

CALIDAD DE VIDA EN PACIENTES CON TRASTORNO OBSESIVO COMPULSIVO: UNA REVISIÓN

Ricardo Rodríguez Biglieri*

Resumen

El artículo reseña las principales investigaciones conducidas sobre la calidad de vida de los pacientes con Trastorno Obsesivo Compulsivo (TOC). Los primeros estudios datan de la década del '90 y convergen en señalar las consecuencias negativas que produce el cuadro en la vida de los afectados. La mayoría de los resultados señalan que tanto la severidad de las obsesiones como los síntomas depresivos son las variables que afectan en mayor medida a la calidad de vida de los pacientes con TOC. En vista de los resultados se discuten algunas estrategias que podrían conducir tanto a un reconocimiento precoz del cuadro como a mejorar los tratamientos y la calidad de vida de pacientes y cuidadores.

Palabras clave: trastorno Obsesivo Compulsivo – Calidad de Vida – Obsesiones – Depresión.

Key words: Obsessive Compulsive Disorder – Quality of life – Obsessions – Depression.

Introducción

El Trastorno Obsesivo Compulsivo (TOC) se encuentra entre los trastornos de ansiedad más habituales, con una prevalencia de vida estimada entre el 2 y 3% de la población general (Organización Mundial de la Salud [OMS], 2006; Sorensen, Kirkeby y Thomsen, 2004). Estudios recientes lo ubican como el cuarto trastorno psiquiátrico más frecuente (Angst, 1994; Berger, Voderholzer, y Hohagen, 2002; Kaplan y Sadock, 1999; Karno, Golding, Sorenson, y Burnam, 1988; OMS, 2006). Sin tratamiento su curso tiende a ser crónico, registrándose períodos de aumento y disminución en la intensidad de los síntomas, generalmente relacionados con eventos de vida estresantes (Rasmussen y Eisen, 1992). A pesar de la heterogeneidad característica de su sintomatología (Weissman y cols., 1994; Yaryura-Tobias y Neziroglu, 1994), se considera que en cuanto a su descripción clínica y fenomenológica el TOC es uno de los cuadros mejor descrito y establecido (de Silva y Marks, 2001).

El estudio sistemático del impacto que el TOC produce en la calidad de vida de los pacientes es

un tema de investigación sumamente reciente. Los primeros estudios datan de la década del '90 y convergen en señalar las consecuencias negativas que produce el cuadro en la vida de los afectados. El presente artículo reseña las principales investigaciones que se han conducido hasta la fecha respecto de las variables del TOC que parecen incidir en forma más negativa sobre la calidad de vida de los pacientes y las relaciones de éste con su entorno. Dado que la multiplicidad de estudios que se han realizado a través de técnicas y estrategias diferentes convergen en señalar algunos resultados similares, es pertinente su puesta en relieve para poder diseñar estrategias de tratamiento que tengan como objetivo la modificación de aquellas variables que contribuyen al deterioro de la calidad de vida de los pacientes. En ese sentido, a medida que se examinan los resultados de dichas investigaciones, se discuten sus implicaciones y se desarrollan algunas ideas respecto de cómo mejorar los tratamientos y promover la detección y tratamiento temprano del cuadro.

Investigaciones realizadas en pacientes pediátricos con TOC

Dado que muchos pacientes con TOC desarrollan el cuadro en su infancia o adolescencia (Rasmussen y Eisen, 1990; Thomsen, 1998), el deterioro en su calidad de vida suele iniciarse a edad temprana y agravarse a través de los años (Knapp, Henderson, y Patel, 2002). Según datos de una encuesta realizada en Estados Unidos a 696 adultos con TOC que

* Ricardo Rodríguez Biglieri, Facultad de Psicología, Universidad de Buenos Aires, CABA, Argentina

E-Mail: rodriguezbiglieri@psi.uba.ar

REVISTA ARGENTINA DE CLÍNICA PSICOLÓGICA XXII p.p. 139-146

© 2013 Fundación AIGLÉ.

habían presentado el cuadro desde la infancia (Hollander, 1997), el 80% recordaba que en dicha época les fue sumamente difícil explicar sus síntomas a los demás. Vergüenza, falta de conocimiento sobre el trastorno y temor a no ser comprendidos fueron los motivos más citados para seguir guardando silencio. Poco más del 56% creyó que los síntomas podrían controlarse o superarse, mientras que casi la mitad pensó que acabarían desapareciendo. Dado que dichas creencias favorecen el retraso en la consulta con el consecuente aumento en la probabilidad de cronificación del trastorno, sería de suma relevancia desarrollar programas de educación e información respecto de las características del cuadro, para favorecer un cambio en la interpretación del problema que redunde en una consulta temprana.

Los dos deseos más frecuentes que expresaban los participantes de la encuesta mencionada fueron: un diagnóstico más precoz (47%) y un tratamiento más accesible (39%). Teniendo en cuenta estos datos, se hace evidente la necesidad de difundir información concerniente al cuadro a nivel de la población general; además de la adecuada capacitación de los distintos profesionales de salud que desempeñan sus tareas con niños y adolescentes, de manera de poder identificar y tratar el problema de manera temprana.

Varios estudios determinaron el impacto nocivo que el trastorno imprime sobre la vida social y académica de estos niños (Adams, Waas, March, y Smith, 1994; Leonard y cols., 1993). Los pacientes involucran frecuentemente a padres o familiares en sus rituales, lo cual desarrolla problemas de dependencia que por lo general redundan en el mantenimiento del cuadro clínico y en un deterioro de las relaciones familiares. El hecho es que los padres colaboran frecuentemente con la ejecución de algunas compulsiones con la intención de disminuir la ansiedad o el malestar de sus hijos. El problema es que al notar el descenso del malestar tras la ejecución de los rituales, los padres ven reforzadas sus conductas de afrontamiento ante la situación, de manera que suelen sentirse inmersos en un círculo sin salida aparente. Bajo esas circunstancias no es poco frecuente observar serias alteraciones en la interacción de los padres entre sí.

Desafortunadamente, sólo pocos niños reciben el diagnóstico adecuado, y menos aún realizan tratamientos apropiados (Flament y cols., 1988). De hecho, según Whitaker y colaboradores (1990) sólo el 25% de los niños y adolescentes con TOC consultan con un profesional de la salud en busca de tratamiento. Los datos concuerdan en señalar el tremendo impacto del cuadro en la vida anímica de los niños, generando numerosos problemas tanto en el ámbito familiar como en el escolar (Grados, Labuda,

Riddle, y Walkup, 1997; March, Franklin, Nelson, y Foa, 2001). En cuanto a este último punto, los niños con TOC sufren con mayor frecuencia el rechazo o discriminación de sus pares en la escuela (bullying), siendo víctimas casi de manera cotidiana de hostigamiento o violencia psicológica, verbal, o física (March y Leonard, 1996; Rodríguez Biglieri, 2005; Thomsen, 1998). Por su parte las autoridades de las escuelas suelen encontrar muchas dificultades a la hora de intervenir en la resolución de estos conflictos, siendo un fenómeno común que vean rebasada su capacidad para afrontar adecuadamente el tema. Los niños muchas veces son catalogados como “el problema”, quedando aislados de juegos y otras actividades con sus pares. Todo ello se transcribe en dificultades en el aprendizaje y socialización, lo que termina complejizando el cuadro y deteriorando la salud del niño en forma general. Sería necesaria la correcta capacitación del cuerpo docente y del personal de la institución escolar respecto de cómo proceder en casos similares, con la finalidad de minimizar el impacto negativo que el cuadro presenta en el niño. La inclusión del niño en el grupo de pares, su participación en las actividades cotidianas, así como el fomento de actitudes de apoyo de parte de los niños para con el paciente favorecería no sólo la correcta socialización, sino que disminuiría las chances del niño de manifestar sintomatología depresiva (una de las complicaciones más frecuentes del TOC), problemas de conducta, y podría redundar en un enriquecimiento de las respuestas de afrontamiento a través del aprendizaje por modelado de sus pares.

Calidad de vida en población Adulta

Las investigaciones en población adulta arrojaron resultados similares a los anteriormente descritos. Koran, Thienemann y Davenport (1996), por ejemplo, se enfocaron en determinar el impacto combinado de obsesiones y compulsiones en la calidad de vida de los pacientes. Los resultados indicaron que el funcionamiento social y el desempeño de roles instrumentales se encontraba más afectado en pacientes con TOC que en quienes padecían ciertas enfermedades médicas de tipo crónico (ej. diabetes). Un hallazgo similar fue registrado por Antony, Roth, Swinson, Huta, y Devins (1998), quienes observaron que los pacientes con TOC presentaban serias dificultades a la hora de realizar tareas que requiriesen mantener la atención en forma focalizada, lo que producía problemas laborales y académicos.

Lochner y colaboradores (2003), compararon a 220 pacientes con TOC contra dos muestras de pacientes con otros cuadros de ansiedad (53 pacientes con trastorno de angustia y 64 fóbicos sociales). Según los autores, el grupo de pacientes con TOC

reportó índices menores de calidad de vida, especialmente en las áreas de funcionamiento familiar y vida cotidiana.

En 2001, Bobes y colaboradores examinaron a 36 pacientes españoles con TOC mediante la Escala Obsesivo Compulsiva de Yale-Brown (Y-Bocs; Goodman y cols., 1989) y el Cuestionario sobre el Estado de Salud (SF-36; Alonso, Prieto y Anto, 1995). Las puntuaciones fueron comparadas con normas españolas y con las obtenidas de pacientes ambulatorios esquizofrénicos, pacientes deprimidos, heroinómanos, pacientes en hemodiálisis y receptores de trasplante de riñón. Del total de la muestra de pacientes con TOC, el 61% tenía síntomas graves o sumamente graves. Su calidad de vida era peor cuando se comparaba con las normas españolas en todas las áreas del SF-36, pero especialmente con respecto al área de salud mental. Por otro lado, los pacientes con TOC presentaban la misma calidad de vida que los sujetos con esquizofrenia respecto de las áreas de salud mental y registraban puntuaciones más bajas que las encontradas en heroinómanos, pacientes deprimidos y pacientes con afecciones físicas. En la misma dirección, Bystritsky y colaboradores (2001) compararon a 31 pacientes con TOC, con 68 pacientes esquizofrénicos que participaban de un programa de rehabilitación de manera ambulatoria. Ambos grupos no diferían en sus puntuaciones sobre calidad de vida en la evaluación realizada en el momento previo a su inclusión en planes de tratamiento.

La investigación de Masellis, Rector y Richter (2003) fue la primera en abordar el impacto diferencial que las obsesiones y compulsiones manifestaban en la calidad de vida de los pacientes con TOC. El estudio determinó que la misma se veía más afectada por la severidad de obsesiones y síntomas depresivos, que por la de las compulsiones. Hacia una conclusión similar han arribado otros investigadores, quienes señalan que el grado de deterioro en la calidad de vida de los pacientes se incrementa proporcionalmente a la severidad de las obsesiones, más que de los rituales (Eisen y cols., 2006; Moritz y cols., 2005; Niederauer, Braga, de Souza, Meyer, y Cordioli, 2006). Rodríguez Salgado y colaboradores (2006), además de llegar a resultados equivalentes a los mencionados anteriormente, encontraron que el género y la edad no afectaban significativamente la calidad de vida de 64 pacientes españoles con TOC a quienes habían examinado, mientras que sí lo hacía la presencia de depresión comórbida. Dado que la comorbilidad más frecuentes del TOC es con el trastorno depresivo mayor (Clark, 2004), es esperable entonces encontrar que la mayoría de los pacientes presenten serias limitaciones en su funcionamiento cotidiano.

Recientemente, un estudio conducido por Hollander, Stein, Fineberg, Marteau y Legault (2010) sobre una muestra de 468 pacientes con TOC halló que los pacientes que presentaban síntomas más severos (Y-Bocs > 27) registran mayor deterioro en su calidad de vida.

Datos concordantes fueron hallados por Albert y colaboradores (2010) quienes hallaron que la severidad de los rituales y síntomas ansiosos sumado a la comorbilidad con un trastorno del estado de ánimo fueron los mejores predictores del deterioro en el área salud mental tal como se evalúa en la SF-36.

Por otro lado, los pacientes con rumiaciones obsesivas, quienes suelen presentar sintomatología obsesiva más severa (Rodríguez Biglieri, 2004), pueden requerir de intervenciones diferentes a las propuestas para otros subtipos. Teniendo en cuenta que la calidad de vida se ve particularmente afectada por la severidad de las obsesiones, estos pacientes necesitarían de tratamientos que contemplen no solo el trabajo sobre las compulsiones, sino sobre las obsesiones para observar una mejoría en su nivel de funcionamiento.

También se encuentra ampliamente documentado el deterioro que el cuadro genera a nivel laboral (Grabe y cols., 2000; Rappaport, Clary, Fayyad, y Endicott, 2005; Steketee, 2002). Un estudio en tal sentido de Mancebo y cols. (2008), observó una muestra total de 238 pacientes con diagnóstico de TOC según criterios DSM-IV (APA, 1994). El 38 % de la muestra manifestaba incapacidad para realizar tareas laborales. La mitad de la muestra, además, presentaba serias limitaciones en el funcionamiento interpersonal (social y familiar). Resultados similares se observaron en una muestra alemana compuesta por 75 pacientes que reunían criterios CIE-10 (OMS, 2000) para TOC (Strengler-Wenzke, Kroll, Matschinger, y Angermeyer, 2006a). Los pacientes, comparados con la población general, presentaron puntuaciones significativamente más bajas en todas las áreas de funcionamiento evaluadas en la Escala de Calidad de Vida de la Organización Mundial de la Salud (WHOQOL). En Dinamarca, Sorensen, Kirkeby y Thomsen (2004) evaluaron a través de una encuesta autoadministrable enviada por correo a 220 pacientes con TOC pertenecientes a una asociación que los nucleaba. Los encuestados manifestaban que los síntomas les producían enormes problemas en cuanto al desarrollo académico, laboral y al funcionamiento social en general. Además, referían haber tenido numerosos síntomas depresivos e ideación suicida. Utilizando una estrategia metodológica similar a la del estudio anterior, Stein, Roberts, Hollander, Rowland y Serebro (1996) analizaron una muestra de pacientes con TOC en Sudáfrica, arribando a resultados similares.

Evaluando el impacto del TOC desde una perspectiva económica, Knapp, Henderson y Patel (2002) establecieron que dado que generalmente el inicio del cuadro es temprano y que su curso es crónico, el mismo debería impactar negativamente en la productividad del afectado. Los autores observaron las estadísticas provenientes de las encuestas de estudios de morbilidad psiquiátrica realizadas por la oficina de censos poblacionales y encuestas del gobierno británico (British Psychiatric Morbidity Surveys, British Office of Population Censuses and Surveys; Meltzer, Gill, y Pettigrew, 1995) y hallaron que cerca del 52% de los pacientes con TOC no trabajaban. De aquellos que desempeñaban tareas laborales la mayoría tomaba más días de licencias al año en comparación con otros trabajadores, debido a las fluctuaciones en la intensidad de los síntomas. Por otra parte, el 39% de los trabajadores con TOC realizaban tareas no calificadas, según los pacientes ello se debía a los problemas que el cuadro había ocasionado en la esfera académica. Calculando el valor anual de pérdida de productividad, Dupont, Rice, Shivaki y Rowland (1995), estimaron en 5900 millones de dólares el costo que representó el cuadro en horas de trabajo perdidas en 1990, y en 8400 millones el costo total del TOC para la economía estadounidense ese mismo año. En la misma dirección, las cifras del Estudio Epidemiológico de Área conducido en cinco comunidades de Estados Unidos (ECA; Epidemiologic Catchment Area study; Robins y Regier, 1991) fueron analizadas por Karno, Golding, Sorenson, y Burnam (1988), quienes hallaron una tasa de desempleo entre pacientes con TOC del 45% en hombres y del 65% en mujeres. Estos problemas económicos producen una exclusión de las actividades sociales y conllevan una sobrecarga de costos que debe ser cubierta por terceros (por ejemplo, el estado, familiares, amigos cercanos).

Recientemente se han desarrollado investigaciones sobre el impacto que el TOC produce en el sistema familiar de la persona afectada (Ramos-Cerqueira, Torres, Torresan, Negreiros, y Vitorino, 2008).

Albert, Salvi, Saracco, Bogetto y Maina (2007) evaluaron a 64 familiares de primer grado de pacientes con TOC mediante el Cuestionario SF-36. Las puntuaciones de los participantes se compararon luego con las de la población Italiana general. Los familiares de pacientes con TOC presentaban un gran deterioro en las áreas relacionadas con las subescalas de vitalidad, funcionamiento social, salud mental, y limitaciones de rol debido a problemas emocionales. Resultados similares fueron obtenidos en una muestra alemana compuesta por 74 familiares de pacientes con TOC, quienes al ser evaluados con el instrumento WHOQOL presentaron bajas puntuaciones en las áreas de bienestar físico y psicológico, y funcionamiento social (Stengler-Wenzke, Kroll, Matschinger, y Angermeyer, 2006b).

Recientemente, Grover y Dutt (2011) evaluaron a 50 cuidadores y familiares de pacientes con TOC, hallando que el 56% de éstos reportaban un severo deterioro en su calidad de vida, la cual se veía afectada particularmente por la severidad de la sintomatología. La corta edad de los pacientes, una larga duración de la enfermedad y la mayor duración del tratamiento fueron predictores de una pobre calidad de vida en el área salud física de parte de los cuidadores.

En el mismo sentido Vikas, Avasthi y Sharan (2011) compararon 32 cuidadores de pacientes con TOC con 30 de sujetos con depresión mayor hallando que los primeros registraban una mayor sobrecarga y tendencia a la codependencia.

Conclusiones

En conclusión, todas las investigaciones convergen en señalar un mismo resultado: el TOC produce un impacto negativo en el bienestar general del paciente, provocando severas alteraciones en su funcionamiento académico, laboral, familiar y social (ver tabla 1). La aparición del cuadro dificulta, entonces, la concreción de metas vitales de importancia, lo que impacta directamente en la autoesti-

Tabla 1. Impacto del TOC en diferentes aspectos de la calidad de vida de los pacientes.

VIDA ACADÉMICA	RELACIONES SOCIALES	ÁREA LABORAL	VIDA FAMILIAR	PERCEPCIÓN SUBJETIVA DE SALUD
Deterioro del rendimiento escolar y académico.	Impacto negativo en relaciones de pares durante la infancia.	Desocupación.	Aparición de vínculos de codependencia.	Afectada principalmente por la severidad de obsesiones y síntomas depresivos.
Dificultades atencionales producidas por los síntomas.	Limitaciones en el funcionamiento social y el desempeño de roles instrumentales.	Predominio de trabajos no calificados.	Alteraciones en la interacción familiar. Impacto negativo en la calidad de vida de los cuidadores.	Menor bienestar psicológico y vitalidad que pacientes con algunos cuadros médicos crónicos.

ma, produciendo insatisfacción y aumentando las probabilidades de aparición de cuadros depresivos (Clark, 2002; Rachman, 2003; Tallis, 1999). Las investigaciones llevadas a cabo por la Organización Mundial de la Salud en 1990 han establecido que el TOC se encuentra entre las diez primeras causas de incapacidad, y que el porcentaje de años de vida vividos con discapacidad de quienes lo padecen es similar al de los pacientes con esquizofrenia (Ayuso-Mateos, 2000; Fleishman, 2003).

Si bien se dispone en la actualidad de tratamientos eficaces para el TOC (Baer, y Minichiello, 1990; Clark, 2004; Ladouceur, Freeston, Gagnon, Thibodeau, y Dumont, 1995; Rachman, 2003; van Oppen y Emmelkamp, 2000), existe un consenso general entre los expertos respecto de la necesidad de ahondar los conocimientos sobre el cuadro con la finalidad de diseñar intervenciones que impacten no sólo en la sintomatología general del cuadro, sino que redunden además en una mejora sustancial de la calidad de vida de los pacientes (Barlow y Durand, 2001; Clark y Purdon, 1993; Obsessive Compulsive Cognitions Working Group, 1997). Intervenciones destinadas a contrarrestar especialmente la sintomatología depresiva y obsesiva serían de suma utilidad para mejorar la calidad de vida de los pacientes, ya que existen datos convergentes sobre su relación con el nivel de funcionamiento de los pacientes (Fontenelle y cols., 2010; Hauschildt, Jelinek, Randjbar, Hottenrott y Moritz, 2010). Aunque escasos, existen algunos estudios que brindan datos prometedores al respecto, mostrando el impacto positivo que tiene sobre la calidad de vida de los pacientes el incluir en los protocolos de tratamiento dichas intervenciones (Diefenbach, Abramowitz, Norberg, y Tollin, 2007; Moritz y cols., 2005; Norberg, Calamari, Cohen, y Riemann, 2007).

Asimismo, sería conveniente que los dispositivos de tratamiento incluyan al entorno social del paciente de manera de contrarrestar los efectos negativos del cuadro en dicha área (Hauschildt y Moritz, 2011).

Por último, se necesitan más investigaciones sobre el impacto diferencial que diferentes perfiles de síntomas poseen sobre la calidad de vida de los pacientes (Markarian y cols., 2010), así como la identificación y análisis de otras variables que no han sido tenidas en cuenta de manera sistemática en los estudios sobre el tema.

BIBLIOGRAFÍA

- Adams, G., Waas, G., March, J., y Smith, M. (1994). Obsessive Compulsive disorder in children and adolescent: the role of the school psychologist in identification, assessment and treatment. *Schoolar Psychology*, 9, 274-294
- Albert, U., Maina, G., Bogetto, F., Chiarle, A., y Mataix-Cols, D. (2010). Clinical predictors of health-related quality of life in obsessive-compulsive disorder. *Comprehensive Psychiatry*, 51(2), 193-200.
- Albert, U., Salvi, V., Saracco, P., Bogetto, F., y Maina, G. (2007). Health-related quality of life among first-degree relatives of patients with obsessive-compulsive disorder in Italy. *Psychiatric Services*, 58(7), 970-976.
- Alonso, J., Prieto, L., y Anto, J. (1995). La versión española del SF-36 Health Survey (Cuestionario de Salud SF-36): un instrumento para la medida de los resultados clínicos. *Medicina Clínica*, 104(20), 771-776.
- American Psychiatric Association. (1994). *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales* (4ª ed). Barcelona: Masson.
- Angst, J. (1994). The epidemiology of obsessive compulsive disorder. En E. Hollander, J. Zohar, D. Marazziti y B. Olivier (Eds.), *Current insights in obsessive-compulsive disorder* (pp. 93-104). Chichester: Wiley.
- Anthony, M., Roth, D., Swinson, R., Huta, V., y Devins, G. (1998). Illness intrusiveness in individuals with panic disorder, obsessive-compulsive disorder, or social phobia. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 186, 311-315.
- Ayuso-Mateos, J. (2000). *Global burden of obsessive-compulsive disorder in the year 2000*. Ginebra: Organización Mundial de la Salud.
- Baer, L., y Minichiello, W.E. (1990). Behavior therapy for obsessive-compulsive disorder. En M. A. Jenike, L. Baer y W. E. Minichiello (Eds.), *Obsessive-compulsive disorders: theory and management* (pp-203-232). Chicago: Year Book Medical.
- Barlow, D. y Durand, V. (2001). *Psicología anormal: Un enfoque integral* (2ª Ed.). México: Thomson.
- Berger, M., Voderholzer, U., y Hohagen, F. (2002). Obsessive-compulsive disorder: an underestimated disorder. En M. Maj, N. Sartorius, A. Okasha y J. Zohar (Eds.), *Obsessive-Compulsive Disorder* (2º ed.), (pp.297-299). Sussex, Inglaterra: Wiley
- Bobes, J., González, M., Bascarán, M., Arango, C., Sáiz, P., y Bousoño, M. (2001). Calidad de vida y discapacidad en pacientes con trastorno obsesivo-compulsivo. *European Psychiatry* [Edición Española], 8, 436-442.
- Bystritsky, A., Liberman, R.P., Hwang, S., Wallace, C., Vapnik, T., Maidment, K., y Saxena, S. (2001). Social functioning and quality of life comparisons between obsessive-compulsive and schizophrenic disorders. *Depression and Anxiety*, 14(4), 214-218.

- Clark, D. y Purdon, C. (1993). New perspectives of a cognitive theory of obsessions. *Australian Psychologist*, 28, 161-167.
- Clark, D. (2002). A cognitive perspective on obsessive compulsive disorder and depression: distinct and relates features. En R. O. Frost y G. Steketee (Eds.), *Cognitive approaches to obsessions and compulsions: theory, research and treatment* (pp.233-250). Oxford. UK: Pergamon.
- Clark, D. (2004). *Cognitive-behavioral therapy for OCD*. New York: The Guilford Press.
- de Silva, P., y Marks, M. (2001). Traumatic experiences, post traumatic stress disorder and obsessive-compulsive disorder. *International Review of Psychiatry*, 13, 172-180.
- Demyttenaere, K. (2006). Quality of life in depression and anxiety: does it matter? *International Journal of Psychiatry in Clinical Practice*, 10 (1), 27-30.
- Diefenbach, G., Abramowitz, J., Norberg, M., y Tolin, D. (2007). Changes in quality of life following cognitive-behavioral therapy for obsessive-compulsive disorder. *Behaviour Research and Therapy*, 45 (12), 3060-3068.
- Diefenbach, G., Abramowitz, J., Norberg, M., y Tolin, D. (2007). Changes in quality of life following cognitive-behavioral therapy for obsessive-compulsive disorder. *Behaviour Research and Therapy*, 45 (12), 3060-3068.
- Dupont, R., Rice, D., Shivaki, S., y Rowland, C. (1995). Economic costs of obsessive compulsive disorder. *Medical Interface*, 89, 102-109.
- Eisen, J., Mancebo, M., Pinto, A., Coles, M., Pagano, M., Scout, R., y Rasmussen, S. (2006). Impact of obsessive-compulsive disorder on quality of life. *Comprehensive Psychiatry*, 47 (4), 270-275.
- Flament, M., Whitaker, A., Rapoport, J., Davis, M., Berg, C., Kalikow, K., Sceery, W., y Shaffer, D. (1988). Obsessive compulsive disorder in adolescence, an epidemiological study. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 27, 764-771.
- Fleishman, M. (2003). Psychopharmacosocioeconomics and the global burden of disease. *Psychiatric Services*, 54 (2), 142-144.
- Fontenelle, I.S., Fontenelle, L.F., Borges, M.C., Prazeres, A.M., Rangé, B.P., Mendlowicz, M.V., y Versiani, M. (2010). Quality of life and symptom dimensions of patients with obsessive-compulsive disorder. *Psychiatry Research*, 179(2), 198-203.
- Goodman, W., Price, L., Rasmussen, S., Mazuke, C., Fleishman, R., y Hill, C. (1989). The Yale Brown Obsessive Compulsive Scale. *Archives of General Psychiatry*, 46, 1006-11.
- Grabe, H., Meyer, C., Hapke, U., Rumpf, H., Freyberger, H., Dilling, H., y John, U. (2000). Prevalence, quality of life and psychosocial function in obsessive-compulsive disorder and subclinical obsessive-compulsive disorder in northern Germany. *European Archives of Psychiatry and Clinical Neuroscience*, 250 (5), 262-8.
- Grados, M., Labuda, M., Riddle, M., y Walkup, J. (1997). Obsessive Compulsive Disorder in Children and Adolescent. *International Review of Psychiatry*, 9, 83-97.
- Grover, S. y Dutt, A. (2011). Perceived burden and quality of life of caregivers in obsessive-compulsive disorder. *Psychiatry and Clinical Neurosciences*, 65(5), 416-22.
- Hauschildt, M., Jelinek, L., Randjbar, S., Hottenrott, B., y Moritz, S. (2010). Generic and illness-specific quality of life in obsessive-compulsive disorder. *Behavior and Cognitive Psychotherapy*, 38(4), 417-436.
- Hauschildt, M. y Moritz, S. (2011). Obsessive-compulsive disorder: psychosocial consequences and quality of life: a review. *Nervenarzt*, 82(3), 281-286.
- Hollander, E. (1997). Obsessive-compulsive disorder: the hidden epidemic. *Journal of Clinical Psychiatry*, 58 (12), 3-6.
- Hollander, E., Kwon, J., Stein, D., Broatch, J., Rowland, C., y Himelein, C. (1996). Obsessive-compulsive disorder and spectrum disorders: overview and quality of life issues. *Journal of Clinical Psychiatry*, 8, 3-6.
- Hollander, E., Stein, D.J., Fineberg, N.A., Marteau, F., y Legault, M. (2010). Quality of life outcomes in patients with obsessive-compulsive disorder: relationship to treatment response and symptom relapse. *Journal of Clinical Psychiatry*, 71(6), 784-92.
- Kaplan, H., y Sadock, B. (1999). *Sinopsis de psiquiatría* (8ª ed.). Madrid: Editorial Médica Panamericana.
- Karno, M., Golding, J., Sorenson, S., y Burnam, M. (1988). The epidemiology of obsessive-compulsive disorder en five US communities. *Archives of General Psychiatry*, 45 (12), 1094-1099.
- Knapp, M., Henderson, J., y Patel, A. (2002). Costs of obsessive-compulsive disorder: a review. En M. Maj, N. Sartorius, A. Okasha y J. Zohar (eds.), *Obsessive-Compulsive Disorder* (2º ed.), (pp.253-275). Sussex, Inglaterra: Wiley
- Koran, L., Thienemann, M., y Davenport, R. (1996). Quality of life for patients with obsessive-compulsive disorder. *American Journal of Psychiatry*, 153, 783-788.
- Ladouceur, R., Freeston, M., Gagnon, F., Thibodeau, N., y Dumont, J. (1995). Cognitive behavioural treatment of obsessions. *Behavior Modification*, 19, 247-257.

- Leonard, H., Swedo, S., Lenane, M., Rettew, D., Hamburger, S., Bartko, J., y Rapoport, J. (1993). A 2- to 7- year follow-up study of 54 obsessive compulsive children and adolescent. *Archives of General Psychiatry*, 50, 429-439.
- Lochner, C., Mogotsi, M., du Toit, P., Kaminer, D., Niehaus, D., y Stein, D. (2003). Quality of life in anxiety disorders: a comparison of obsessive-compulsive disorder, social anxiety disorder, and panic disorder. *Psychopathology*, 36 (5), 255-262.
- Mancebo, M.C., Greenberg, B., Grant, J.E., Pinto, A., Eisen, J.L., Dyck, I., y Rasmussen, S.A. (2008). Correlates of occupational disability in a clinical sample of obsessive-compulsive disorder. *Comprehensive Psychiatry*, 49 (1), 43-50.
- March, J. y Leonard, H. (1996). Obsessive-compulsive disorder in children and adolescents: a review of the past 10 years. *Journal of the American Academy for Child and Adolescent Psychiatry*, 34 (10), 1265-1273.
- March, J., Franklin, M., Nelson, A., y Foa, E. (2001). Cognitive-behavioral psychotherapy for pediatric obsessive-compulsive disorder. *Journal of Clinical Child Psychiatry*, 30 (1), 8-18.
- Markarian, Y., Larson, M.J., Aldea, M.A., Baldwin, S.A., Good, D., Berkeljon, A., Murphy, T.K., Storch, E.A., y McKay D. (2010). Multiple pathways to functional impairment in obsessive-compulsive disorder. *Clinical Psychological Review*, 30(1), 78-88.
- Masellis, M., Rector, N., y Richter, M. (2003). Quality of life in OCD: Differential impact of obsessions, compulsions, and depression comorbidity. *Canadian Journal of Psychiatry*, 48, 72-77.
- Meltzer, H., Gill, B., y Petticrew, M. (1995). *OPCS surveys of psychiatric morbidity in Great Britain: report n° 1, the prevalence of psychiatric morbidity among adults living in private households*. Londres: Office of population Censuses and surveys.
- Moritz, S., Rufer, M., Fricke, S., Karow, A., Morfeld, M., Jelinek, L., y Jacobsen D. (2005). Quality of life in obsessive-compulsive disorder before and after treatment. *Comprehensive Psychiatry*, 46 (6), 453-459.
- Niederauer, K., Braga, D., de Souza, F., Meyer, E., y Cordioli, A. (2006). Quality of life in individuals with obsessive-compulsive disorder: a review. *Revista Brasileira da Psiquiatria*, 29 (3), 271-278.
- Norberg, M., Calamari, J., Cohen, R., y Riemann, B. (2007). Quality of life in obsessive-compulsive disorder: an evaluation of impairment and a preliminary analysis of the ameliorating effects of treatment. *Depression and Anxiety*, 25 (3), 248-259.
- Norberg, M., Calamari, J., Cohen, R., y Riemann, B. (2007). Quality of life in obsessive-compulsive disorder: an evaluation of impairment and a preliminary analysis of the ameliorating effects of treatment. *Depression and Anxiety*, 25 (3), 248-259.
- Obsessive Compulsive Cognitions Working Group (1997). Cognitive assessment of obsessive-compulsive disorder. *Behaviour Research and Therapy*, 35, 667-681.
- Organización Mundial de la Salud (2000). *CIE-10: Trastornos mentales y del comportamiento*. Madrid: Panamericana.
- Organización Mundial de la Salud (2006). *Disease control priorities related to mental, neurological, developmental and substance abuse disorders*. Ginebra: Autor.
- Rachman, S. (2003). *The treatment of obsessions*. Oxford: Oxford University Press.
- Ramos-Cerqueira, A., Torres, A., Torresan, R., Negreiros, A., y Vitorino, C. (2008). Emotional burden in caregivers of patients with obsessive-compulsive disorder. *Depression and Anxiety*, 25 (12), 1020-1027.
- Rapaport, M.H., Clary, C., Fayyad, R., y Endicott, J. (2005). Quality-of-Life Impairment in Depressive and Anxiety Disorders. *American Journal of Psychiatry*, 162, 1171-1178.
- Rasmussen, S. y Eisen, J. (1990). Epidemiology of OCD. *Journal of Clinical Psychiatry*, 53, 10-14.
- Rasmussen, S. y Eisen, J. (1992). The epidemiology and clinical features of obsessive-compulsive disorder. *Psychiatric Clinics of North America*, 15, 743-758.
- Robins, L. y Regier, D. (1991). *Psychiatric Disorders in America: the Epidemiologic Catchment Area Study*. New York: Free Press.
- Rodríguez Biglieri, R. (2004). Terapia cognitiva para pacientes con rumiaciones obsesivas. *Vertex, Revista Argentina de Psiquiatría*, 15 (56), 85-90.
- Rodríguez Biglieri, R. (2005). Terapia cognitiva en pacientes pediátricos con trastorno obsesivo compulsivo. *Perspectivas en Psicología*, 2 (1), 36-42.
- Rodríguez Salgado, B., Dolengevich Segal, S., Arrojo Romero, M., Castelli Candia, P., Navio Acosta, M., Pérez Rodríguez, M., Saiz Ruiz, J., y Baca García, E. (2006). Perceived quality of life in obsessive-compulsive disorder: related factors. *BMC Psychiatry*, 6, 20.
- Sorensen, C., Kirkeby, L., y Thomsen, P. (2004). Quality of life with OCD: a self-reported survey among members of the Danish OCD association. *Nordic Journal of Psychiatry*, 58 (3), 231-236.

- Stein, D., Roberts, M., Hollander, E., Rowland, C., y Serebro, P. (1996). Quality of life and pharmacoeconomic aspects of obsessive-compulsive disorder: a South African survey. *South African Medical Journal*, 86 (12), 1582-1585.
- Steketee, G. (2002). In search of data on costs of obsessive-compulsive disorder. En M. Maj, N. Sartorius, A. Okasha y J. Zohar (eds.), *Obsessive-Compulsive Disorder* (2º ed.), (pp.281-283). Sussex, Inglaterra: Wiley
- Stengler-Wenzke, K., Kroll, M., Matschinger, H., y Angermeyer, M. (2006a). Subjective quality of life of patients with obsessive-compulsive disorder compared to the general population. *Psychiatrische Praxis*, 33 (7), 350-352.
- Stengler-Wenzke, K., Kroll, M., Matschinger, H., y Angermeyer, M. (2006b). Quality of life of relatives of patients with obsessive-compulsive disorder. *Comprehensive Psychiatry*, 47 (6), 523-527.
- Tallis, F. (1999). *Trastorno obsesivo compulsivo: una perspectiva cognitiva y neuropsicológica*. Bilbao, España: Desclee de Brouwer.
- Thomsen, P. (1998). Obsessive-compulsive disorder in children and adolescents: clinical guidelines. *European Child and Adolescent Psychiatry*, 7, 1-11.
- van Oppen, P. y Emmelkamp, P. (2000). Issues in cognitive treatment of obsessive-compulsive disorder. En W. Goodman, M. Rudorfer, & J. Maser (Eds). *Obsessive compulsive disorder: contemporary issues in treatment*. (pp.117-132). Hillsdale, New Jersey: Erlbaum.
- Ventura, J., Liberman, R., Green, M., Shaner, A., y Mintz, J. (1998). Training and quality assurance with the Structured Clinical Interview for DSM-IV (SCID-I/P). *Psychiatry Research*, 79 (2), 163-73.
- Vikas, A., Avasthi, A., y Sharan, P. (2011). Psychosocial impact of obsessive-compulsive disorder on patients and their caregivers: a comparative study with depressive disorder. *International Journal of Social Psychiatry*, 57(1), 45-56.
- Weissman, M., Bland, R., Canino, G., Greenwald, S., Hwu, H., Lee, C., Newman, S., Oakley-Browne, M., Rubio-Stipec, M., Wickramaratne, P., Wittchen, H., y Yeh, E. (1994). The cross national epidemiology of obsessive-compulsive disorder. *Journal of Clinical Psychiatry*, 55, (3), 5-10.
- Whitaker, A., Jonson, J., Shaffer, D., Rapoport, J., Kalikow, K., Walsh, B., Davies, M., Braiman, S., y Dorinsky, A. (1990). Uncommon Troubles in young people: prevalence estimates of selected psychiatric disorders in a non-referred adolescent population. *Archives of General Psychiatry*, 47, 487-496.
- Yaryura-Tobías, J. y Neziroglu, F. (1994). *La epidemia oculta: trastorno obsesivo compulsivo*. Bs. As.: Cangrejal.

Recibido: 9-1-12
Aceptado: 8-6-12

Abstract: The article reviews the main investigations conducted to date regarding quality of life in Obsessive-Compulsive Disorder (OCD) patients. The first studies date from 90s and converge in pointing out the negative consequences produced by OCD on patient's lives. Results indicate that both the severity of obsessions and depressive symptoms are the variables that most affect the quality of life of patients with OCD. In view of the findings some strategies that could lead to both early recognition of OCD and to improve treatment and quality of life for patients and caregivers are discussed.