



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

FACULTAD DE MEDICINA

DEPARTAMENTO DE PSICOLOGÍA MÉDICA,
PSIQUIATRÍA Y SALUD MENTAL
HOSPITAL PSIQUIÁTRICO "FRAY BERNARDINO ÁLVAREZ"

CALIDAD DE VIDA EN PACIENTES CON TRASTORNO
OBSESIVO COMPULSIVO ATENDIDOS EN LA
CONSULTA EXTERNA DEL HOSPITAL PSIQUIÁTRICO
"FRAY BERNARDINO ÁLVAREZ"

T E S I S

QUE PARA OBTENER EL DIPLOMA DE
E S P E C I A L I S T A E N
P S I Q U I A T R Í A
P R E S E N T A :
DR. JUAN CARLOS GURROLA FLORES

Asesores:
Dr. Alvar Colonia Cabrera
Dr. Fernando Corona Hernández



México, D. F. Agosto del 2008



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

CONTENIDO

RESUMEN	1
<u>INTRODUCCIÓN</u>	3
MARCO DE REFERENCIA Y ANTECEDENTES	3
PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN	7
JUSTIFICACIÓN	7
OBJETIVOS	8
<u>MATERIAL Y MÉTODOS</u>	9
TIPO DE ESTUDIO	9
POBLACIÓN EN ESTUDIO Y TAMAÑO DE LA MUESTRA	9
CRITERIOS DE INCLUSIÓN, EXCLUSIÓN Y ELIMINACIÓN	9
VARIABLES Y ESCALAS DE MEDICIÓN	10
RECOLECCIÓN DE DATOS Y ANÁLISIS DE LOS RESULTADOS	13
IMPLICACIONES ÉTICAS DEL ESTUDIO	13
<u>RESULTADOS</u>	14
<u>DISCUSIÓN</u>	18
<u>CONCLUSIONES</u>	19
<u>REFERENCIAS</u>	20
<u>ANEXOS</u>	23

RESUMEN

El Trastorno obsesivo compulsivo (TOC) se caracteriza por la presencia de ideas o imágenes intrusivas y no deseadas que provocan ansiedad (obsesiones) y por conductas repetitivas que se realizan para disminuir la ansiedad producida por las obsesiones o para prevenir un daño (compulsiones). Para realizar el diagnóstico según el Manual Diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (DSM-IV) se requiere que las obsesiones y compulsiones estén presentes más de una hora al día o interfieran con el funcionamiento diario del individuo.

Según estudios realizados en este país, la prevalencia durante la vida es de 1.4%, mientras que la prevalencia anual es de 1.0%. La edad promedio de inicio del TOC es similar para hombres y mujeres, 22 años de edad. En 1997 Nicolini et al. reportaron prevalencia del 2.3% en población clínica adulta en nuestro medio.

En un primer momento la investigación sobre calidad de vida en salud mental trató de valorar las consecuencias de diversos tratamientos sobre el funcionamiento social y emocional de la persona en su vida diaria, examinando las relaciones interpersonales, la integración social, y las posibilidades de autodeterminación de los individuos. En muchos de estos estudios, se analiza la incidencia del apoyo social en el desarrollo de las enfermedades y los problemas presentados por los individuos. Otros estudios se han preocupado por analizar los efectos de los fármacos sobre la calidad de vida de los pacientes. Y un menor número de investigaciones ha analizado el impacto de las enfermedades físicas crónicas en la calidad de vida, y en concreto en el funcionamiento físico y en la salud mental de los pacientes.

Se han realizado diversos estudios y la gran mayoría concluyen que las personas que padecen de TOC tienen peor calidad de vida que cualquier otro grupo de pacientes excepto esquizofrénicos. Los pacientes con TOC 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.

El Trastorno Obsesivo Compulsivo es un trastorno crónico e incapacitante que afecta el funcionamiento físico, psicológico y social del paciente, 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; estudios en otros países concluyen que las personas con TOC tiene peor calidad de vida que cualquier otro grupo de pacientes excepto esquizofrénicos.

El objetivo de este estudio es correlacionar la calidad de vida de los pacientes con TOC y la severidad de sus síntomas que son atendidos en la consulta externa del Hospital Psiquiátrico "Fray Bernardino Álvarez". Se realizó un estudio descriptivo, observacional, transversal. Se incluyeron 40 pacientes de cualquier género que acuden de manera subsecuente a la consulta externa del Hospital Psiquiátrico "Fray Bernardino Álvarez", con diagnóstico de TOC de acuerdo con los criterios del DSM-IV y se encuentren en tratamiento, ya sea solo farmacológico o en combinación con terapia cognitivo conductual; se les aplicó la escala de Yale-Brown para medir severidad del TOC y también el cuestionario SF-36 sobre el estado de salud para evaluar la calidad de vida.

De acuerdo a los datos obtenidos no encontramos una correlación entre la puntuación de la calidad de vida de los pacientes con TOC medida con el cuestionario SF-36 y la severidad de sus síntomas medida con la escala de Yale-Brown.

Futuros estudios deben de incluir muestras más amplias de pacientes con TOC, junto con sujetos controles y emplear otra variedad de instrumentos para calidad de vida relacionada con la salud.

INTRODUCCIÓN

Marco de referencia y antecedentes

El Trastorno Obsesivo Compulsivo (TOC) se caracteriza por la presencia de ideas o imágenes intrusivas y no deseadas que provocan ansiedad (obsesiones) y por conductas repetitivas que se realizan para disminuir la ansiedad producida por las obsesiones o para prevenir un daño (compulsiones). Para realizar el diagnóstico según el Manual Diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (DSM-IV) se requiere que las obsesiones y compulsiones estén presentes más de una hora al día o interfieran con el funcionamiento diario del individuo (1).

El TOC suele iniciarse en la adolescencia o al principio de la edad adulta, pero también puede hacerlo antes; el 31% de los primeros episodios ocurren entre los 10 y los 15 años y el 75% se desarrollan hacia los 30 años (2). En la mayoría de los casos no ha existido ningún suceso estresante que desencadenase la aparición de los síntomas y, tras un inicio insidioso, el trastorno sigue un curso crónico y con frecuencia progresivo. No obstante, algunos pacientes describen un inicio súbito de los síntomas, fenómeno particularmente descrito en los pacientes con una base neurológica en su trastorno. Existen evidencias de la asociación del inicio del TOC con la epidemia de encefalitis que se produjo en la década de 1920 (3), con anomalías durante el parto (4), con traumatismos craneales (5) y con crisis comiciales (6). Son de interés las observaciones sobre el inicio de los síntomas durante la gestación (7).

Al principio se consideraba que el TOC era uno de los trastornos mentales más raros. Los datos recientes sugieren que el trastorno es bastante frecuente; a nivel mundial su prevalencia al mes es del 1.3%, a los seis meses del 1.5% y a lo largo de la vida del 2.5% (8). En Latinoamérica los estudios de prevalencia han sido escasos aunque en Puerto Rico se reportó una prevalencia del 3.2% a lo largo de la vida en población con edad entre 17 y 64 años (9).

Según estudios realizados en México, la prevalencia durante la vida es de 1.4%, mientras que la prevalencia anual es de 1.0%. La edad promedio de inicio del TOC es similar para hombres y mujeres, 22 años de edad. En 1997 Nicolini et al. reportaron prevalencia del 2.3% en población clínica adulta en nuestro medio (10, 11).

A pesar de que el TOC se asocia con diversos marcadores biológicos y neuropsiquiátricos, su diagnóstico sigue basándose en el examen psiquiátrico y en la historia clínica. Aunque puede existir comorbilidad con todos los demás trastornos del eje I, los síntomas no pueden ser secundarios a otro trastorno; el diagnóstico suele ser claro, pero algunas veces puede resultar difícil distinguirlo de la depresión, las psicosis, las fobias o el trastorno de personalidad obsesivo-compulsiva grave (1).

El abordaje farmacológico del TOC se basa en los inhibidores selectivos de la recaptura de la serotonina (ISRS), medicamentos que han resultado ser efectivos y seguros. Como grupo, los ISRS son igual de eficaces que la Clorimipramina, pero producen menos efectos secundarios y, por lo tanto, mejor tolerancia y mejor apego al tratamiento. La efectividad antiobsesiva parece ser independiente de su actividad antidepressiva. Entre los factores predictores de respuesta al tratamiento, se ha propuesto que los altos puntajes en las compulsiones predican una mala respuesta al tratamiento. Para los casos refractarios y resistentes o cuando hay síntomas de comorbilidad, se han utilizado, con relativo éxito, combinaciones con diferentes ISRS, con benzodiazepinas, o bien, con potenciadores como el litio, o antipsicóticos, como la risperidona y el haloperidol. Actualmente aunado al tratamiento farmacológico, se ha observado mejor respuesta del paciente cuando existe de manera concomitante una terapia cognitivo conductual (12).

Los estudios recientes sobre el curso natural de la enfermedad sugieren que el 24-33% de los pacientes siguen un curso fluctuante, el 11-14% un curso fásico con periodos de remisión completa, y el 54-61% un curso constante o progresivo. Aunque tradicionalmente el pronóstico del TOC se ha considerado malo, el desarrollo de nuevos tratamientos conductuales y farmacológicos lo ha mejorado considerablemente (2).

En 1996 Hollander, realiza un estudio donde resalta el impacto del TOC en la calidad de vida y la importancia de que este trastorno sea diagnosticado y tratado de manera temprana por médicos de primer contacto ya que la morbilidad incrementa los costos y disminuye la calidad de vida (13). Koran, en ese mismo año, realiza un primer estudio en sesenta pacientes con TOC de moderado a severo y sin tratamiento farmacológico donde evalúa la calidad de vida con el cuestionario SF-36 concluyendo que la función social y el rol de desempeño son las áreas más afectadas en este tipo de pacientes, en comparación con la población general y otros pacientes con padecimientos crónicos como la diabetes mellitus, sin embargo el deterioro es similar al compararlo con pacientes deprimidos (14).

El TOC es un trastorno crónico e incapacitante que afecta el funcionamiento físico, psicológico y social del paciente. Ha sido considerado como uno de los trastornos psiquiátricos que conlleva mayor malestar y deterioro en el paciente, por consiguiente, una peor calidad de vida. Este deterioro es aún mayor en los pacientes con TOC 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 terapia cognitivo-conductual. Una alternativa terapéutica para estos casos es la psicocirugía. El estudio de calidad de vida en estos pacientes podría justificar todavía más el tratamiento quirúrgico. La alta comorbilidad del TOC con otros trastornos psiquiátricos (principalmente ansiedad y depresión) contribuye a que este padecimiento no sea diagnosticado de manera adecuada (15, 16, 17, 18, 19, 20, 21).

El estudio de la calidad de vida 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. 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 (22, 23, 24).

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 (22, 23, 24).

En el ámbito de la salud mental, la calidad de vida es un concepto asociado a los enfoques que buscan mejorar las condiciones de vida de las personas con trastornos psicológicos, teniendo en cuenta sus necesidades individuales; con la aparición de este concepto, alrededor de 1980, la evaluación de la experiencia subjetiva de los pacientes psiquiátricos se convirtió en una de las bases teóricas de los distintos modelos que fueron surgiendo en el ámbito de la salud mental (25).

En un primer momento la investigación sobre calidad de vida en salud mental trató de valorar las consecuencias de diversos tratamientos sobre el funcionamiento social y emocional de la persona en su vida diaria, examinando las relaciones interpersonales, la integración social, y las posibilidades de autodeterminación de los individuos. En muchos de estos estudios, se analiza la incidencia del apoyo social en el desarrollo de las enfermedades y los problemas presentados por los individuos. Otros

estudios se han preocupado por analizar los efectos de los fármacos sobre la calidad de vida de los pacientes. Y un menor número de investigaciones ha analizado el impacto de las enfermedades físicas crónicas en la calidad de vida, y en concreto en el funcionamiento físico y en la salud mental de los pacientes (25).

Se han realizado varios estudios y la gran mayoría concluyen que las personas que padecen de TOC tienen peor calidad de vida que cualquier otro grupo de pacientes excepto esquizofrénicos y en algunos casos la calidad de vida entre estos dos grupos de pacientes es similar. Los pacientes con TOC 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 (15, 16, 17, 18, 19, 20, 21, 26).

En los últimos 12 años se han estudiado poblaciones de este tipo en diferentes países. En India se estudiaron 70 pacientes, 35 con diagnóstico de TOC y 35 con diagnóstico de Esquizofrenia donde concluyen que el TOC severo se asocia con alta discapacidad, pobre calidad de vida y severa carga familiar con resultados similares en el grupo de esquizofrénicos (27). En Alemania estudiaron 75 pacientes y los compararon con población general resultando en una calidad de vida menor en todos los dominios (28, 29). En Turquía Kivicik y colaboradores compararon 23 pacientes con TOC y 23 pacientes sanos demostrando una calidad de vida baja en comparación con los controles (19). En España Bobes y colaboradores encontraron una peor calidad de vida en pacientes con TOC comparado con heroinómanos, pacientes con enfermedades crónicas degenerativas y pacientes deprimidos, excepto esquizofrénicos quienes han resultado con la peor calidad de vida en cuanto a trastornos mentales se refiere (15). En Estados Unidos además de Koran y Hollander, Eisen y colaboradores estudiaron 197 adultos con TOC y concluyeron que a mayor severidad de la sintomatología de este trastorno, menor calidad de vida (30). Sudáfrica no se ha quedado atrás, Stein y colaboradores concluyen que el TOC causa estrés e interfiere con la función académica, laboral, social y familiar y por lo tanto disminuye la calidad de vida de las personas que lo padecen (31).

Pregunta de investigación

¿Existe correlación entre la severidad de los síntomas del trastorno obsesivo compulsivo y la calidad de vida de los pacientes diagnosticados con este trastorno en el Hospital Psiquiátrico Fray Bernardino Álvarez?

Justificación

El Trastorno Obsesivo Compulsivo es un trastorno crónico e incapacitante que afecta el funcionamiento físico, psicológico y social del paciente, 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; estudios en otros países concluyen que las personas con TOC tiene peor calidad de vida en comparación a cualquier otro grupo de pacientes excepto esquizofrénicos. En México contamos con muy pocos estudios en relación a la calidad de vida de los pacientes con TOC no habiéndose evaluado previamente la correlación entre la severidad de los síntomas y la calidad de vida. Los resultados de este estudio podrían contribuir a hacer conciencia en los médicos psiquiatras de la necesidad de generar programas de rehabilitación y apoyo para las personas con este padecimiento.

OBJETIVOS

Objetivo General

Correlacionar la calidad de vida de los pacientes con Trastorno Obsesivo Compulsivo y la severidad de sus síntomas que son atendidos en la consulta externa del Hospital Psiquiátrico "Fray Bernardino Álvarez".

Objetivos específicos

1. Evaluar la calidad de vida de los pacientes con Trastorno Obsesivo Compulsivo.
2. Evaluar la severidad de la sintomatología de los pacientes con Trastorno Obsesivo Compulsivo.

MATERIAL Y MÉTODOS

Tipo de estudio

Se realizó un estudio descriptivo, observacional, transversal.

Población en estudio y tamaño de la muestra

Se estudiaron 40 pacientes obtenidos a través de muestreo no probabilístico de casos consecutivos, de ambos sexos con diagnóstico de Trastorno Obsesivo Compulsivo de la Consulta Externa del Hospital Psiquiátrico Fray Bernardino Álvarez en el periodo comprendido de Septiembre de 2007 a Enero del 2008.

Criterios de inclusión, exclusión y eliminación

Criterios de inclusión:

- ✓ Pacientes de ambos sexos
- ✓ Edad (18-54 años)
- ✓ Con diagnóstico de Tx. obsesivo compulsivo de acuerdo a los criterios establecidos por el DSM-IV
- ✓ Que sea tratado en la consulta externa del Hospital psiquiátrico Fray Bernardino Álvarez
- ✓ Que cuenten con datos necesarios para la investigación

Criterios de exclusión:

- ✓ Pacientes que cuenten con datos incompletos
- ✓ Pacientes que presenten síntomas psicóticos
- ✓ Pacientes que presenten enfermedades cronicodegenerativas como diabetes, hipertensión arterial, artritis reumatoide, epilepsia y cáncer.

Criterios de eliminación:

- ✓ Pacientes que no completen los instrumentos de medición.

Variables y escalas de medición

Se utilizaron la escala de Yale-Brown para medir la severidad del TOC y el cuestionario de salud SF-36 para evaluar calidad de vida relacionada con la salud.

La escala de Yale-Brown mide severidad de la sintomatología obsesivo compulsiva. Se trata de de una escala heteroadministrada mediante una 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 (32). La traducción al español la realizaron Nicolini y colaboradores (1996) donde se evaluaron 105 entrevistas realizadas por 3 psiquiatras a partir de 35 pacientes con diagnóstico de TOC. Las intercorrelaciones entre pares de jueces resultaron significativas con $p < 0.001$, con una media total de la correlación interevaluador de 0.88. Los resultados de alfa de Cronbach para cada juez, estuvieron en un margen de 0.84 a 0.87 con una media de 0.85, indicando que la entrevista era homogénea. Cabe destacar que tanto la correlación interevaluador como el coeficiente alfa de Cronbach se realizaron incluyendo 12 reactivos, en lugar de 10 como en la versión original, por lo que estos autores pudieron concluir que tanto la consistencia y la homogeneidad de la versión original, son muy similares a la que realizaron (33)

El cuestionario de Salud SF-36 fue diseñado para población americana, a partir de una batería de cuestionarios sobre la salud. La adaptación mexicana fue realizada por Zúñiga et al. (1999). El cuestionario consta de 36 ítems que el sujeto debe responder mediante una escala 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. Los autores concluyen que con base en los resultados de la evaluación psicométrica, el cuestionario SF-36 muestra que es consistente en todos los supuestos de validez y confiabilidad en forma satisfactoria (22, 23, 24).

Se utilizó como variable dependiente la calificación que se obtuvo de la escala SF-36 y como variable independiente el TOC.

	Definición nominal	Definición Operacional	Instrumento de Medición
Edad cronológica	Se expresa como el periodo de tiempo transcurrido desde el nacimiento, que se puede expresar en horas, días, meses u años.	Variable cuantitativa discontinua Años cumplidos	Años calendario
Sexo	Condición orgánica, masculina o femenina, de los animales y las plantas	Variable cualitativa nominal	Masculino o femenino
Estado civil	Estado que guarda entre los ciudadanos	Variable cualitativa nominal Casado, soltero, divorciado, unión libre	Expediente clínico o historia clínica
Severidad de Trastorno Obsesivo Compulsivo	Las características son la presencia de obsesiones (ideas intrusivas, repetitivas, egodistónicas) y de	Variable cuantitativa discontinua Intervalo: se califica de 0 a 48	Escala de Yale-Brown

	<p>las compulsiones (conductas repetitivas, intencionales, estereotipadas que se presentan casi siempre como respuesta a una obsesión). Estos síntomas son recurrentes y pueden llegar a ocupar varias horas del día, y por lo tanto, causar alteraciones significativas en la funcionalidad del individuo. Estos síntomas son reconocidos por el paciente como excesivos o irracionales, cuando menos de manera inicial, aunque con el tiempo le llegan a parecer racionales.</p>	<p>puntos, a mayor puntaje, mayor severidad.</p>	
--	--	--	--

Recolección de datos y análisis de los resultados

Se recolectaron 40 pacientes que cumplieran con los criterios de inclusión, se les aplicó la escala de Yale-Brown y el cuestionario de salud SF-36.

Se utilizaron pruebas de resumen (media, porcentaje, desviación estándar y promedios) para describir las características demográficas de la muestra. Se realizó el análisis de Kolmogorov Smirnov para evaluar la normalidad de la muestra, posteriormente se utilizó una correlación no paramétrica de Spearman para evaluar variables y resultados y además se compararon medias entre grupos con t de Student.

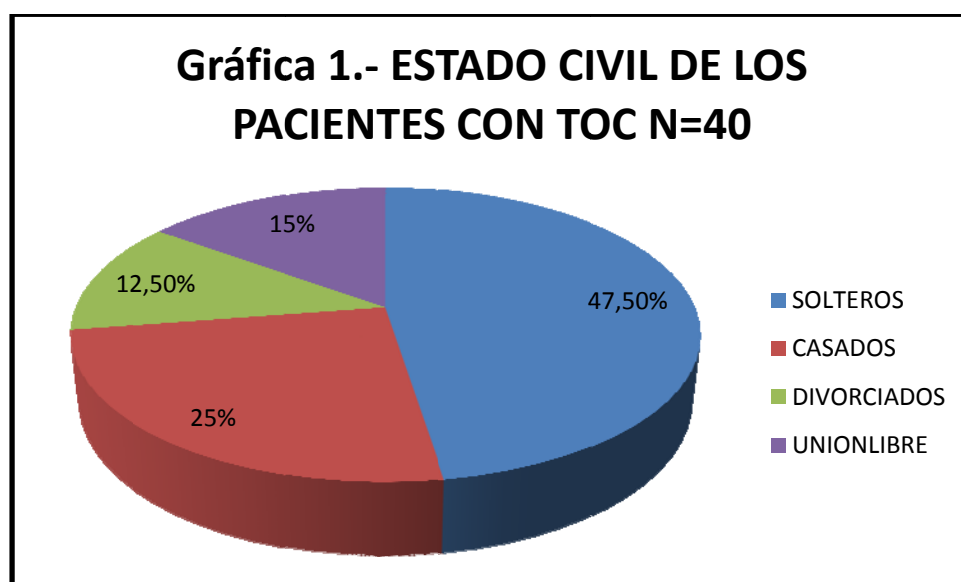
Implicaciones Éticas del Estudio

Se trata de un estudio sin riesgo ya que solo se utilizarán técnicas y métodos de investigación documental, no se identifica al paciente ni se tratan aspectos sensitivos de su conducta.

RESULTADOS

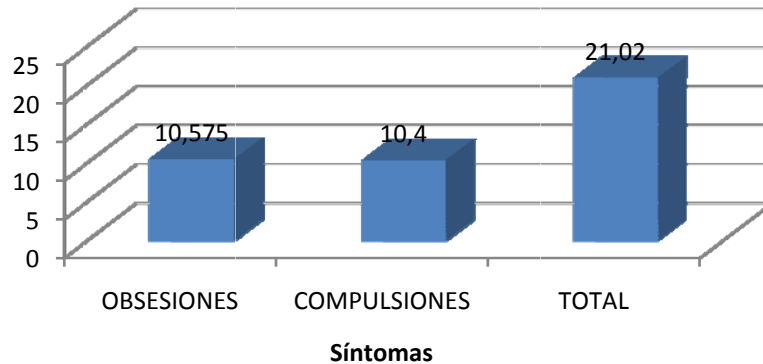
Se obtuvo una muestra de cuarenta pacientes con trastorno obsesivo compulsivo cuyas variables socio-demográficas fueron las siguientes: el promedio de edad fue de 28.97 años, con una edad mínima de 18 y una edad máxima de 50 años, con una desviación estándar de 8.54.

Se reclutaron 22(55%) pacientes de sexo femenino y 18(45%) pacientes de sexo masculino. El estado civil de los pacientes se distribuyó como sigue: solteros 19(47.5%), casados 10(25%), divorciados 5(12.5%) y en unión libre 6(15%), (ver gráfica 1).



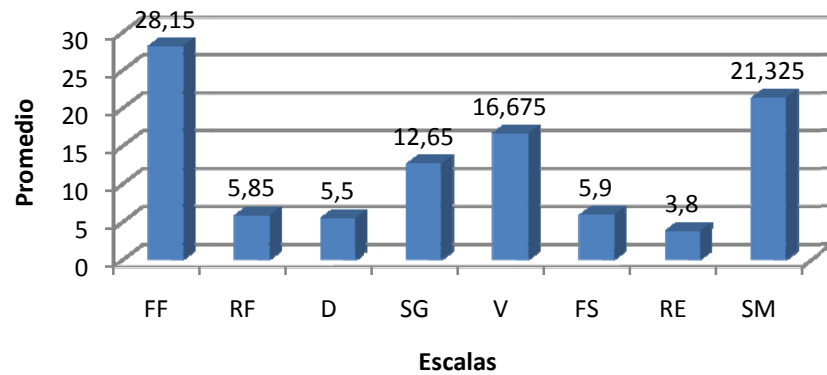
El promedio de la puntuación total de obsesiones y compulsiones en la escala de Yale-Brown en pacientes con TOC fue de 20.97 (DE 7.64) consistente en un grado moderado de este trastorno. El promedio de la puntuación para las obsesiones de 10.57 (DE 4.04) y 10.4 (DE 4.01) para las compulsiones (ver gráfica 2).

Gráfica 2.-PROMEDIO DE OBSESIONES Y COMPULSIONES DE LA ESCALA DE YALE-BROWN EN PACIENTES CON TOC N=40

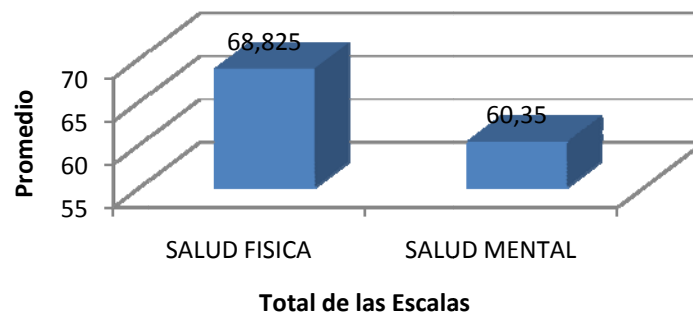


En el cuestionario SF-36 se encontró que de los 40 pacientes con trastorno obsesivo compulsivo, hubo un promedio de 28.15 para la escala de funcionamiento físico (FF) (DE 2.37), 21.32 para salud mental (SM) (DE 1.75), 16.67 para vitalidad (V) (DE 2.32), 12.65 para salud general (SG) (DE 1.51), 5.9 para funcionamiento social (FS) (DE 0.54), 5.85 en rol físico (RF) (DE 1.35), 5.5 en dolor (D) (DE 1.89) y 3.8 en rol emocional (RE) (DE 0.93). Escalas que nos dan un promedio total en salud física de 68.82 (DE 4.15) y un promedio total en salud mental de 60.35 (DE 3.61) (ver tabla 1 y gráfica 3).

Gráfica 3 .-PROMEDIO DEL CUESTIONARIO SF-36 EN PACIENTES CON TOC N=40



Gráfica 4.- PROMEDIO DEL TOTAL DEL CUESTIONARIO SF-36 EN PACIENTES CON TOC N=40



Se realiza el análisis de Kolmogorov Smirnov para evaluar la normalidad de la muestra no encontrándose una distribución normal. Para evaluar nuestras variables de resultados se realiza una prueba de correlación no paramétrica de Spearman. Se correlaciona inicialmente con la subescala de salud física obteniéndose un coeficiente de correlación de 0.396 y con la subescala de salud mental se encuentra en coeficiente de correlación de 0.499. Posteriormente se elabora la comparación de medias entre grupos con prueba de t, se codifica la escala de Yale Brown en 3 grupos: leve 0-15, moderado 16-23 y grave 24-40 puntos, comparándose contra las subescalas de SF36; a) Salud física obteniéndose una $t=1.918$ con una $p=0.069$ (IC= -0.166 a 4.252) y b) Salud mental obteniéndose una $t=0.261$ con una $p=0.796$ (IC= -2.761 a 3.561). Por lo anterior observamos que no existe asociación de acuerdo a la severidad de los síntomas con la calidad de vida de los pacientes.

DISCUSIÓN

Con respecto a la calidad de vida, los resultados revelan que los pacientes con TOC incluidos en este estudio manifiestan una puntuación aceptable en salud física (68.82) y mental (60.35); si comparamos estos resultados con un estudio similar que se realizó en España (15), la salud física y mental valorada con el cuestionario SF-36 es globalmente mejor, se reportó una salud física de (51.96) y una salud mental de (29.21), no se conoce por ahora una explicación para dichos resultados dado que en México las condiciones generales de estos pacientes son difíciles, con múltiples complicaciones sociales y económicas por lo que deberá ser evaluado cuidadosamente en algún estudio posterior.

Es importante señalar que en la mayoría de los estudios realizados en otros países (14, 15, 16, 17, 18, 19, 20, 21) se reclutaron pacientes con TOC con puntuaciones en la escala de Yale-Brown por arriba de 20 (moderado a grave) por lo que era esperable encontrar una calidad de vida más baja además que muchos de estos pacientes presentaban enfermedades médicas concomitantes mientras que en el estudio que se presenta se reclutaron pacientes con diagnóstico de TOC sin tomar en cuenta la puntuación de la escala de Yale-Brown y se trató, en la medida de lo posible, reclutar pacientes sin enfermedades médicas concomitantes conocidas por el paciente entrevistado (27, 28, 29, 30, 31). No se observó correlación entre la severidad de síntomas y la calidad de vida de los pacientes.

CONCLUSIONES

De acuerdo a los datos obtenidos no encontramos una correlación entre la puntuación de la calidad de vida de los pacientes con TOC medida con el cuestionario SF-36 y la severidad de sus síntomas medida con la escala de Yale-Brown.

Se esperaba un puntaje de calidad de vida menor al que se observó probablemente debido a que el cuestionario de salud SF-36 no tiene un diseño específico para medir la calidad de vida relacionada con la salud en pacientes con TOC.

Futuros estudios deben de incluir muestras más amplias de pacientes con TOC, junto con sujetos controles y emplear otra variedad de instrumentos para calidad de vida relacionada con la salud.

REFERENCIAS

- 1) American Psychiatric Association. *Diagnostical and Statical Manual of Mental Disorders*, 4th ed. (DSM-IV). Washington: American Psychiatric Association, 1994.
- 2) Black A. The natural history of obsessional neurosis, in *Obsessional States*. Editado por Beech HK. Londres, Methuen Press, 1974.
- 3) Hollingsworth CE, Tanguay PE, Grossman L, et al. Long-term outcome of Obsessive Compulsive Disorder in childhood. *J American Acad of Child Psych* 19: 134-144, 1980.
- 4) Capstick N, Seldrup V. Obsessional states: a study in the relationship between abnormalities occurring at birth and subsecuent development of obsessional symptoms. *Acta Psychiatr Scand* 56: 427-439, 1977.
- 5) McKeon J, McGuffin P, Robinson P. Obsessive Compulsive Neurosis following head injury: a report of four cases. *Br J Psychiatry* 144: 190-192, 1984.
- 6) Kehl PA, Marks IM. Neurological factors in Obsessive Compulsive Disorder: two case reports and a review of the literature. *Br J Psychiatry* 149: 315-319, 1986.
- 7) Neziroglu F, Anemone R, Yaryura-Tobias JA. Onset of Obsessive Compulsive Disorder in pregnancy. *Am J Psychiatry* 149: 947-950, 1992.
- 8) Regier DA, Boyd JH, Burke JD Jr, et al. One-month prevalence of mental disorders in the United States, based on five Epidemiologic Catchment Area sites. *Arch Gen Psychiatry* 45: 977-986, 1988.
- 9) Canino GJ, Bird HR, Shrout PE, Rubio-Stipec M, et al. The prevalence of specific psychiatric disorders in Puerto Rico. *Arch Gen Psychiatry*, 44: 727-735, 1987.
- 10) Caraveo-Anduaga J, Colmenares E. The epidemilogy of Obsessive Compulsive Disorder in Mexico City. *Salud Mental*, Vol. 27, No. 2, abril del 2004.
- 11) Nicolini H, Orozco B, Giuffra L, et al. Age of onset, gender and severity in Obsessive Compulsive Disorder. A study on a Mexican population. *Salud Mental*, Vol. 20, No. 2, junio de 1997.
- 12) Lóyzaga C, Nicolini H. Tratamiento farmacológico del Trastorno Obsesivo Compulsivo. *Salud Mental*, Vol. 23, No. 6, Diciembre del 2000.
- 13) Hollander E, Kwon JH, Stein DJ, et al. Obsessive Compulsive Disorder and spectrum disorders: overview and quality of life issues. *J Clinical Psychiatry* 1996; 57 suppl 8: 3-6.

- 14) Koran LM, Thienemann ML, Davenport R. Quality of life for patients with Obsessive Compulsive Disorder. *Am J Psychiatry* 1996; 153: 783-8.
- 15) Bobes J, González M, Bascarán M, et al. Quality of life and disability in patients with Obsessive Compulsive Disorder. *Eur Psychiatry* 2001; 16: 239-45.
- 16) Garrido MJ, Martín J, Gascón PA. Calidad de vida en el Trastorno Obsesivo Compulsivo resistente. *Cuadernos de medicina psicosomática*. No. 69/70-2004.
- 17) Bystritsky A, Saxena S, Maidment K, et al. Quality of life changes among patients with Obsessive Compulsive Disorder in a partial hospitalization program. *Psychiatric Services*. Vol. 50, No. 3, March 1999.
- 18) Masellis M, Reactor N, Richter M. Quality of life in OCD: differential impact of obsessions, compulsions and depression comorbidity. *Can J Psychiatry* 2003; 48: 72-77.
- 19) Kivcık B, Alptekin K, Akvardar Y, Kitis A. Quality of life in patients with Obsessive Compulsive Disorder: relation with cognitive functions and clinical symptoms. *Turkish Journal of Psychiatry* 2005; 16 (1).
- 20) Rodriguez-Salgado B, Dolengevich-Segal H, Arrojo-Romero M, et al. Perceived quality of life in Obsessive Compulsive Disorder: related factors. *BMC Psychiatry* 2006, 6:20.
- 21) Lochner C, Mogotsi M, Kaminer D, et al. Quality of life in anxiety disorders: a comparison of Obsessive Compulsive Disorder, Social Anxiety Disorder, and Panic Disorder. *Psychopathology* 2003; 36: 255-262.
- 22) 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.
- 23) 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.
- 24) Zúñiga MA, Carrillo-Jiménez G, Fos P, et al. Evaluación del estado de salud con la encuesta SF-36: resultados preliminares en México. *Salud Pública Mex* 1999; 41: 110-118.
- 25) Verdugo MA, Martín M. Autodeterminación y calidad de vida en salud mental: dos conceptos emergentes. *Salud Mental*, Vol. 25, No. 4, agosto del 2002.
- 26) Bystritsky A, Liberman RP, Hwang S, Wallace CJ, et al. Social functioning and quality of life comparisons between Obsessive Compulsive Disorder and schizophrenic disorders. *Depress Anxiety*. 2001; 14 (4): 214-8.

- 27) Gururaj GP, Math SB, Reddy J, Chandrashekar CR. Family burden, quality of life and disability in Obsessive Compulsive Disorder: An Indian perspective. *J Postgrad Med*. 2008 Apr-Jun; 54 (2): 91-7.
- 28) Stengler-Wenzke K, Kroll M, Matschinger, et al. Subjective quality of life of patients with Obsessive Compulsive Disorder compared to the general population. *Psychiatr Prax*. 2006 Oct; 33 (7) German.
- 29) Stengler-Wenzke K, Kroll M, Riedel-Heller S, Matschinger H, Angermeyer MC. Quality of life in Obsessive Compulsive Disorder: the different impact of obsessions and compulsions. *Psychopathology*. 2007; 40 (5): 282-9.
- 30) Eisen JL, Mancebo MA, Pinto A, Coles ME, Pagano ME. Impact of Obsessive Compulsive Disorder on quality of life. *Comp Psychiatry*. 2006 Jul-Aug; 47 (4): 270-5.
- 31) Stein DJ, Roberts M, Hollander E, Rowland C, Serebro P. Quality of life and pharmaco-economic aspects of Obsessive Compulsive Disorder: a South African survey. *S Afr Med J*. 1996 Dec; 86 (12 suppl): 1579; 1582-5.
- 32) Goodman WK, Price LH, Rasmussen SA, et al. The Yale-Brown Obsessive Compulsive scale, I: development, use and reliability. *Arch Gen Psychiatry* 1989; 46: 1006-1011.
- 33) Nicolini H, Herrera K, Páez F, Sánchez de Carmona M, et al. Traducción al español y confiabilidad de la escala de Yale-Brown para Trastorno Obsesivo Compulsivo. *Salud Mental*, Vol. 19, suplemento octubre de 1996.

Anexos

13.1. Cuestionario SF-36 sobre el Estado de Salud (Short-Form, SF-36)

1

Instrucciones: Las preguntas que siguen se refieren a lo que usted piensa sobre su salud. Sus respuestas permitirán saber cómo se encuentra usted y hasta qué punto es capaz de hacer sus actividades habituales. Conteste cada pregunta tal como se indica. Si no está seguro/a de cómo responder a una pregunta, por favor conteste lo que le parezca más cierto.

1. En general, diría que su salud es:

Excelente	1
Muy buena	2
Buena	3
Regular	4
Mala	5

2. ¿Cómo diría que es su salud actual, comparada con la de hace un año?

Mucho mejor ahora que hace un año	1
Algo mejor ahora que hace un año	2
Más o menos igual que hace un año	3
Algo peor ahora que hace un año	4
Mucho peor ahora que hace un año	5

3. Las siguientes preguntas se refieren a actividades o cosas que usted podría hacer en un día normal. ¿Su salud actual le limita para hacer esas actividades o cosas? Si es así, ¿cuánto?

Actividades	Sí, me limita mucho	Sí, me limita un poco	No me limita
a. Esfuerzos intensos (correr, levantar objetos pesados o participar en deportes agotadores)	1	2	3
b. Esfuerzos moderados (mover una mesa, pasar la aspiradora, jugar a los bolos o caminar más de 1 hora)	1	2	3
c. Coger o llevar la bolsa de la compra	1	2	3
d. Subir varios pisos por la escalera	1	2	3
e. Subir un solo piso por la escalera	1	2	3
f. Agacharse o arrodillarse	1	2	3
g. Caminar 1 km o más	1	2	3
h. Caminar varias manzanas (varios centenares de metros)	1	2	3
i. Caminar una sola manzana (unos 100 metros)	1	2	3
j. Bañarse o vestirse por sí mismo	1	2	3

4. Durante las 4 últimas semanas ha tenido algunos de los siguientes problemas en su trabajo o en sus actividades cotidianas, a causa de su salud física?

	Sí	No
a. ¿Tuvo que reducir el tiempo dedicado al trabajo o a sus actividades cotidianas?	1	2
b. ¿Hizo menos de lo que hubiera querido hacer?	1	2
c. ¿Tuvo que dejar de hacer tareas en su trabajo o en sus actividades cotidianas?	1	2
d. Tuvo dificultad para hacer su trabajo o sus actividades cotidianas (p. ej., le costó más de lo normal)?	1	2

5. Durante las 4 últimas semanas ha tenido alguno de los siguientes problemas en su trabajo o en sus actividades cotidianas, a causa de algún problema emocional (estar triste, deprimido o nervioso)?

	Sí	No
a. ¿Tuvo que reducir el tiempo dedicado al trabajo o a sus actividades cotidianas, por algún problema emocional?	1	2
b. ¿Hizo menos de lo que hubiera querido hacer, por algún problema emocional?	1	2
c. No hizo su trabajo o sus actividades cotidianas tan cuidadosamente como de costumbre, por algún problema emocional?	1	2

6. Durante las 4 últimas semanas, ¿hasta qué punto su salud física o los problemas emocionales han dificultado sus actividades sociales habituales con la familia, los amigos, los vecinos u otras personas?
- | | |
|----------|---|
| Nada | 1 |
| Un poco | 2 |
| Regular | 3 |
| Bastante | 4 |
| Mucho | 5 |

7. ¿Tuvo dolor en alguna parte del cuerpo durante las 4 últimas semanas?
- | | |
|---------------|---|
| No, ninguno | 1 |
| Sí, muy poco | 2 |
| Sí, un poco | 3 |
| Sí, moderado | 4 |
| Sí, mucho | 5 |
| Sí, muchísimo | 6 |

8. Durante las 4 últimas semanas, ¿hasta qué punto el dolor le ha dificultado su trabajo habitual (incluido el estar fuera de casa y las tareas domésticas)?
- | | |
|----------|---|
| Nada | 1 |
| Un poco | 2 |
| Regular | 3 |
| Bastante | 4 |
| Mucho | 5 |

9. Las preguntas que siguen se refieren a cómo se ha sentido y cómo le han ido las cosas durante las 4 últimas semanas. En cada pregunta responda lo que más se parezca a cómo se ha sentido usted. Durante las 4 últimas semanas ¿cuánto tiempo...

	Siempre	Casi siempre	Muchas veces	Algunas veces	Sólo alguna vez	Nunca
a. ...se sintió lleno de vitalidad?	1	2	3	4	5	6
b. ...estuvo muy nervioso?	1	2	3	4	5	6
c. ...se sintió tan bajo de moral que nada podía aliviarle?	1	2	3	4	5	6
d. ...se sintió calmado y tranquilo?	1	2	3	4	5	6
e. ...tuvo mucha energía?	1	2	3	4	5	6
f. ...se sintió desanimado y triste?	1	2	3	4	5	6
g. ...se sintió agotado?	1	2	3	4	5	6
h. ...se sintió feliz?	1	2	3	4	5	6
i. ...se sintió cansado?	1	2	3	4	5	6

10. Durante las 4 últimas semanas, ¿con qué frecuencia su salud física o los problemas emocionales le han dificultado sus actividades sociales (como visitar a amigos o familiares)?
- | | |
|--------------------|---|
| Siempre | 1 |
| Casi siempre | 2 |
| Algunas veces | 3 |
| Sólo algunas veces | 4 |
| Nunca | 5 |

11. Por favor, diga si le parece cierta o falsa cada una de las siguientes frases

	Totalmente cierta	Bastante cierta	No lo sé	Bastante falsa	Totalmente falsa
a. Creo que me pongo enfermo más fácilmente que otras personas	1	2	3	4	5
b. Estoy tan sano como cualquiera	1	2	3	4	5
c. Creo que mi salud va a empeorar	1	2	3	4	5
d. Mi salud es excelente	1	2	3	4	5

(Versión española 1.3—July 15, 1994 por J.ordi Alonso, MD, PhD; on behalf of the EQOLA Project.)

7.12. Escala de Obsesiones y Compulsiones de Yale-Brown (Yale-Brown Obsessive-Compulsive Scale, Y-BOCS)

	Nada	Leve	Moderado	Severo	Extremo
1. Tiempo ocupado	0	1	2	3	4
1b. Tiempo libre	0	1	2	3	4
2. Interferencia	0	1	2	3	4
3. Estrés	0	1	2	3	4
4. Resistencia	0	1	2	3	4
5. Control	0	1	2	3	4
Subtotal obsesiones: _____					
	Nada	Leve	Moderado	Severo	Extremo
6. Tiempo ocupado	0	1	2	3	4
6b. Tiempo libre	0	1	2	3	4
7. Interferencia	0	1	2	3	4
8. Estrés	0	1	2	3	4
9. Resistencia	0	1	2	3	4
10. Control	0	1	2	3	4
Subtotal compulsiones: _____					
	Excelente			Ausente	
11. Insight (conciencia de enfermedad)	0	1	2	3	4
	Nada	Leve	Moderado	Severo	Extremo
12. Evitación	0	1	2	3	4
13. Indecisión	0	1	2	3	4
14. Responsabilidad	0	1	2	3	4
15. Enlentecimiento	0	1	2	3	4
16. Duda patológica	0	1	2	3	4
17. Gravedad global	0	1	2	3	4
18. Mejoría global	0	1	2	3	4
	Excelente		Buena	Moderada	Pobre
19. Fiabilidad	0		1	2	3
Puntuación total (ítems 1 a 10): _____					