

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 de dos 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 Maleficorum (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 Westphal, 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.