

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 patología.

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

mantener las ganancias obtenidas. El TOC responde lentamente al tratamiento y la mejor respuesta se ve en aquellos que tienen continuidad con el fármaco, para ello el médico debe brindar apoyo e información al afectado y sus allegados. En muchos casos la respuesta al tratamiento es incompleta, pero la mejoría se observa en la reducción de horas diarias y en la intensidad de los rituales y obsesiones. Esto aporta un considerable alivio y mejora considerablemente la calidad de vida.

Entre los ISRSs, la fluoxetina fue efectiva en estudios controlados a dosis altas de 60 a 80 mg. La paroxetina en dosis de 40 a 60 mg, la sertralina en dosis de 50 a 200 mg y la fluvoxamina en dosis similares a la de clomipramina de 150 a 250 mg. Esta última, es considerada por su pobre tolerabilidad, un tratamiento de segunda línea.

Comparando a los ISRSs entre sí a la sertralina presenta ventajas diferenciales debido a la potente inhibición de las isoenzimas del CYP450 2D6 que presentan la fluoxetina y la paroxetina, lo que vuelve no recomendable su coadministración con numerosos fármacos.

La fluvoxamina es incompatible con diversos medicamentos (terfenadina, astemizol, teofilina, propanolol) y su uso impone restricciones dietéticas respecto al café, té y mate. Dado que la farmacoterapia debe ser a largo plazo deben ser consideradas estas potenciales interacciones con fármacos de uso clínico común y alimentos.

Un tratamiento concomitante con terapia comportamental, permite afianzar la mejoría al actuar de manera sinérgica con los fármacos administrados.

## TERAPIA COGNITIVO-CONDUCTUAL

*Dr. Héctor Pinedo (México)*

El tratamiento cognitivo-conductual de los pacientes obsesivo-compulsivos se basa fundamentalmente en dos procedimientos: 1) La exposición y 2) La prevención de respuesta. El primero implica la exposición progresiva a todas las situaciones de evitación que el paciente ha generado y la exposición voluntaria a los estímulos fóbicos, incluidos los pensamientos. El segundo procedimiento se refiere a evitar la realización de rituales que inicialmente reducen el malestar del paciente y que al igual que la evitación y la huida, impiden el aprendizaje de mecanismos de afrontamiento adaptativo. Como prerrequisito, para lograr lo anterior se

debe haber realizado un análisis detallado de la sintomatología obsesivo-compulsiva que debe incluir intensidad, duración y frecuencia y que funcionará además, como línea base en el análisis del progreso. Las sesiones inicialmente se recomiendan desde una a tres veces por semana y con una duración de una o dos horas, pudiendo alargarse hasta tres, si es necesario. Los avances suelen ser muy significativos a partir de la segunda o tercera semana, cuando contamos con la colaboración del paciente y de la familia, ya que ésta por lo general participa involuntariamente en el mantenimiento y refuerzo de las obsesiones y compulsiones del paciente (por ejemplo ayudándole a verificar o contar o realizando por ello conductas que los pacientes evitan llevar a cabo). Por lo anterior, es necesario explicar detalladamente al paciente y a la familia los fundamentos terapéuticos y elaborar expectativas realistas poniendo énfasis en la responsabilidad del paciente, en llevar a cabo las tareas y retos del procedimiento terapéutico. Con el fin de poder facilitar la cooperación del paciente con la exposición, es necesario que el terapeuta tenga la disposición de modelar las conductas que espera que el paciente realice bajo el principio de "Nunca te pediré hacer algo que yo no esté dispuesto a realizar" y reforzar positivamente los logros del paciente sobre las tareas que ejecuta.

## ACCIONES PARA DETECCIÓN Y TRATAMIENTO PRECOZ. PROGRAMAS SANITARIOS

*Dr. Alberto Bertoldi (Argentina).*

Existen antecedentes de descripciones sintomatológicas compatibles con el cuadro que hoy llamamos trastorno obsesivo compulsivo desde tiempos remotos, como Malleous Maleficorun (Alta Edad Media) o Lady Macbeth (Shakespeare, siglo XVII).

La primera descripción clínica es de Esquirol (1838), más tarde Falret describe lo que llamó *Folie de doute* y *Folie de toucher*. Griesinger en Alemania publica un cuadro compatible con el TOC que él llamó Grubersucht. Pero es mérito de Carl Westpahl, profesor de Psiquiatría en Berlín (1877), la descripción fenomenológica del cuadro clínico remarcando su inicio temprano, la evolución crónica y el ocultamiento de los síntomas por parte de quien los sufre.

En 1909 Pierre Janet pone énfasis en los mecanismos psíquicos de las obsesiones y desarrolla técnicas para el control de éstas y de las compulsiones con una metodología similar a las modernas terapias conductuales.