

- Los fármacos que aumentan la biodisponibilidad de serotonina conducen a una regulación descendente de los receptores.
- Esto explicaría algunas exacerbaciones sintomáticas de los primeros días de tratamiento y el prolongado tiempo de latencia.

Existe mucha investigación que apoya a la hipótesis serotoninérgica como los estudios de 5-HT en plaquetas (Flament y col., 1987) y su correlación con la sintomatología. Estudios más recientes realizados por Joseph Zohas con el agonista serotoninérgico mCPP demostraron agravamiento transitorio de los síntomas mientras que en pacientes en tratamiento con clomipramina no se da la respuesta conductual antes observada.

Otros estudios que apoyan estas hipótesis son los de la metergolina, un antagonista de 5-HT, que provoca un agravamiento de la sintomatología luego de mejoría con clomipramina (Bekenfalt, 1989). Dentro de los estudios con relación a serotonina se ha llegado a identificar y directamente relacionar con el TOC al receptor 5-HT_{1D} el cual como autorreceptor inhibe la liberación de serotonina.

La administración de sumatriptán, un agonista de 5-HT_{1D}, se asocia con exacerbación transitoria de síntomas de TOC en el 50% de los pacientes (Zohan, 1996) y es una de las más prometedoras sustancias en el tratamiento de casos refractarios a tratamiento convencional.

Dopamina y TOC

La evidencia de la participación de dopamina en el TOC, surge de la participación de este neurotransmisor en patologías como Gilles de la Tourette, en la cual el 30% de los pacientes presentan síntomas de TOC. Además, se ha demostrado un agravamiento de los síntomas de TOC con agonista DA.

Otros estudios demuestran la asociación de TOC y trastornos motores como parkinson postencefálico, en el cual existe un probable disbalance contrarregulatorio entre 5HT/DA.

Algunos investigadores y clínicos apuntan también a la coexistencia de esquizofrenia y TOC en lo que se ha propuesto llamar trastorno esquizoobsesivo, del cual existirían gradaciones, entre las que sobre salen, por un lado, un cuadro con franca presentación psicótica de tipo esquizofrenia en el que además se suman síntomas obsesivo-compulsivos y del otro lado del espectro estaría un cuadro claramente obsesivo-compulsivo al que se añaden síntomas psicóticos.

REUBICACIÓN DEL TOC DENTRO DEL CONCEPTO DE "ESPECTRO"

Dr. Otto Dörr Zegers (Chile)

En los últimos años se ha hecho más y más frecuente el empleo en psiquiatría del concepto de "espectro" que viene a subrayar una antigua observación clínica en el sentido de que los síndromes psicopatológicos no se presentan como entidades claras e independientes sino por el contrario con múltiples transiciones entre ellos.

No es indiferente para el resurgimiento de la teoría del espectro el hecho de la constatación cada vez más frecuente de comorbilidad. En lo que se refiere al TOC los clásicos trabajos de Rasmussen (1984-1989) han demostrado una comorbilidad del trastorno obsesivo-compulsivo primario y la depresión mayor del 31% en un corte transversal y del 67% en un corte longitudinal. La comorbilidad con fobia simple es del 22%, con fobia social del 18%, con trastorno de apetito 17% y por último, con crisis de pánico el 12%. Todas estas cifras aumentan en alrededor de un 30% si el método empleado para la obtención de los datos no es sólo una entrevista semiestructurada, sino la aplicación del cuestionario SADS. El problema de la relación dentro de estas dos formas tan fundamentales del enfermar humano como son la depresión y la obsesividad se aplica al constatar que también aparecen síntomas obsesivos secundarios en depresiones monopolares consideradas como primarias y esto en una proporción no despreciable: 16%. Otro estudio interesante es el llevado a cabo por Cset (1995) en: 108 pacientes con un síndrome depresivo evidente y en el cual puede demostrar que sólo en el 12% el síndrome se había presentado en forma pura mientras en el 88% restante el fenómeno obsesivo aparecen asociados a un síndrome fóbico (13%) a un trastorno de personalidad severo (15%), a enfermedades psicosomáticas en sentido estricto (26%) y a síndromes funcionales, también llamados somatomorfos (32%). Si se toma sólo el grupo de la comorbilidad con cuadros psicosomáticos (el 26% mencionado), casi la mitad de ellos (12% del total de la muestra) corresponde a la asociación con trastornos del apetito mientras la otra mitad se distribuye entre torticolis, úlcera gastroduodenal y asma bronquial. Es interesante destacar en este estudio la distribución por sexos: la mayoría de las mujeres presentaban asociación de síndrome obsesivo-compulsivo y trastornos del apetito, mientras que a la inversa, casi todas las asociaciones con cuadros motores ocurrían en hombres.

Pero la comorbilidad del trastorno obsesivo compulsivo se extiende aún más allá de las depresiones, fobias y cuadros psicósomáticos. También hay comorbilidad importante con esquizofrenia, con enfermedades neurológicas como Gilles de la Tourette, con trastornos del control de los impulsos, como la tricotilomanía o la cleptomanía y hasta con adicciones. En todo caso, el carácter ubicuo de ambas manifestaciones del padecer psiquiátrico han hecho cuestionar más de una vez el concepto de enfermedad en psiquiatría. Ahora, sin duda que el concepto de espectro es un progreso con respecto a la mera constatación de comorbididades, con el caos semántico consiguiente, pero todavía no es suficiente para ser fieles a la compleja realidad clínica y establecer una mínima claridad metodológica. Un caso extremo de aplicación de la idea del espectro es el caso de los autores Hollander y Wong (1995), quienes proponen un gráfico del espectro obsesivo en el cual aparece un círculo central, que corresponde al trastorno obsesivo compulsivo rodeado por ocho círculos pequeños que interceptan en toda su extensión el círculo mayor y que representan las distintas comorbididades. En la parte del círculo pequeño que queda fuera del círculo mayor va el nombre de la enfermedad o categoría más general (esquizofrenia, trastorno del apetito, trastorno de los impulsos, enfermedad neurológica etc.) y en la parte interna del círculo, la que está a su vez dividida en secciones, van las distintas formas de presentación de esta comorbilidad ya sea en forma de síndrome o de mero síntoma.

Si uno quisiera determinar los elementos esenciales que el DSM IV definen un síntoma como obsesivo tendría que quedarse con los siguientes:

1. Lo repetitivo se trata siempre de pensamientos, impulsos, imágenes o acciones recurrentes.
2. Lo forzado en el DSM IV se habla del carácter "intrusivo" y del hecho que siempre causan malestar al enfermo.
3. Lo egodistónico: en algún momento de la evolución el paciente reconoce que las obsesiones o compulsiones son excesivas o poco razonables (antiguo criterio de la conciencia del carácter absurdo de los síntomas obsesivo compulsivos).

Si definimos la obsesividad de esta manera no nos queda otra cosa que aceptar la comorbilidad múltiple y la existencia de un espectro obsesivo tanto en un sentido amplio como en un sentido restringido. Porque sucede que los tres elementos mencionados pueden estar presentes en los marcos de los síntomas de

aparición obsesiva de los esquizofrénicos, de las anoréxicas o de los enfermos de Gilles de la Tourette. Intentemos penetrar más en profundidad en el fenómeno obsesivo propio de la neurosis (o trastorno) obsesivo compulsivo, para ver si desde ahí podemos aclarar la relación entre las obsesiones "verdaderas" y las pseudoobsesiones que aparecen en el resto de los cuadros psicopatológicos.

En primer lugar, habría que decir que las obsesiones verdaderas tienen un argumento (sexual, agresivo, religioso, etc.) que no es absurdo en sí mismo, siendo lo que perturba al paciente el hecho que este tema se margine del dominio de su voluntad. El ejemplo más claro de ello es el lavado de manos. El lavarse las manos, incluso más de una vez, cuando se ha estado en contacto con algo sucio, es perfectamente razonable. Es la repetición no sólo del acto compulsivo, sino de la obsesión misma (se repite la idea de haberse contaminado de nuevo en forma inadvertida) lo que transforma a esta secuencia en patológica. Pero no basta la repetición para que algo pertenezca al mundo del obsesivo, por cuanto ésta también se presenta en las estereotipias y en los tics. Al fenómeno obsesivo también le es inherente la duda, la búsqueda infructuosa de la certeza absoluta acerca de lo realizado o pensado y que excluya toda posibilidad, por mínima que sea, de negligencia o de error. Recordemos que Jules Falret (1854) llamó a esta enfermedad "la locura de la duda". Por último, el fenómeno obsesivo compromete la existencia entera del paciente y en este sentido se asemeja a los cuadros endógenos. Una forma de aprehender esta perturbación de la totalidad es el estudio de dimensiones antropológicas fundamentales, como sería en el caso de la espacialidad y de la temporalidad. Nos detendremos en la descripción del espacio y del tiempo obsesivos.

La espacialidad de la obsesión en el trastorno obsesivo compulsivo el espacio se torna estrecho e invasor, pero de una manera bastante más compleja que en las fobias. Es un conjunto de objetos vinculados entre sí por un significado común y que se emancipan del resto de los objetos del mundo atrapando toda la atención del paciente hasta el punto de paralizarlo. En segundo lugar, el significado común está limitado a algunos temas muy precisos como son la suciedad, el desorden, la descomposición y los temas relacionados, como por ejemplo, la impureza, la putrefacción, el caos.

El paciente obsesivo no percibe el campo real de interconexiones al que pertenecen en realidad el o los obje-

tos que ocupan su atención. Una paciente nuestra pasaba horas ordenando su ropa interior al desvestirse en las noches y el resto del día controlando la limpieza y el orden de las sábanas en el armario. Aquí vemos cómo la ropa interior y las sábanas desde su significación biográfica que no es del caso de tallar acá, se emancipan del resto de los objetos, sufren un proceso de inflación e invaden su espacio vital oprimiéndola. Ella sabía que las sábanas estaban limpias y que su ropa interior ya había sido suficientemente ordenada, sin embargo, no podría sino revisarlas una y otra vez, porque en ese momento sólo existían para ella esos objetos y todo el resto del mundo se había retirado a una suerte de penumbra, de trasfondo sin importancia. Al producirse la mencionada invasión del espacio obsesivo por los objetos, el paciente procura restablecer esa distancia salvadora a través del ritual, ese acto, para el resto carente de sentido, que se repite una y otra vez en forma idéntica.

La temporalidad de la obsesión

La repetición aparece también como un rasgo esencial de la obsesividad en los modernos sistemas de clasificación y diagnóstico. Está apuntando a una profunda alteración de la temporalidad de la existencia misma. Pierre Janet (1919) afirmaba que el fenómeno fundamental del enfermo "psicasténico" (equivalente al neurótico obsesivo) era su incapacidad para revisar "*l'acton terminaison*", el acto de terminar algo, pues cada acto humano debe ser terminado, abolido, para poder dar paso a otro. El paciente obsesivo no es capaz de pasar de un acto a otro sino que se queda atrapado siempre en el mismo acto de ordenar, lavarse, contar, revisar, etc. Pero al mismo tiempo, esta repetición indefinida de los actos obsesivos nos está mostrando que su temporalidad no es lineal y ascendente, como lo es la de la vida humana normal, si no circular. El tiempo del obsesivo gira en torno al mismo punto, con lo cual desaparece tanto la esperanza (en la relación con el futuro) como la fe (en la relación con el pasado).

El ritual obsesivo gira "profanamente" en torno al acto de defenderse de la presencia invasora de un solo aspecto de la realidad, el que, por motivos biográficos, se ha emancipado del contexto global, adquiriendo una suerte de crecimiento tumoral. El enfermo obsesivo, atrapado como está en su temporalidad circular, en ese tiempo detenido en el que vive su ritual, se torna paradójicamente incapaz de trascender la transitoriedad.

Las consideraciones anteriores valgan como un ejemplo de lo que podría ser una aproximación al "fenómeno" obsesivo y no a esa manifestación más externa, que es el síntoma. De paso podremos llevar alguna claridad a este en apariencia novedoso asunto de la comorbilidad las que muchas veces más parecen representar un problema semántico que un problema real.

INSTRUMENTOS DE DIAGNÓSTICO NEUROIMÁGENES. ESCALAS DE ESTADIFICACIÓN

Dr. Márcio Antonini Bernik (Brasil)

Pocas patologías en psiquiatría presentan un deterioro funcional y sufrimiento comparable al trabajo fútil y repetitivo de nuestros pacientes con trastorno obsesivo compulsivo. Por otro lado, nuevos medicamentos como inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina sumados a las técnicas psicoterapéuticas más específicas, como las basadas en exposición y anticipación de respuesta, cambiaron el pronóstico, anteriormente desfavorable, de estas situaciones.

Hasta hace poco, la evaluación del tratamiento del TOC era perjudicada por la inexistencia de buenos instrumentos para confirmación diagnóstica y para la evaluación de la efectividad de los tratamientos disponibles.

En relación a los instrumentos diagnósticos existen traducciones validadas tanto en castellano como en portugués de instrumentos basados en la estructura nosográfica del ICD-10 (instrumento CIDI) y del DSM-IV (SCID-IV). Existen pocas diferencias conceptuales entre los dos documentos, que basan el diagnóstico en la presencia de obsesiones (pensamientos, ideas, impulsos o imágenes recurrentes intrusivas y generadoras de ansiedad) y compulsiones (actos o pensamientos voluntarios como intento de mitigar la ansiedad asociada a las obsesiones). Otros síntomas como indecisión, dificultades de concentración, ansiedad psíquica, humor depresivo y dificultades valorativas que son evaluadas con instrumentos de estadificación de gravedad como la *Comprehensive Psychopathological Rating Scale-OCD* no forman parte de los síntomas necesarios para el diagnóstico, más allá de que estén, casi invariablemente, presentes en todos los pacientes. Instrumentos para evaluación psicopatológica como el PSE9 y 10, tienen un uso limitado debido a la necesidad de entrenamiento específico complejo.

En comparación con las escalas para evaluación de gravedad de síntomas depresivos o de ansiedad generalizada que existe desde los años 50 (1959 escala de