



Revista de Psiquiatría y Salud Mental

www.elsevier.es/saludmental



EDITORIAL

Trastorno obsesivo-compulsivo: utilidad de una guía terapéutica farmacológica



Obsessive-compulsive disorder: The usefulness of a pharmacological practice guideline

José M. Menchón^{a,*}, Julio Bobes^b y Jerónimo Saiz-Ruiz^c

^a Departamento de Psiquiatría, Hospital Universitario de Bellvitge-IDIBELL, Departamento de Ciencias Clínicas, Universidad de Barcelona. Centro de Investigación Biomédica en Red de Salud Mental (CIBERSAM), L'Hospitalet de Llobregat, Barcelona, España

^b Departamento de Psiquiatría, Universidad de Oviedo, Hospital Universitario Central de Asturias, Centro de Investigación Biomédica en Red área de Salud Mental (CIBERSAM), Instituto de Neurociencias del Principado de Asturias (INEUROPA), Oviedo, España

^c Departamento de Psiquiatría, Hospital Universitario Ramón y Cajal, CIBERSAM, IRYCIS. Universidad de Alcalá, Alcalá de Henares, Madrid, España

El trastorno obsesivo-compulsivo (TOC) había sido considerado un trastorno raro, infrecuente, de naturaleza fundamentalmente psicológica —psicodinámica— y de difícil tratamiento. Sin embargo, el conocimiento sobre este trastorno ha evolucionado de forma sustancial en las últimas décadas y muchos de los conceptos clásicos han sido modificados. Nos encontramos con cambios en la prevalencia del trastorno, con una mayor preponderancia en las consultas clínicas de estos casos, y los hallazgos neurobiológicos subyacentes —de neuroimagen, principalmente— han proporcionado una perspectiva bastante específica del trastorno en términos de regiones y circuitos cerebrales implicados que confieren una base lógica a los tratamientos farmacológicos del trastorno. El TOC es un trastorno complejo con manifestaciones clínicas muy diversas y heterogéneas que plantean dificultades en la identificación, el

diagnóstico y el planteamiento terapéutico de cada caso¹. Esta heterogeneidad² y las perspectivas actuales del TOC plantean la necesidad de establecer estrategias terapéuticas farmacológicas basadas en la mejor evidencia científica³ que ayuden al profesional clínico en elegir el tratamiento más apropiado en cada caso.

Prevalencia. Actualmente se considera que la prevalencia del trastorno es bastante mayor que la inicialmente considerada. A principios de los ochenta se estimaba que la prevalencia del TOC en la población general era de alrededor del 0,05%, una cifra que era compatible con la percepción de la prevalencia que los clínicos tenían en las consultas, puesto que no eran casos muy frecuentes. Sin embargo, desde 1984 diferentes estudios han situado la prevalencia en un 2-2,5% de la población general, cifra que indica una prevalencia alta^{4,5}. Esta diferencia entre la prevalencia en población general y la presencia de pacientes con TOC en las consultas clínicas se debe a que las personas afectas de TOC no suelen buscar ayuda en los profesionales de salud mental. Por ejemplo, en el estudio *Epidemiologic Catchment Area* (ECA) se halló que solo el 34% de pacientes con TOC alguna vez

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: jmenchon@bellvitgehospital.cat (J.M. Menchón).

habían mencionado sus síntomas a algún médico, y que solo un 20% habían buscado ayuda de algún especialista en salud mental^{6,7}. Estudios más recientes encuentran una mayor frecuencia de búsqueda de tratamiento, alrededor de un 37%, principalmente asociado a la presencia de comorbilidad⁸. Los motivos por los que personas afectas del trastorno no buscaran tratamiento por estos síntomas o no los explicaran a sus médicos han sido variados, pero muy relacionados con la escasa información del trastorno. Algunas personas afectas sienten vergüenza de los síntomas o piensan que si los explican serán estigmatizados como graves enfermos mentales; otros consideran que los síntomas pueden significar que están «perdiendo el juicio», mientras que otro grupo no tiene *insight* sobre los síntomas o considera que no hay tratamiento. Sin embargo, la mayor accesibilidad que tiene la población a información general y específica de trastornos, así como la mayor difusión de temas de salud, están facilitando que las personas afectas o sus familiares puedan identificar las obsesiones o las compulsiones como síntomas de un trastorno que puede ser tratado eficazmente y mejorar su calidad de vida.

Calidad de vida, carga personal y en el sistema de salud. La carga personal y para el sistema de este trastorno es muy significativa. El TOC ha sido considerado como una de las 10 causas principales de discapacidad junto con otros 4 trastornos mentales (depresión mayor, esquizofrenia, trastorno bipolar, alcoholismo)⁹. La relevancia de esta afectación de la calidad de vida por el TOC queda también reflejada en que fue específicamente mencionado en el discurso del Director General en la 111.^a sesión del *Executive Board* de la Organización Mundial de la Salud¹⁰. Asimismo, estimaciones más recientes también sugieren que el TOC se asocia a una alta discapacidad. La Organización Mundial de la Salud¹¹ ha publicado recientemente las tablas de años perdidos debido a discapacidad (YLD, en inglés) de diferentes enfermedades y condiciones, actualizando datos previos que ya disponía del año 2000 para cada país. En estas tablas se constata que en España los trastornos mentales y de conducta constituyen los de mayor carga (1.194,0 YLD) en comparación a los otros grupos de enfermedades de su mismo nivel. Y dentro de los trastornos mentales, los trastornos de ansiedad (en el cual está incluido el TOC) constituyen el segundo grupo de trastornos de mayor discapacidad (134,3 YLD), por detrás de los trastornos depresivos unipolares (538,7 YLD) pero por delante de la esquizofrenia (106,5 YLD) o los trastornos de uso de drogas (109,7 YLD). Diferentes estudios muestran datos en línea de lo mencionado. Los pacientes con TOC presentan una pobre calidad de vida. Un estudio¹² español encontró que la calidad de vida de estos pacientes era igual que la de los pacientes con esquizofrenia en las áreas de salud mental, aunque mejor que en las áreas de salud física; asimismo, la calidad de vida era peor que la de los pacientes con dependencia a heroína o los pacientes deprimidos. En comparación con otros trastornos neuróticos el TOC se asocia a un mayor deterioro laboral y social y mayor afectación emocional¹³. Además del coste en calidad de vida, los pacientes con TOC también presentan una muy alta comorbilidad con otros trastornos: hasta un 90% de pacientes con TOC cumplirán criterios para otro trastorno en algún momento de su vida, tal como han encontrado algunos estudios epidemiológicos⁵.

Retraso en diagnóstico y retraso en tratamiento. La experiencia clínica y los estudios indican que las personas que sufren TOC no solo consultan menos, sino que también hay un retraso en la identificación del diagnóstico apropiado y en implementar un tratamiento adecuado al trastorno. Un conocido estudio (*Brown Longitudinal Obsessive-Compulsive Study* [BLOCS])¹⁴ que ha realizado un seguimiento de una amplia muestra de pacientes halló que entre el inicio de los síntomas obsesivos y recibir un tratamiento adecuado transcurrieron de media unos 17 años, y unos 11 años desde que cumplían criterios diagnósticos de TOC. Este retraso es un problema ético preocupante¹⁵, puesto que, además de afectar a la calidad de vida, hay datos que sugieren que un retraso en el inicio del tratamiento adecuado se asocia a una peor respuesta al tratamiento y a una peor evolución¹⁶.

Selección del tratamiento y resistencia. Aunque puede parecer que el tratamiento farmacológico del TOC está muy establecido, algunos estudios han mostrado que el tratamiento de estos pacientes es particularmente deficiente. Por ejemplo, un estudio epidemiológico de Torres et al.¹⁷ halló que solo el 9,4% de personas con TOC habían consultado un psiquiatra en el año previo, y solo un 4,6% habían visto a un psicólogo, un 5% seguían tratamiento con terapia cognitivo-conductual, un 2% estaban tomando un inhibidor selectivo de la recaptación de serotonina y un 10% tomaban antidepresivos tricíclicos. Otro factor a tener en consideración es que el tratamiento de primera elección tiene una respuesta relativamente limitada. En cuanto al uso de un tratamiento farmacológico de primera elección para el TOC, se estima que el 30-40% de los casos no responderán satisfactoriamente y el 10% se mantendrán refractarios a cualquier tipo de abordaje terapéutico¹⁸. En estos casos con falta de respuesta al tratamiento o una respuesta pobre o limitada es importante conocer las estrategias farmacológicas específicas que tienen más evidencia científica¹⁹.

En un reciente *Manifiesto*²⁰ se identificaban las cuestiones del TOC que son claves para el avance en su conocimiento y su aplicación en la práctica clínica. Entre las diferentes cuestiones que se planteaban se indicaba la necesidad de una aproximación terapéutica correcta²¹ para una mejor personalización del tratamiento. Los aspectos que se han mencionado en la presente y sucinta revisión son relevantes para un abordaje terapéutico farmacológico adecuado. La alta prevalencia del trastorno, la necesidad de una mejor identificación de los síntomas, reducir el retraso en el diagnóstico y tratamiento del TOC y mejorar las pautas de prescripción farmacológica son factores que van a influir en una mayor eficacia, una menor resistencia terapéutica y, consiguientemente, una menor carga psicológica y una mejor calidad de vida. Disponer de una guía terapéutica farmacológica en el TOC puede ayudar de manera decisiva en este objetivo.

Bibliografía

1. Menchón JM. Assessment of obsessive-compulsive disorder. En: Zohar J, editor. *Obsessive-Compulsive Disorder: Current Science and Clinical Practice*. Chichester: John Wiley & Sons; 2012. p. 3-30.
2. Ramos Pozón S. Bioethical procedure for decision-making in mental health. *Rev Psiquiatr Salud Ment*.

- 2015, <http://dx.doi.org/10.1016/j.rpsm.2015.10.002>, pii: S1888-9891(15)00161-5. [Epub ahead of print].
3. Nutt DJ, Blier P. Neuroscience-based Nomenclature (NbN) for Journal of Psychopharmacology. *J Psychopharmacol*. 2016;30:413–5.
 4. Sasson Y, Zohar J, Chopra M, Lustig M, Iancu I, Hendler T. Epidemiology of obsessive-compulsive disorder: A world view. *J Clin Psychiatry*. 1997;58 Suppl 12:7–10.
 5. Ruscio AM, Stein DJ, Chiu WT, Kessler RC. The epidemiology of obsessive-compulsive disorder in the National Comorbidity Survey Replication. *Mol Psychiatry*. 2010;15:53–63.
 6. Robins LN, Locke BZ, Regier DA. An overview of psychiatric disorders in America. En: Robins LN, Regier DA, editores. *Psychiatric Disorders in America: The Epidemiologic Catchment Area Study*. New York: The Free Press; 1991. p. 328–66.
 7. Leon CL, Portera L, Weissman MM. The social costs of anxiety disorders. *Br J Psychiatry*. 1995;166:19–22.
 8. Mayerovitch JI, du Fort GG, Kakuma R, Bland RC, Newman SC, Pinard G. Treatment seeking for obsessive-compulsive disorder: Role of obsessive-compulsive disorder symptoms and comorbid psychiatric diagnoses. *Compr Psychiatry*. 2003;44:162–8.
 9. World Health Organization. The 'Newly Defined' Burden of Mental Problems. Geneva: WHO; 1999. Fact Sheets n.º 217.
 10. World Health Organization, 2003. Disponible en: http://www.who.int/dg/brundtland/speeches/2003/eb111_jan2003/en/
 11. World Health Organization, 2012. Disponible en: http://www.who.int/healthinfo/global_burden_disease/estimates/en/index2.html
 12. Bobes J, González MP, Bascarán MT, Arango C, Sáiz PA, Bousño M. Quality of life and disability in patients with obsessive-compulsive disorder. *Eur Psychiatry*. 2001;16:239–45.
 13. Torres AR, Prince MJ, Bebbington PE, Bhugra D, Brugha TS, Farrell M, et al. Obsessive-compulsive disorder: Prevalence, comorbidity, impact, and help-seeking in the British National Psychiatric Morbidity Survey of 2000. *Am J Psychiatry*. 2006;163:1978–85.
 14. Pinto A, Mancebo MC, Eisen JL, Pagano ME, Rasmussen SA. The Brown Longitudinal Obsessive Compulsive Study: Clinical features and symptoms of the sample at intake. *J Clin Psychiatry*. 2006;67:703–11.
 15. Lolas-Stepke F. Trends and clinical need of ethical principles. *Rev Psiquiatr Salud Ment*. 2015;8:1–2.
 16. Dell'Osso B, Buoli M, Hollander E, Altamura AC. Duration of untreated illness as a predictor of treatment response and remission in obsessive-compulsive disorder. *World J Biol Psychiatry*. 2010;11:59–65.
 17. Torres AR, Prince MJ, Bebbington PE, Bhugra D, Brugha TS, Farrell M, et al. Treatment seeking by individuals with obsessive-compulsive disorder from the British Psychiatric Morbidity Survey of 2000. *Psychiatr Serv*. 2007;58:977–82.
 18. Menchon JM, Vallejo J. Trastorno obsesivo-compulsivo. En: Palomo T, Jiménez-Arriero MA, editores. *Manual de Psiquiatría*. Madrid: Ene Life Publicidad SA y Editores; 2009. p. 365–76.
 19. Catalá-López F, Moher D, Tabarés-Seisdedos R. Improving transparency of scientific reporting to increase value and reduce waste in mental health research. *Rev Psiquiatr Salud Ment*. 2016;9:1–3.
 20. Fineberg NA, Baldwin DS, Menchon JM, Denys D, Grünblatt E, Pallanti S, et al. Manifesto for a European research network into obsessive-compulsive and related disorders. *Eur Neuropsychopharmacol*. 2013;23:561–8.
 21. Ramos Pozón S. Shared decision making in mental health: Myths, barriers, and benefits. *Rev Psiquiatr Salud Ment*. 2016, <http://dx.doi.org/10.1016/j.rpsm.2016.01.003>, pii: S1888-9891(16)00020-3. [Epub ahead of print].