

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 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.

El mismo año Freud describe su hipótesis de la elaboración intrapsíquica de las obsesiones en el análisis psicoanalítico de un caso (El Hombre Rata). Aunque sus teorías generaron entusiasmo, el mismo Freud reconoció en 1925 que el TOC no podía ser controlado por el psicoanálisis.

El pesimismo terapéutico continuó hasta que en 1967 Fernández Córdoba y López Ibor publicaron por primera vez los efectos beneficiosos de la clomipramina.

Hasta hace 10 años la verdadera prevalencia e incidencia epidemiológica del TOC no se conocía. El cuadro clínico aparecía como infrecuente pues estaba limitado a las patologías manifiestas más graves. Hoy día, gracias al mejor conocimiento adquirido, a los estudios epidemiológicos y a la difusión por los medios, se ha comprobado la real dimensión del fenómeno que afecta del 1,8 al 2,3% de la población.

Los avances de las neurociencias y, especialmente, el desarrollo de las imágenes funcionales del cerebro han permitido detectar áreas disfuncionales especialmente en los ganglios o núcleos de la base y en regiones suborbitarias del lóbulo frontal.

Ya von Economo había descrito lesiones de los núcleos basales, especialmente el caudado con su correlato sintomático de síntomas obsesivo-compulsivos, como secuela de la epidemia de encefalitis que azotó al mundo en 1920-1921.

Otras lesiones específicas, tumorales, vasculares, tóxicas, etc. de los núcleos de la base generan síntomas obsesivo-compulsivos.

Recientemente, se ha demostrado la acción inmunológica generada por la infección y agresión estreptocócica, la generación de alteraciones cerebrales con disfunción y la aparición subsiguiente de sintomatología de TOC.

El otro hito importante fue la beneficiosa acción del control de los síntomas obsesivo-compulsivos por los agentes inhibidores de la recaptación de serotonina.

Diversas hipótesis fisiopatológicas han sugerido de estos dos hallazgos las disfunciones de áreas cerebrales y el efecto beneficioso de los ISRS.

Un punto importante en la fenomenología y la clínica del TOC es, como ya lo había visto Westphal, el ocultamiento que por mucho tiempo hace el paciente de su sintomatología, lo que hace dificultoso el temprano reconocimiento. Otro es la concurrencia de patologías que casi siempre acompañan al TOC y que muchas ve-

ces son las que motivan la consulta o aparecen como el principal motivo de queja o malestar:

- Depresión
- Ataques de pánico
- Fobias
- Fobia social
- Trastornos de la alimentación
- Trastornos de la personalidad
- Trastorno somatomorfo
- Dismorfia corporal

Como se ve, amplia es la gama de patologías concurrentes que acompañan al TOC y muchas veces los síntomas de éstas son los que motivan la consulta, quedando el TOC como patología oculta.

Afortunadamente, gracias al conocimiento de la enfermedad que se ha logrado a través de los medios de difusión como películas (Mejor, imposible), casos de la literatura, etc., la verdadera magnitud epidemiológica de la enfermedad está saliendo a la luz.

Otro aspecto importante es la aparición de síntomas obsesivos en otras patologías - como la esquizofrenia - y que constituye un complejo sintomático de esta enfermedad. Finalmente, el criterio de espectro que abarca los opuestos dialécticos de la obsesividad y la impulsividad constituyendo ambos síntomas, puntos opuestos de un *continuum* en donde se engloban numerosas patologías de seria y vigente actualidad como los trastornos de alimentación, juegos patológicos, trastorno de la personalidad *borderline*, delinquentes sexuales, pirómanos, etc. Debemos realizar serios estudios clínicos para sistematizar y poner orden en este fascinante fenómeno dialéctico que la clínica nos da.

No existen dudas que los agentes inhibidores de la recaptación de serotonina, han abierto un nuevo rumbo en el control de los agobiantes y muchas veces incapacitantes síntomas del TOC.

Dadas las cardinales propiedades de eficacia y seguridad de los ISRS, estos fármacos constituyen hoy día los agentes de primera elección para el abordaje farmacoterapéutico del TOC.

La eficacia ha sido totalmente probada pero se debe resaltar que las dosis útiles para el control del TOC son más altas que las que usualmente se usan para controlar los síntomas depresivos y que el periodo de latencia es mucho más prolongado.

Cientos de personas que acarrean una existencia de sufrimiento y malestar, han visto sus síntomas contro-

lados por estas nuevas moléculas, producto de la investigación y el diseño específico para lograr su acción en un sitio puntual, dentro de la compleja bioquímica cerebral.

El otro agente terapéutico útil lo constituye la Terapia Cognitiva Conductual. Esta terapia, con técnicas específicas de modificación conductual, diseñadas para el control de las obsesiones y compulsiones, es particularizada individualmente para cada caso.

Es importante resaltar que junto con el alivio y control sintomático, la eficacia de ambos agentes terapéuticos se ha evaluado por modificaciones de las disfunciones cerebrales objetivadas por el SPECT.

En casos invalidantes severos en donde el sufrimiento es insopportable, se han practicado con cierto éxito procedimientos neuroquirúrgicos como la cingulectomía esterotáxica. La decisión final de usar este recurso extremo debe ser avalada por la interconsulta y el Comité de Bioética de la institución donde se practique.

En consecuencia, con lo hasta aquí expuesto consideramos que la Comunidad Psiquiátrica Latinoamericana debe sugerir planes de acción para ayudar a quienes sufren los efectos de esta patología muchas veces oculta.

Deberán implementarse planes de difusión masiva con la cooperación de los medios de comunicación, con un mensaje claro, solidario y ético para sacar a la luz el ocultamiento sintomático.

Los principios básicos de la Bioética más la responsabilidad ética del comunicador evitarán actitudes de propaganda individual y propulsarán la creación de un mensaje útil para la comunidad. Deberán implementarse programas educacionales para permitir que los clínicos descubran el TOC por debajo de las patolo-

gias concurrentes que muchas veces son las más manifiestas en su presentación sintomatológica.

Se deberán implementar todos los medios para que la población tenga acceso a los ISRS, dado que constituyen los agentes de primera elección.

Debe remarcarse que los serios estudios farmacoeconómicos realizados muestran que el costo de estos nuevos fármacos no es tan alto o es más barato cuando se tienen en cuenta los costos indirectos de la enfermedad.

Deberán implementarse programas para la formación de terapeutas conductuales capacitados para enfrentar las complejidades sintomáticas del TOC.

Debe recordarse que aunque el 80% de los pacientes con TOC muestra alguna respuesta terapéutica favorable solamente un 60% experimenta una respuesta adecuada. Como se ve, es alto el porcentaje donde los síntomas permanecen activos.

Es deber de los psiquiatras acompañar a estos enfermos graves usando todos los recursos terapéuticos existentes.

Otra necesidad para nuestro medio es el desarrollo de escalas sintomáticas evaluativas, validadas culturalmente de acuerdo a las pautas sociales que impone la cultura.

Finalmente debemos ser conscientes que el TOC constituye uno de los fenómenos más complejos de la psicopatología y en donde las disfunciones biológicas son más fuertes, dado que el efecto placebo es nulo o inexistente. Por esta razón se deberá apoyar la investigación en esta área con la esperanza de que las nuevas tecnologías incorporadas permitan ir desentrañando los múltiples y aún oscuros mecanismos de la fisiopatología de esta enfermedad.