: Manía sin Delirio (Pinel), Monomanía Afectiva (Esquirol), Pseudomonomanía (Delasiauve), Locura Lúcida (Trélat), Locura de la Duda (Falret), Locura de la duda con delirio de tacto (Legrand du Saulle), Enfermedad ruminativa (Griesinger), Paranoia abortiva (Wespthal) y Paranoia rudimentaria (Morselli) (21). En Francia se tendía a categorizar los trastornos obsesivos dentro del capítulo de la locura, y es en ese país donde a principios del siglo XIX el TOC comienza a ser considerado un trastorno mental parcial, gracias al concepto de locura parcial (*monomanie*) introducido por Esquirol. La psiquiatría alemana desarrolla el término de *Zwangsvorstellung* (Kraft-Ebing, 1867), proveniente del término alemán alto "dwang", que significaba forzar u oprimir (19). A principios del siglo XX Janet y Schneider, citados por Toro Martínez, interpretaron a la enfermedad como esencialmente neurótica basándose en tres características clínicas: (i) el sentimiento de ser forzado a actuar, pensar o sentir (reconociendo la procedencia de sí mismo), (ii) la egodistonía (tomada de Wespthal) y (iii) la resistencia (lucha ansiosa del psiquismo). La fenomenología estableció la diferencia entre Neurosis y Psicosis a través de las nociones de insight, convicción y vivencia de enfermedad que se transformaron en los pilares de la discriminación entre la Idea Obsesiva, la Idea Delirante, la Idea Sobrevalorada y la Duda Normal (21).

## **Nosografías actuales**

### **A. Diagnóstico Categorical**

Cía afirma que es posible construir un diagnóstico categorial para los síndromes OC, argumentando que la diversidad de presentaciones clínicas y sintomáticas del TOC se da dentro de un rango limitado y reconocible (5). Boullosa describe a grandes rasgos dos subtipos: el TOC típico, en que el paciente tiene conciencia de enfermedad y no implica un trastorno serio de la personalidad, y el TOC atípico, que cursa con escasa conciencia de enfermedad, se da en sujetos con serios trastornos de la personalidad y conduce a un deterioro funcional por presentar probablemente serios daños estructurales (3). Rasmussen y Tsuang, citados por Cía, demostraron que tanto las frecuencias como los tipos básicos de síntomas obsesivos tienden a permanecer invariables a través de las distintas culturas y del tiempo (1986) (5).

El DSM IV-TR y la CIE 10 constituyen en la actualidad los sistemas nosográficos categoriales más difundidos.<sup>d</sup> Los dos sistemas se mantienen fieles a la tradición de conceptualizar al TOC dentro de los trastornos de ansiedad, herederos de las antiguas neurosis. Dentro de este grupo, el TOC constituye sin duda el capítulo más marginal (19, 23).

Para el subgrupo de pacientes que presentan síntomas de la serie OC concomitantemente a síntomas de la serie esquizotípica, el DSM IV-TR ofrece dos opciones: (i) considerar un TOC con pobre insight o (ii) considerar un TOC comórbido con otro trastorno del eje I (Trastorno delirante, Esquizofrenias) o del eje II (Trastorno Esquizotípico de la Personalidad) (15).<sup>e</sup> La probabilidad de que el TOC se presente de manera pura, no asociado a otro trastorno, es muy baja (4), reportándose elevada comorbilidad con otros trastornos del eje I (Trastorno Depresivo Mayor, Trastornos por Ansiedad, Trastorno Dismórfico Corporal, Hipocondría, Trastornos de la Conducta Alimentaria) y del eje II (Trastorno de la Personalidad por Evitación, Trastorno de la Personalidad por Dependencia, Trastorno OC de la Personalidad, Trastorno Pasivo-Agresivo). Por su parte, el sistema CIE-10 no da cuenta de la existencia del TOC con pobre insight, postulando a los síntomas obsesivos en la esquizofrenia como parte del segundo trastorno.

## **B. Diagnóstico Dimensional - Espectral**

Los trastornos del espectro OC han surgido como una categoría diferenciada de trastornos interrelacionados con implicaciones diagnósticas, etiológicas y terapéuticas importantes (19).

Márquez argumenta que el TOC está mejor conceptualizado como un espectro de múltiples y potencialmente superpuestos trastornos o síndromes más que como

---

<sup>d</sup> El sistema DSM es una guía multiaxial elaborada por la Asociación Americana de Psiquiatría (APA) con utilidad para la aplicación clínica, docente y de investigación en psiquiatría. La clasificación de la OMS (CIE 10) es una clasificación general de enfermedades con un capítulo específico para los trastornos mentales. Su propósito es la posibilidad de utilización en el mundo entero, o al menos en los países de la OMS. Su versión número 10 fue publicada en el año 1992. Los autores de ambos sistemas han intentado aumentar las congruencias y reducir las diferencias poco significativas que existen en su terminología.

<sup>e</sup> Definimos comorbilidad como la concurrencia de procesos etiopatológicos diferentes en un mismo individuo o a la superposición de diagnósticos en situaciones patológicas complejas que no pueden tipificarse mediante un solo rótulo.

una entidad nosológica discreta. “Su expresión clínica común apenas puede sintetizarse en la presencia de eventos intrusivos egodistónicos y comportamientos repetitivos. (...) Debe ser considerado básicamente como un trastorno del neurodesarrollo que expresa alteraciones funcionales de algunos circuitos neurales córticoestriatales” (14).

Hollander, citado por Boullosa, propone tres dimensiones para el espectro OC: (i) cuadros con aversión al riesgo (compulsividad) a cuadros con búsqueda de riesgo (impulsividad): hipocondriasis, dismorfia corporal, anorexia nerviosa y trastorno por despersonalización; trastorno límite de la personalidad, comprador compulsivo, compulsividad sexual, jugador patológico, tricotilomanía y sme. de Gilles de la Tourette; (ii) predominio de síntomas cognitivos a predominio de síntomas motores: obsesivo puro, hipocondríaco, trastorno por despersonalización, dismorfia corporal, tricotilomanía, TOC infantil y sme. de Gilles de la Tourette; y (iii) predominio de incertidumbre a convicción delirante: TOC con incertidumbre, dismorfia corporal, esquizofrenia con obsesiones, ideas sobrevaloradas, TOC con características delirantes y dismorfia corporal con delirios de tipo somático (3).

En los trastornos del espectro OC se pueden encontrar patrones similares de obsesiones intrusivas e irracionales y/o compulsiones resultantes para ejecutar rituales o comportamientos iterativos. Aun no se ha dilucidado ningún factor etiológico, pero se sabe que constituye un grupo heterogéneo de trastornos con una fisiopatología divergente que podría explicar las diferencias fenomenológicas de ambos polos del espectro (19).

Cabe acotar que dentro de los trastornos del espectro OC se encuentran un conjunto de enfermedades neurológicas (Gilles de la Tourette, Corea de Sydenham, Encefalitis de Von Economo, epilepsia temporal, necrosis bipalidal, enfermedad de Parkinson, enfermedad de Huntington, etc.). Los fenómenos clínicos son muy similares a los auténticamente obsesivos. Es de relevancia observar que las patologías afectan los mismos circuitos frontobasales. Se aboga por la existencia de un síndrome OC asociado a estas patologías neurológicas que desde un punto de vista etiopatogénico todavía no se ha podido relacionar con el TOC convencional (19).

## **Discusión**

El dilema nosológico-clínico que plantean pacientes con graves síntomas OC con pobre insight puede ser abordado desde distintas perspectivas diagnósticas, tal como ya ha sido ilustrado. No obstante, al intentar un ordenamiento a la gran pluralidad de síntomas que la paciente de nuestro caso presenta tanto en una perspectiva transversal como longitudinal, con pretensiones diagnósticas, terapéuticas y pronósticas, nos topamos con la dificultad de no contar al presente con una nosología del todo satisfactoria.

Intentar comprender o tan siquiera nombrar al síndrome OC/esquizotípico desde una perspectiva nosológica clásica (Ej. “Psicosis Anancástica”, “Delirio Razonante”, etc.) conlleva diferentes riesgos. Entre otros, asumir que las descripciones clínicas de la psiquiatría tradicional son instantáneamente intercambiables por las contemporáneas, aceptando que se habla “de lo mismo”; pretender que la

terminología psicopatológica es unívoca y no sufre transformaciones semánticas a lo largo del tiempo; o sesgar los supuestos filosóficos, epistemológicos y ontológicos que sustentan dichas descripciones.

Berrios señala que en la actual investigación en clínica psiquiátrica los límites del objeto de estudio son dados en definiciones “operacionales” (sistemas DSM, CIE 10). Pero “usar estas categorías en investigación histórica sería caer en anacronismos sin remedio” (...) “La psiquiatría no es una actividad contemplativa sino modificatoria. Los clínicos están interesados en el poder de las descripciones psicopatológicas para predecir el resultado de la enfermedad, poder que nos ha hecho creer que surge de su valor de verdad, de su capacidad para figurarse la realidad de la enfermedad mental. Para alcanzar este estado ideal los síntomas-descripciones no deben estar agobiados por la confusión semántica y deben estar basados en observaciones clínicas múltiples y confiables ¿Cuanto de su significado inicial retienen los síntomas-descripciones cuando son transferidos de una episteme histórica a otra?”(2).

Las concepciones filosóficas implícitas en las descripciones del síndrome OC/Esquizotípico del siglo XIX y principios del XX, como para la mayoría de los desarrollos en psicopatología del mismo período, pueden encuadrarse dentro de los denominados Realismo y Naturalismo.<sup>f</sup> Ellenberger adhiere en señalar el sesgo naturalista de las clasificaciones psiquiátricas, argumentando que a mayoría de las nosologías psiquiátricas se basan, de manera más o menos tácita, en la idea de que las enfermedades mentales constituyen entidades específicas que pueden ser agrupadas en una clasificación natural, similar a las que se utilizan en botánica y en zoología (7).

Las consecuencias del Realismo y del Naturalismo para la nosología psiquiátrica están a la vista: es su hipótesis central la existencia de “entidades morbosas naturales”, que le son presentadas al investigador por la naturaleza y que existen por entero independientemente de él y de su idiosincrasia (9). El concepto de entidad nosológica fue promovido con vehemencia por psiquiatras clásicos como Kraepelin. Ya había sido aplicado con éxito en otras ramas de la medicina, por caso en el campo de las enfermedades infecciosas, pero encontró severas dificultades para sostenerse en psiquiatría. Según Peralta, una de las posibles razones que explican este fracaso es el hecho de basar la práctica clínica en sistemas nosológicos caducos, poco validados y con poca base empírica. “No hemos evaluado nuestros conceptos clínicos. Nos hemos guiado por las grandes figuras de la psiquiatría de principios del siglo XX y no hemos sido capaces de validar empíricamente los conocimientos que nos han aportado. No somos capaces de evaluar la realidad clínica independientemente de modelos Kraepelinianos o psicoanalíticos” (16). Denuncia a la psicopatología descriptiva actual como virtualmente idéntica a la utilizada en el siglo XIX, y critica su falta de evolución y

---

<sup>f</sup> Se define al primero como aquella concepción en la cual los objetos del mundo exterior existen independientemente por completo de nuestro pensamiento. Ello significa que el investigador psiquiátrico debe describir de la manera más objetiva posible aquello que él encuentra, lo que realmente existe o lo que la naturaleza le presenta, no aquello que él tan sólo construye. El Naturalismo, a su vez, postula que la realidad externa (la “naturaleza”) no sólo es completamente independiente de nosotros, sino que es ella también la que crea todas las obras culturales que son, supuestamente, típicas del hombre. Está indisolublemente unido a la cuestión del Realismo (9).

adaptación a los conocimientos neurobiológicos contemporáneos de la conducta normal y patológica. Propone un acercamiento a los síntomas desde perspectivas a-teóricas, meramente fenomenológicas. “Nuestra función es dar sentido a esos síntomas, saber cómo se organizan, cuál es su estructura interna. (...) Hay muy pocas evidencias de que haya auténticas entidades nosológicas en psiquiatría” (16).

¿Estamos autorizados, sobre la base de la evidencia empírica disponible, a considerar al síndrome OC/esquizotípico como verdadera entidad nosológica? A pesar de todo lo argumentado hasta aquí, no es posible aun formular una respuesta definitiva a esta pregunta. Sí es claro que no sería viable hoy día sostener concepciones naturalistas dentro de una disciplina que se pretenda científica, aceptándose actualmente la labor del investigador como un ejemplo de Construccionismo, donde la neutralidad y objetividad del mismo son críticamente puestas entre paréntesis.

Con respecto a las nosografías categoriales contemporáneas, muchos investigadores se han mostrado críticos con los sistemas DSM y CIE. Peralta describe al sistema DSM como un complejo de intereses económicos, ideológicos y políticos, y en cierta medida, científicos. Lo considera la antítesis del conocimiento científico por proponer la ciencia por consenso y una visión a-histórica de la psiquiatría (16). Stagnaro señala la ausencia de criterios efectivamente validados, la existencia de una cierta subjetividad en la elección de la cantidad de criterios politéticos, el proceder un tanto arbitrario en el establecimiento de plazos para diagnosticar un determinado trastorno, y su espíritu multi o politeórico (eclectico) antes que a-teórico (20). Ucha Udabe y Frenandez Labriola consideran como lamentable que tanto los sistemas DSM como CIE se basen esencialmente en el mismo marco kraepeliniano (implícitamente naturalista), representando un grupo de convenciones diagnósticas aceptadas por un grupo de psiquiatras experimentados y bien informados. Roth y Barnes (1981), citados por Ucha Udabe y Frenandez Labriola, observaron que “el peligro de un trabajo prestigioso y tan valioso como el DSM radica en que se le adjudique un falso carácter de autoridad definitiva y se cree un sistema cerrado, cuando lo que en realidad se requiere son investigaciones específicas”. Los problemas de ambas clasificaciones surgen de la falta de integración de sistematizaciones diagnósticas que han evolucionado independientemente de las de Kraepelin, siendo la clasificación de las psicosis endógenas de Leonhard un claro ejemplo de esto (22).

Garrabé advierte sobre el riesgo de realizar una crítica nosológica descontextualizada, señalando que sólo es posible apreciar la validez de un sistema nosológico teniendo en cuenta el objetivo que se han fijado sus promotores al concebirlo. Nos recuerda que en 1977 la APA emprendió la revisión del DSM II por estar muy alejado de la clasificación de la OMS. “Su objetivo seguía siendo recoger datos estadísticos, pero ante todo en los Estados Unidos, donde hay escuelas de pensamiento muy distintas, lo que obliga a escoger criterios con un consenso mínimo “(8).

En relación a las clasificaciones dimensionales, Peralta argumenta que los síndromes dimensionales se validan mejor genéticamente que las clasificaciones categoriales. “El abordaje categorial nos vuelve a producir un escotoma, viendo

sólo el diagnóstico y no lo que realmente tiene el paciente. El abordaje multisindrómico o multidimensional nos abre una ventana a toda la psicopatología del paciente y a todos los tratamientos posibles, independientemente de su diagnóstico” (16). Akiskal y Vázquez señalan el análisis de la prevalencia de un determinado trastorno en la población general como un buen punto de comienzo para la validación del concepto de espectro (1).

Se ha criticado al concepto de diagnóstico dimensional sobre la base de que es fundamentalmente un concepto dirigido por consideraciones clínico-terapéuticas (1). El argumento de que las poblaciones psiquiátricas identificadas por medio de su respuesta terapéutica a psicofármacos específicos son biológicamente más homogéneas que las poblaciones identificadas por medio de síntomas psicopatológicos se basa en el supuesto de que existe una correspondencia entre homogeneidad biológica y homogeneidad en la respuesta psicofarmacológica. Se dispone de muy poca evidencia de que los psicofármacos puedan contribuir significativamente a una diferenciación diagnóstica de importancia clínica. No debe dejarse de lado que los psicofármacos son de acción múltiple (22).

Por su parte, Toro Martínez se muestra decididamente crítico con la noción de interfase Esquizofrenia-TOC, argumentando que resulta inadecuada no sólo por englobar circunstancias clínicas completamente diferentes sino también por pretenderse establecer un sistema nosológico dimensional basando sus fundamentos en investigaciones que utilizan un sistema netamente categorial como lo constituye el DSM IV (21).

## **Conclusiones**

Sin lugar a dudas, el capítulo de los trastornos OC constituye uno de los más cuestionados en cuanto a etiología y nosotaxia a lo largo de la historia. Actualmente sigue siendo una representación clínica cuya etiopatogenia está todavía por concretar y que por su elevada comorbilidad con otros trastornos psiquiátricos e incluso neurológicos, no resulta concluyente para su ubicación nosológica definitiva a efectos estrictamente científicos. Pese a esto, creemos que la psiquiatría actual cuenta con una variedad de recursos clínicos, farmacológicos y nosográficos de razonable fiabilidad y eficacia, que habilitan un acercamiento diagnóstico, terapéutico y pronóstico a los síndromes OC que no debe ser subestimado.

En relación a la esquizofrenia, Peralta señalaba: “debido a que no existe una definición unitaria de esquizofrenia utilizamos un abordaje dimensional, y por otra parte, un abordaje categorial; es lo que hemos denominado la aproximación polidiagnóstica-multidimensional” (16,17). A la luz de todo lo expuesto hasta aquí, en lo concerniente a sintomatología, perspectivas clínicas y sistemas nosográficos, asumimos que para el TOC en general y para el síndrome OC/Esquizotípico en particular este abordaje integrador constituye el adecuado.

Abogamos por un uso crítico de los sistemas DSM y CIE, reconociendo los beneficios de su formulación multiaxial y el aporte que significaron para la comunicación de especialistas de distintas orientaciones, la investigación en psicofarmacología, la docencia y la práctica clínica. No debiera ignorarse que la mayoría de las investigaciones psicofarmacológicas se llevan a cabo basándose en

criterios operativos derivados de estos sistemas. Transpolar las conclusiones de dichos estudios a categorías diagnósticas extemporáneas, no validadas, constituye un ejercicio de impericia, imprudencia y negligencia clínicas, de pobre rigor científico.

Adherimos a las críticas que más arriba les fueran formuladas a los sistemas DSM y CIE, considerando como una ventaja para el clínico el hecho de conocer los supuestos sobre los cuales estos sistemas fueron edificados, sus inconsistencias y sus limitaciones. Coincidimos con Toro Martínez al señalar que las categorías propuestas deberían ser sometidas a investigaciones sistematizadas con criterios operacionales para luego, sobre la base de éstas, realizar estudios farmacológicos controlados para formular tratamientos amparados en el método científico y no sobre la base de reportes empíricos. Esto no será posible mientras los sistemas nosográficos continúen sin presentar consistencia interna (21). Por su parte, Peralta recomienda como primera labor del grupo de trabajo para la redacción del futuro DSM V establecer definiciones precisas de las unidades básicas de análisis (los síntomas) (16).

Aun aceptando los cuestionamientos al modelo diagnóstico dimensional, creemos que tal perspectiva contribuye a integrar datos clínicos útiles como antecedentes familiares, respuesta farmacológica y evolución longitudinal. Nombrar, y por lo tanto, hacer visibles síntomas subsindrómicos o de baja intensidad, los hace pasibles de abordaje terapéutico. Esto no siempre ocurre si nos ceñimos estrictamente a los criterios diagnósticos categoriales. A modo de ejemplo, basta recordar que el hábito de sustraer objetos y coleccionar cosas sin sentido, fenómeno obsesivo típico, ha sido descrito como frecuente en ciertas Hebefrenias (12). Esta categoría no forma parte de la terminología nosológica actual, siendo sustituida por Esquizofrenia Desorganizada, que si bien conserva cierto poder descriptivo para algunos pacientes, deja a otros totalmente huérfanos de un diagnóstico adecuado.

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: (i) la concepción dicotómica del insight y (ii) la noción de egosintonía-egodistonía que conduce a la realización de diagnósticos de mutua exclusión (21). En tal sentido, creemos que el concepto de comorbilidad representa un valioso constructo teórico-clínico que debiera estar siempre presente en la mente del clínico, siendo conveniente para superar falsas dicotomías, habilitando la integración de series sintomáticas diferentes que enriquecen el objeto clínico.

No debiera dejarse de lado que la evaluación puede ampliarse notablemente utilizando instrumentos estandarizados auxiliares como la Entrevista clínica estructurada para el DSM IV, versión clínica (Structured Clinical Interview for DSM IV, SCID-CV; First y cols., 1996); cuestionarios de síntomas obsesivo-compulsivos y escalas de gravedad (como la escala de obsesiones y compulsiones de Yale-Brown [Yale-Brown Obsessive-Compulsive Scale, Y-BOCS]; Goodman y cols., 1989), y las escalas para medir la depresión (Inventario de depresión de Beck [Beck Depression Inventory, BDI-II; Beck y cols., 1996] y la ansiedad (Inventario de ansiedad de Beck [Beck Anxiety Inventory, BAI]; Beck y Steer, 1990) y otros síntomas comórbidos (tics, pellizcarse la piel, arrancarse el cabello). La inclusión de

evaluaciones sencillas y el impacto laboral y social del TOC, como la Escala de impresión clínica global (Clinical Global Impression, CGI; Guy, 1976) y la Escala de adaptación laboral y social (Work and Social Adjustment Scale; Mundt y cols., 2002), permiten mejorar el control clínico, además de servir como instrumento para favorecer la cobertura de un tratamiento efectivo (15).

Sería imprudente no apreciar el hondo valor de las descripciones clínicas de los síndromes OC realizadas en los últimos 200 años por eminentes autores clásicos. Sin embargo, esto debiera hacerse con cautela, sin desconocer los supuestos epistemológicos, ontológicos y filosóficos de los que tales trabajos se nutren. Estamos advertidos de que las transpolaciones nosográficas irreflexivas de una época a otra pueden conducir a groseros errores de apreciación clínica y diagnóstica. Para evitar esto último, Berrios sugiere la utilización de los estilos historiográficos Conceptual y Cuantitativo por ofrecer el marco adecuado dentro del cual pueden dar cuenta de la historia de los términos, conceptos y conductas, los tres componentes cruciales en la formación de síntomas mentales. Comenta que las técnicas estadísticas modernas pueden ser usadas para planificar el uso regional, e identificar clusters y patrones tal como están escondidos en muchas bases de datos clínicos históricos.<sup>9</sup> Peralta coincide en resaltar el valor de las técnicas estadísticas contemporáneas, describiendo a los síndromes factoriales como agrupaciones naturales de síntomas como consecuencia de algún factor etiológico, y más probablemente, de un mecanismo patogénico común (16). Resta mucho por investigar siguiendo esta orientación.

Para finalizar, hacemos propias las palabras de Stagnaro cuando afirma que “las clasificaciones no tienen que ser verdaderas en un sentido platónico y probablemente no puedan serlo; sin embargo deben ser útiles. Esta utilidad puede ser científica en el sentido de generar hipótesis contrastables, o bien clínica en el sentido de influir en el manejo del paciente. Un diagnóstico tiene siempre un propósito terapéutico” (20).

---

<sup>9</sup> Clusters se refiere aquí a la forma en que ciertos síntomas muestran una mayor probabilidad estadística de encontrarse juntos. Este fenómeno puede corroborarse por la observación clínica o por métodos estadísticos. Los clusters fueron fundamentales para el desarrollo de la teoría nosológica, es decir, para ver que el conjunto de síntomas o “síndromes” reflejan la actividad de mecanismos causales específicos (2).

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. AKISKAL, H. S.; VÁZQUEZ, G. H., “Una expansión de las fronteras del trastorno bipolar: validación del concepto de espectro”, *Vertex Rev. Arg. de Psiquiat.* 2006, Vol XVII: 340-346.
2. BERRIOS, G. E., “La epistemología y la historia de la psiquiatría”, *Vertex*, 2004, Vol XV: 29-37
3. BOULLOSA, O., “Trastorno Obsesivo Compulsivo”, *Psiconeuroinmunoendocrinología*, Primera Edición, Polemos, Buenos Aires, 2002, p 279-290.
4. CÍA, A.H., “Trastorno OC y su espectro”, Editorial Apal, Buenos Aires, 2006.
5. CÍA, A.H.; “La ansiedad y sus trastornos - Manual Diagnóstico y Terapéutico”, Editorial Polemos, Buenos Aires, 2007.
6. CUESTA, M.J., PERALTA, V., “Integrating psychopathological dimensions in Functional Psychoses: a hierarchical approach”, *Schizophrenia Research* 52 (2001) 215-229.
7. ELLENBERGER, H. F., “La ilusión de una clasificación psiquiátrica”, *Vertex Rev. Arg. de Psiquiat.* 2004, Vol XV: 58-66
8. GARRABÉ, J., “Recobrar la libertad de pensamiento”, *Vertex*, 2004, Vol XV: 48-49
9. HOFF, P., “La psiquiatría como ciencia clínica – De Emil Kraepelin al neokraepelinismo”, *Vertex*, 2004, Vol XV: 42-47
10. HWANG, M.Y.; BERMANZOHN, P.C., “Esquizofrenia y patologías comórbidas - Diagnóstico y Tratamiento”, Editorial Masson, 2003.
11. KAPLAN, H.I., SADDOCK, B.J., GREBB, J.A., “Sinopsis de Psiquiatría”, 9º Edición, Editorial Panamericana, 2006.
12. LEONHARD, K., “Clasificación de las Psicosis Endógenas y su etiopatogenia diferenciada”, traducción y revisión técnica de la 7º Edición alemana (1995), Polemos, 1999.
13. MARIETÁN, H, “Semiología Psiquiátrica”, Editorial Ananké, Tercera edición, Buenos Aires, 2005.
14. MÁRQUEZ, M., “Acerca de un caso de acopio, acumulación o hoarding”, *Revista Clepios*, Julio -Octubre 2007, Nº2 Vol XIII, p 69.
15. MARTIS, B.; KEUTHEN, N.; WILSON, K.; JENICKE, M., “Trastorno Obsesivo-Compulsivo”, *Manual Clínico de los Trastornos de Ansiedad*, Fascículo II, *Ars Médica*, 2006, p 101-137.
16. PERALTA, V., “Estamos anclados en sistemas nosológicos caducos”, *Vertex*, 2004, Vol XV:67-72

17. PERALTA, V., CUESTA, M.J., "The underlying structure of diagnostic systems of Schizophrenia: a comprehensive polydiagnostic approach", *Schizophrenia Research*, 79 (2005) 217-229.
18. ROSSO, A., "Trastorno Obsesivo Compulsivo", *Tratado de Actualización en Psiquiatría*, Sciens Editorial, 17º Edición, Buenos Aires, Mayo 2008.
19. SOLER CATÁ, V., "La dimensión TOC: una aproximación al estudio de su ubicación nosológica", *Rev Psiquiatría Fac Med Barna* 2000; 27 (6): 347-356.
20. STAGNARO, J.C., "Nosografías en psiquiatría", *Introducción a la psiquiatría*, Polemos, 3º Edición, Buenos Aires, 2006, p 171-190.
21. TORO MARTÍNEZ, E., "Formas psicóticas del Trastorno Obsesivo-Compulsivo", *Revista Alcmeon - Año XII*, vol 10, N°2, septiembre de 2001.
22. UCHA UDABE, R., FERNÁNDEZ LABRIOLA, R., "Introducción a la Nosología Psiquiátrica – Una aproximación neuropsicofarmacológica", *Cangrejal Ediciones*, 1º Edición, Buenos Aires, 1998.
23. VÁZQUEZ, G., "Trastornos del Estado de Ánimo: Depresión y Bipolaridad", *Polemos*, Primera Edición, Buenos Aires, 2007.
24. YARURA TOBÍAS, J.A.; NEZIROGLU, F., "La epidemia oculta – Trastorno Obsesivo Compulsivo", *Cangrejal Editores*, Buenos Aires, 1994.