

# Calidad de vida en el TOC resistente

I. Garrido Ribas, M.J. Martín Martín, J. Gascón Barrachina, P.A. Soler Insa

## Resumen

*El objetivo de este artículo es estudiar la calidad de vida de los pacientes con trastorno obsesivo compulsivo (TOC) resistente. Para obtener la medida de calidad de vida percibida se ha utilizado el cuestionario SF-36. Se han comparado los resultados con población general y con otras muestras de pacientes con patología psiquiátrica y médica. Los resultados obtenidos muestran la baja calidad de vida de los pacientes con TOC resistente respecto a la población general y también respecto a pacientes con TOC, esquizofrenia, diabetes e insuficiencia renal.*

**Palabras clave:** Calidad de vida. TOC. SF-36.

## Summary

*The aim of this study is to assess the quality of life of resistant obsessive compulsive disorder patients. We used the SF-36 survey as a measure of perceived quality of life. We compared our results with the general population and with other samples of medical disease and mental disorder patients. The results show a low quality of life in resistant OCD patients with regard to general population, and even to other OCD, schizophrenia, diabetes and renal disease patients.*

**Key words:** Quality of life. OCD. SF-36.

---

Hospital Mútua de Terrassa  
Servei de Psiquiatria i Psicologia Mèdica  
Pça. Dr. Robert, 5  
08221 Terrassa (Barcelona)

**Correspondencia:** D. Ignasi Garrido Ribas  
C/ Aribau, 212, 4t - 3a  
08006 Barcelona  
e-mail: igarrido@ageinfo.es

## INTRODUCCIÓN

El estudio de la calidad de vida es una información importante para conocer el impacto que tienen determinadas enfermedades sobre la salud general de los pacientes. La calidad de vida está cada día más presente en los diversos estudios y en especial en los que hacen referencia a las enfermedades crónicas (Bobes et al., 2001). Su estudio aporta una medida global del impacto de la enfermedad, ayuda en la toma de decisiones clínicas y evalúa el cambio después de una determinada intervención (Alonso et al., 1998). A pesar de que no existe una única definición del concepto de calidad de vida, se considera que es un constructo multifactorial que refleja el bienestar individual global, tanto físico como mental (Ware, 1992).

El trastorno obsesivo compulsivo se caracteriza por pensamientos obsesivos y/o actos compulsivos recurrentes (Vallejo et al., 1999).

Según el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM-IV), obsesiones y compulsiones se definen de la siguiente manera:

### Obsesiones

1. Pensamientos, impulsos o imágenes recurrentes y persistentes que se experimentan en algún momento del trastorno como intrusos e inapropiados, y causan ansiedad o malestar significativos.

2. Los pensamientos, impulsos o imágenes no se reducen a simples preocupaciones excesivas sobre problemas de la vida real.

3. La persona intenta ignorar o suprimir estos pensamientos, impulsos o imágenes, o bien intenta neutralizarlos mediante otros pensamientos o actos.

4. La persona reconoce que estos pensamientos, impulsos o imágenes obsesivos son el producto de su mente.

### Compulsiones

1. Comportamientos o actos mentales de carácter repetitivo, que el individuo se ve obligado a realizar en respuesta a una obsesión o con arreglo a ciertas reglas que debe seguir estrictamente.

2. El objetivo de estos comportamientos u operaciones mentales es la prevención o reducción del malestar o la prevención de algún acontecimiento o situación negativos.

El trastorno obsesivo compulsivo es un trastorno crónico e incapacitante que afecta al funcionamiento físico, psicológico y social del paciente (Koran et al., 1996). El trastorno obsesivo ha sido considerado como uno de los trastornos psiquiátricos que conlleva mayor malestar y deterioro en el paciente y, por consiguiente, una peor calidad de vida. Este deterioro es aún mayor en los pacientes con trastorno obsesivo compulsivo resistente al tratamiento, entendiéndose como tal aquellos pacientes con un mínimo de 5 años de evolución del cuadro obsesivo, periodo durante el cual no se ha obtenido el beneficio esperado ni con tratamiento farmacológico ni con tratamiento psicológico cognitivo-conductual. Una alternativa terapéutica para estos casos es la psicocirugía. El estudio de la calidad de vida en estos pacientes podría justificar todavía más el tratamiento quirúrgico.

El objetivo de este estudio es describir la calidad de vida de los pacientes diagnosticados de trastorno obsesivo compulsivo resistente. Como objetivo secundario se comparan los resultados obtenidos en nuestra muestra con los de una muestra normativa de población general española y con los de otros grupos de pacientes con patologías psiquiátricas o patologías médicas, en los que se ha valorado la calidad de vida con el mismo instrumento de medida que hemos utilizado en nuestro estudio.

## MÉTODO

### Sujetos

La muestra está formada por 32 pacientes con trastorno obsesivo compulsivo resistente, que son derivados al Servicio de Psiquiatría y Psicología Médica del Hospital Mútua de Terrassa desde cualquier centro de salud mental del estado español para valorar la conveniencia de realizar psicocirugía.

Como grupos de comparación se ha utilizado una muestra normativa de población general española, formada por 9.151 sujetos (Alonso et

---

al., 1998), dos muestras de pacientes con trastorno obsesivo compulsivo moderado-severo, formado por 60 y 36 sujetos respectivamente (Koran et al., 1996; Bobes et al., 2001), un grupo de 541 pacientes diabéticos (Ware et al., 1993), un grupo de 170 pacientes con insuficiencia renal en tratamiento con hemodiálisis (Rebollo et al., 2000), un grupo de 210 pacientes con insuficiencia renal pendientes de un trasplante de riñón (Rebollo et al., 2000), un grupo de 502 pacientes diagnosticados de depresión mayor (Ware et al., 1993), un grupo de pacientes esquizofrénicos formado por 346 sujetos (Bobes et al., 1998) y, finalmente, un grupo de 49 pacientes heroinómanos en un programa de mantenimiento con metadona (Fernández et al., 1999).

## Material

Los instrumentos utilizados fueron los siguientes:

- Ficha de recogida de datos generales, en la que se recogieron diversas variables sociodemográficas y clínicas.

- Cuestionario de Salud SF-36 (Ware y Sherbourne, 1992), diseñado para población americana, a partir de una batería de cuestionarios sobre la salud. La adaptación española fue realizada por Alonso et al. (1995). El cuestionario consta de 36 ítems que el sujeto debe responder mediante una escala de tipo Likert. Los ítems se agrupan en 8 dimensiones de salud las cuales miden aspectos de salud física y/o mental. Para cada dimensión se obtiene una puntuación de 0 a 100, de forma que una puntuación de 0 indicaría el peor estado de salud y una puntuación de 100 indicaría el mejor estado de salud. El cuestionario no dispone de puntos de corte, por lo que se hace necesario comparar las puntuaciones obtenidas en una determinada muestra con las obtenidas en un grupo normativo de referencia. A continuación se describen cada una de las dimensiones. En primer lugar existen tres dimensiones que miden específicamente aspectos relacionados con la salud física: funcionamiento físico (grado en que la salud del sujeto limita una serie de actividades físicas), rol físico (grado en que los problemas de salud física interfieren en el funcionamiento ocupacional) y dolor corporal (grado de dolor e interferencia que comporta). En segundo

lugar hay tres dimensiones que miden aspectos de salud mental: función social (grado en que la salud interfiere en la vida social), rol emocional (grado en que los problemas emocionales interfieren en el funcionamiento ocupacional) y salud mental (medida del estado anímico y afectivo del sujeto). Por último, el cuestionario contiene dos dimensiones que miden tanto aspectos de salud física como de salud mental: vitalidad (grado de energía o fatiga del sujeto) y salud general (percepción subjetiva del estado de salud y creencias sobre la propia salud). Mediante la combinación de las puntuaciones de las dimensiones anteriores se obtienen dos índices globales, uno de salud física y otro de salud mental.

- Escala Yale-Brown (Goodman et al., 1989): mide la severidad de la sintomatología obsesivo-compulsiva. Se trata de una escala heteroadministrada mediante entrevista semiestructurada que consta de 10 ítems puntuables en una escala de tipo Likert de 4 puntos, en función de la severidad de los síntomas. Los ítems miden aspectos relacionados con las obsesiones y aspectos relacionados con las compulsiones, de forma que se obtiene una puntuación para las obsesiones, una puntuación para las compulsiones y una puntuación total.

## Procedimiento

Los pacientes con diagnóstico de trastorno obsesivo compulsivo resistente son derivados a nuestro servicio desde cualquier centro de salud mental del estado español. Mediante la entrevista clínica se confirma el diagnóstico de los pacientes y se procede a la exploración de éstos, administrando una batería de pruebas, entre las cuales se encuentran las especificadas anteriormente. Para este estudio se han analizado los datos referentes a aspectos sociodemográficos, severidad del cuadro obsesivo y calidad de vida. Para comparar los datos obtenidos en nuestra muestra con los de otros grupos de pacientes, se han utilizado grupos históricos en los que se administró el mismo instrumento de medida que en este estudio.

## RESULTADOS

La tabla 1 muestra datos referentes a las va-

riables sociodemográficas y clínicas. La media de edad de los pacientes es de 32,8 años (dt=8,56), con una edad media de inicio del trastorno obsesivo de 15 años (dt=5,04) y una media de 18,74 años de evolución (dt=9,92). Los rangos obtenidos en estas variables indican que existe una amplia variabilidad entre los sujetos de esta muestra. Por otra parte, existe un predominio del sexo masculino (65,6%) y la mayoría de los sujetos son solteros (65,6%). En cuanto a la situación laboral, sólo un 3,1% se encontraba en activo en el momento de la exploración, mientras que un 31,3% no tenía ningún tipo de ingreso económico.

**Tabla 1**  
Datos demográficos y clínicos de la muestra (N=32)

	MEDIA	DESV.TÍP.
<b>EDAD</b>	32,8	8,56
<b>ESCOLAR. (años)</b>	11	3,28
<b>EDAD INICIO TOC</b>	15	5,04
<b>AÑOS EVOLUCIÓN</b>	18,74	9,92
	<b>PORCENTAJE</b>	
<b>SEXO</b>	65,6% hombres 34,5 % mujeres	
<b>ESTADO CIVIL</b>	65,6% solteros 25,0% casados 3,1% separados 6,2% desaparecido	
<b>SIT. LABORAL</b>	3,1% en activo 31,3% sin trabajo 28,1% baja temporal 12,5% pensionista 25,0% desaparecido	
<b>RESIDENCIA</b>	68,8% Barcelona 6,3% Girona 6,3% Lleida 18,8% Otros	

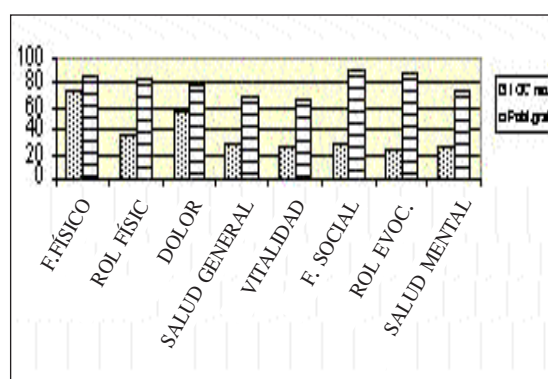
La tabla 2 recoge las medias y desviaciones típicas de las puntuaciones en la escala YBOCS. Estos datos se refieren únicamente a 18 sujetos del total de la muestra ya que esta escala sólo se administró a aquellos sujetos a los que finalmente

**Tabla 2**  
Puntuaciones escala YBOCS (n=18)

	MEDIA	DESV.TÍP.
<b>YBOCS total</b>	31,6	6,67
<b>YBOCS obs</b>	15	5,21
<b>YBOCS comp</b>	16,6	3,7

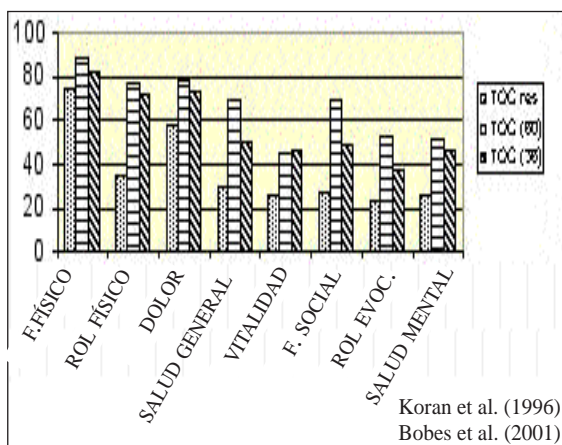
se decidió intervenir quirúrgicamente. El resto de sujetos eran descartados por la negación del paciente a la intervención o por decisión médica debido a aspectos no relacionados con el trastorno obsesivo. Teniendo en cuenta que la puntuación máxima es de 20 para las puntuaciones en obsesiones y en compulsiones, y de 40 para la puntuación total, los resultados indican que se trata de una muestra de pacientes con un trastorno obsesivo compulsivo grave.

El gráfico 1 muestra las puntuaciones obtenidas por los sujetos con trastorno obsesivo compulsivo resistente, en comparación con los datos normativos de la población general española en las 8 dimensiones del Cuestionario de Salud SF-36. Los sujetos con TOC resistente obtienen una puntuación inferior a la de la población general en todas las dimensiones del cuestionario SF-36. Esta diferencia es mayor en las dimensiones que miden aspectos de salud mental.



**Gráfico 1**  
Comparación en SF-36 entre TOC resistente y pobl. gral.

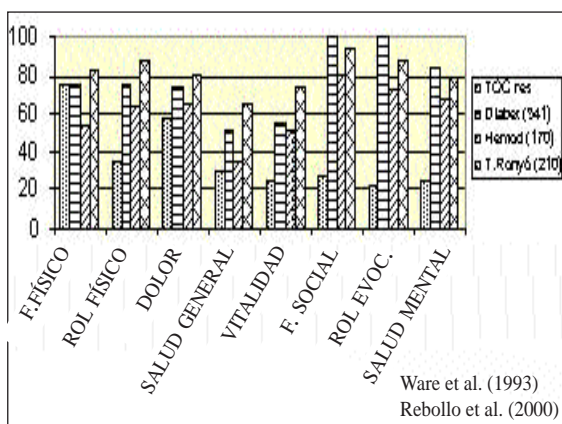
El gráfico 2 muestra la comparación de las puntuaciones en el cuestionario SF-36 entre



**Gráfico 2**  
Comparación entre TOC resistente y TOC moderado-severo

nuestra muestra de pacientes con TOC resistente y otras dos muestras de pacientes con trastorno obsesivo compulsivo moderado-severo. Como puede observarse, el grupo de TOC resistente obtiene puntuaciones inferiores en todas las dimensiones del cuestionario SF-36, siendo la diferencia mayor en las escalas de salud mental y en la escala de Rol Físico.

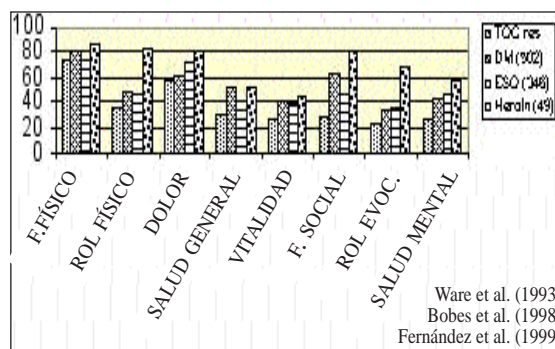
El gráfico 3 muestra la comparación de las puntuaciones obtenidas en el Cuestionario de Salud SF-36 entre los pacientes con TOC resistente y diversos grupos de pacientes con patología médica, concretamente, pacientes diabéticos, pacientes con insuficiencia renal en tratamiento



**Gráfico 3**  
Comparación entre TOC resistente y enfermedades médicas

con hemodiálisis y pacientes con insuficiencia renal pendientes de un trasplante de riñón. Los pacientes con TOC resistente obtienen puntuaciones muy inferiores a las obtenidas por los otros grupos de pacientes en las escalas de salud mental. En cuanto a las escalas de salud física, prácticamente no se observan diferencias, excepto en la escala de Rol Físico, en que el grupo de TOC resistente obtiene puntuaciones inferiores.

El gráfico 4 muestra las puntuaciones de nuestra muestra en relación a las obtenidas por grupos de pacientes psiquiátricos, concretamente, un grupo con diagnóstico de depresión mayor, un grupo de pacientes esquizofrénicos y, finalmente, un grupo de pacientes heroínómanos en mantenimiento con metadona. Los resultados indican que el grupo de TOC resistente obtiene puntuaciones inferiores a los otros grupos en las escalas de salud mental. Estas diferencias son claramente significa-



**Gráfico 4**  
Comparación entre TOC resistente y enfermedades mentales

tivas respecto al grupo de heroínómanos, mientras que la diferencia respecto al grupo con depresión mayor y con esquizofrénicos en las escalas de Vitalidad y Rol Emocional son mínimas. En las escalas de salud física, los cuatro grupos obtienen puntuaciones similares en las escalas de Función Física y Dolor, mientras que en la escala de Rol Físico el grupo de pacientes heroínómanos puntúa claramente por encima de los otros grupos.

## DISCUSIÓN

El análisis de los resultados obtenidos por los pacientes con TOC resistente en cuanto a calidad

de vida percibida, comparados con población general, nos permite concluir que las áreas en que los sujetos con TOC resistente presentan mayor deterioro son Función Social y Rol Emocional, indicando que los pacientes con TOC resistente presentan problemas emocionales importantes que interfieren en su funcionamiento ocupacional y social. Estos pacientes también perciben una baja salud general y mental, así como una falta de vitalidad. Cabe señalar que también existe una diferencia significativa en la dimensión de Rol Físico, lo cual indica que estos pacientes perciben que su salud física también interfiere en su funcionamiento ocupacional. Por otra parte, existe una diferencia menor entre los pacientes con TOC resistente y la población general en las escalas de Funcionamiento Físico y Dolor Corporal. Por lo tanto, los datos indican que los pacientes con TOC resistente presentan una calidad de vida claramente inferior a la población general.

Al comparar los resultados obtenidos en nuestra muestra con los obtenidos en otros dos grupos de pacientes con trastorno obsesivo-compulsivo moderado-severo, los resultados indican que el grupo de TOC resistente presenta mayor deterioro en su funcionamiento ocupacional y social, más problemas emocionales y mayor fatiga que los pacientes con TOC moderado-severo.

Por otra parte, la comparación entre los resultados de nuestra muestra y los obtenidos en grupos de pacientes con algún tipo de enfermedad médica, indica que existe una calidad de vida claramente inferior en los pacientes con TOC resistente en cuanto a aspectos de salud mental, mientras que la salud física percibida es similar. En cambio, al comparar nuestros resultados con los obtenidos en otras muestras de pacientes psiquiátricos se observa que el grupo de TOC resistente percibe tener una salud mental inferior, aunque esta diferencia es menor respecto a los grupos de pacientes con depresión mayor y esquizofrenia. La salud física percibida por los cuatro grupos de pacientes es similar en las escalas de Función Física y Dolor, mientras que en la escala de Rol Físico el grupo de TOC resistente obtiene una puntuación ligeramente inferior a los otros grupos.

En resumen, nuestra muestra de pacientes con TOC resistente presenta una calidad de vida infe-

rior a la de los otros grupos de comparación. Estas diferencias son evidentes en las escalas que miden aspectos de salud mental, si bien la diferencia es menor al compararlos con grupos de pacientes psiquiátricos. En cuanto a salud física, las diferencias son menores, aunque en la escala de Rol Físico el grupo de TOC resistente obtiene puntuaciones inferiores. Esto indica que los pacientes con TOC resistente perciben que su funcionamiento ocupacional y social se ve alterado no sólo por problemas emocionales sino también por aspectos de salud física.

Queda demostrado lo que la observación clínica ya nos sugería, los pacientes con trastorno obsesivo compulsivo son los que más sufren, viven peor y por lo tanto tienen una calidad de vida más baja, tanto si los comparamos con pacientes que padecen patologías médicas como con pacientes con otras patologías psiquiátricas.

## BIBLIOGRAFÍA

1. **Alonso J, Prieto L, Antó JM.:** La versión española del SF-36 Health Survey (Cuestionario de Salud SF-36): un instrumento para la medida de los resultados clínicos. *Med Clin* 1995; 104: 771-6.
2. **Alonso J, Regidor E, Barrio G, Prieto L, Rodríguez C, de la Fuente L.:** Valores poblacionales de referencia de la versión española del Cuestionario de Salud SF-36. *Med Clín* 1998; 111(11): 410-416.
3. **American Psychiatric Association:** Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales, IV edición (DSM-IV). Barcelona: Masson, 1995.
4. **Bobes J, Gutiérrez M, Gibert J, González MP, Herraiz L, Fernández A.:** Quality of life in schizophrenia: long-term follow-up in 362 chronic Spanish schizophrenic outpatients undergoing risperidone maintenance treatment. *Eur Psychiatry* 1998; 13: 158-63.
5. **Bobes J, González MP, Bascarán MT, Arango C, Sáiz PA, Bousoño M.:** Quality of life and disability in patients with obsessive-compulsive disorder. *Eur Psychiatry* 2001; 16: 239-45.
6. **Fernández JJ, González G, Portilla MP, Sáiz PA, Gutiérrez E, Bobes J.:** Calidad de vida y severidad de la adicción en heroínómanos en mantenimiento prolongado con metadona. *Adicciones* 1999; 11: 43-52.
7. **Goodman WK, Price LH, Rasmussen SA, Mazure C, Fleischmann RL, Hill CL.:** The Yale-Brown Obsessive Compulsive Scale. I. Development, use,

- 
- and reliability. Arch Gen Psychiatry 1989; 46: 1006-11.
8. **Koran LM, Thienemann ML, Davenport R.:** Quality of life for patients with obsessive-compulsive disorder. Am J Psychiatry 1996; 153(6): 783-788.
  9. **Rebollo P, Bobes J, González MP, Sáiz PA, Ortega F.:** Factores que influyen en la calidad de vida relacionada con la salud de los pacientes en terapia renal sustitutiva. Nefrología 2000; 20(2): 171-81.
  10. **Vallejo J, Casas M, Corominas A, Cuesta L, Díez C, Martín M<sup>a</sup>J, Soler PA.:** Trastorno obsesivo compulsivo. En Recomendaciones Terapéuticas en los trastornos mentales De PA Soler y J Gascón. Barcelona: Masson, 1999.
  11. **Ware JE, Sherbourne CD.:** The MOS 36-Item Short Form Health Survey (SF-36). I. Conceptual framework and item selection. Med Care 1992; 30: 473-83.
  12. **Ware JE, Snow KK, Kosinski M, Gandek B.:** SF-36 Health Survey Manual and Interpretation Guide. Boston, New England Medical Center, Health Institute, 1993.