

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 detallar 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. Marcio 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

Hamilton para ansiedad) las escalas para la evaluación de síntomas obsesivos y compulsivos son de desarrollo más reciente, como *Leyton Obsessional Inventory* (Cooper, 1970) o *Maudsley Obsessive Compulsive Inventory* (1980) y la *Vale Brown Obsessive Compulsive Scale* (Goodman, 1989). Los dos primeros son inventarios de autoevaluación contruidos para estudios epidemiológicos y enfocan sobre rasgos de personalidad, aspectos puramente comportamentales. Por otro lado la Y-BOCS es una escala de evaluación de síntomas construida con el objetivo de ser sensible a cambios debidos a tratamientos y fue adoptada como instrumento patrón en la evaluación de resultados terapéuticos en ensayos clínicos.

En relación a las neuroimágenes, a procedimientos de laboratorio y experimentales para la evaluación del paciente con TOC desde 1993 (Baxter y col.) se han utilizado medidas funcionales (PET y SPECT) para observar cambios desde el estado basal, después de exposición a un objeto fóbico, durante tests farmacológicos activadores y finalmente cambios inducidos por tratamiento farmacológico o comportamental. Lamentablemente los resultados todavía no llevan a conclusiones definitivas.

## TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO REVISIÓN HISTÓRICA

Dr. Alfredo Cia (Argentina)

Hasta 1980, fecha en que el TOC fue reconceptualizado por el DSM-III de la APA, era considerado una enfermedad bastante rara y había pocas investigaciones sobre su tratamiento farmacológico, limitadas a algunas experiencias clínicas con clomipramina.

Actualmente se considera que la clave para el tratamiento farmacológico efectivo de esta enfermedad es la utilización de fármacos que sean potentes inhibidores de la recaptación de serotonina. En este sentido, tanto los inhibidores selectivos de la recaptación de la 5-HT (ISRSs), como la clomipramina (un inhibidor no selectivo), han sido investigados extensamente y hay numerosas evidencias de su eficacia como agentes antiobsesocompulsivos.

Ultimamente se habla de un espectro de enfermedades relacionadas al TOC, que presentan síntomas compartidos y una base neurobiológica común, con algunas variantes en cuanto al compromiso de las áreas y circuitos de neurotransmisión involucradas en su patogenia.

Es importante la detección precoz de la enfermedad, dado que hay una demora promedio de 15 años entre el inicio de la misma y el llegar a un diagnóstico y tratamiento efectivos. La mayoría de las investigaciones indican que se necesitan dosis mayores para el tratamiento TOC que la dosis antidepressiva común o estándar. En consecuencia, el tratamiento de elección tiene que tener en cuenta el perfil de tolerabilidad y el riesgo de potenciales efectos adversos del fármaco seleccionado, dado que la administración debe ser a largo plazo, como mínimo dos a tres años y en los casos severos de por vida. En este aspecto los ISRSs como grupo se ven favorecidos respecto a la clomipramina, un fármaco que si bien es igualmente eficaz, es menos tolerable por sus potenciales efectos adversos cardiovasculares y digestivos debido a su acción anticolinérgica. La atención actualmente está localizada en la necesidad de detectar cuál es entre los ISRSs el fármaco más seguro para el tratamiento a largo plazo, dado que se trata de una condición crónica y debilitante.

Diversos estudios a uno y dos años han demostrado que la mejoría puede continuar a lo largo de meses durante el tratamiento con ISRSs. Se debe tener en cuenta que la latencia para el inicio del efecto terapéutico, generalmente oscila entre uno y dos meses, pero se debe considerar que entre el 15 y el 20% de los pacientes responden solamente luego de un tratamiento de varios meses.

Algunos estudios de seguimiento, por ejemplo con sertralina, han demostrado que su respuesta frente al placebo en condiciones doble ciego, es notoriamente superior y que la misma puede mantenerse y ser mejorada, si el tratamiento es continuado a largo plazo.

Las evidencias con estudios compartidos sugieren que un tratamiento óptimo para las formas severas y crónicas del TOC requieren una continuación del mismo de manera indefinida, implementando terapias farmacológicas y comportamentales.

La enfermedad se inicia en promedio, a mediados o al fin de la adolescencia y hay que considerar que un tercio de los casos son de inicio infantil. Los niños responden muy bien al tratamiento a dosis similares a las del adulto. El TOC se complica frecuentemente con depresión. La depresión mayor, a lo largo de la vida tiene una comorbilidad con el TOC de entre el 60 y 80%. En estos casos no deben usarse antidepressivos convencionales, sino usar un ISRS. El tratamiento debe ser iniciado tan pronto como sea posible y debe ser continuado para