

Descripción general de las estrategias de tratamiento del TOC



Robert Hudak, M.D.

Profesor Asociado de Psiquiatría
Escuela de Medicina de la Universidad de Pittsburgh



Psychopharmacology
Institute

Pasemos ahora al video 2: Descripción general de las estrategias de tratamiento del TOC.

Tratamiento Integrado del TOC



Los medicamentos reducen el tiempo dedicado a las obsesiones y compulsiones



La EPR disminuye aún más la frecuencia e intensidad

Skapinakis, P., Caldwell, D. M., Hollingworth, W., Bryden, P., Fineberg, N. A., Sălcudean, A., & Lewis, G. (2016). Pharmacological and psychotherapeutic interventions for obsessive-compulsive disorder: A systematic review and network meta-analysis of randomized controlled trials. *The Lancet Psychiatry*, 3(8), 730–739. [https://doi.org/10.1016/S2215-0366\(16\)30069-4](https://doi.org/10.1016/S2215-0366(16)30069-4)



Psychopharmacology
Institute

El enfoque integrado para el tratamiento del TOC combina medicamentos y EPR. Los medicamentos pueden reducir el tiempo que el paciente dedica a las obsesiones y compulsiones, disminuir su intensidad y reducir el impulso de llevar a cabo las compulsiones. La EPR, por su parte, reduce aún más la frecuencia e intensidad de las obsesiones y compulsiones.

References

- Skapinakis, P., Caldwell, D. M., Hollingworth, W., Bryden, P., Fineberg, N. A., Sălcudean, A., & Lewis, G. (2016). Pharmacological and psychotherapeutic interventions for obsessive-compulsive disorder: A systematic review and network meta-analysis of randomized controlled trials. *The Lancet Psychiatry*, 3(8), 730–739. [https://doi.org/10.1016/S2215-0366\(16\)30069-4](https://doi.org/10.1016/S2215-0366(16)30069-4)

Enfoque Terapéutico



Los casos leves reciben EPR sola



Los casos moderados a graves requieren tratamiento combinado

Skapinakis, P., Caldwell, D. M., Hollingworth, W., Bryden, P., Fineberg, N. A., Sălcudean, A., & Lewis, G. (2016). Pharmacological and psychotherapeutic interventions for obsessive-compulsive disorder: A systematic review and network meta-analysis of randomized controlled trials. *The Lancet Psychiatry*, 3(8), 730–739. [https://doi.org/10.1016/S2215-0366\(16\)30069-4](https://doi.org/10.1016/S2215-0366(16)30069-4)



Psychopharmacology
Institute

En casos leves de TOC, la EPR por sí sola puede ser suficiente. En casos moderados a graves, generalmente se combinan medicamentos con EPR. Es importante destacar que el tratamiento exclusivo con medicamentos nunca es apropiado. Siempre debe incluirse la EPR, ya sea sola o en combinación con medicamentos.

References

- Skapinakis, P., Caldwell, D. M., Hollingworth, W., Bryden, P., Fineberg, N. A., Sălcudean, A., & Lewis, G. (2016). Pharmacological and psychotherapeutic interventions for obsessive-compulsive disorder: A systematic review and network meta-analysis of randomized controlled trials. *The Lancet Psychiatry*, 3(8), 730–739. [https://doi.org/10.1016/S2215-0366\(16\)30069-4](https://doi.org/10.1016/S2215-0366(16)30069-4)

Escala Y-BOCS



Herramienta más utilizada para evaluar la gravedad del TOC



Las puntuaciones oscilan entre 0 y 40, distribuidas en cinco categorías

Storch, E. A., De Nadai, A. S., do Rosário, M. C., Shavitt, R. G., Torres, A. R., Ferrão, Y. A., Miguel, E. C., Lewin, A. B., & Fontenelle, L. F. (2015). Defining clinical severity in adults with obsessive-compulsive disorder. *Comprehensive Psychiatry*, 63, 30-35. <https://doi.org/10.1016/j.comppsy.2015.08.007>



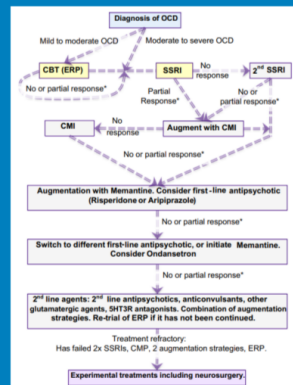
Psychopharmacology
Institute

Contamos con la escala Y-BOCS, que es la herramienta más utilizada para evaluar la gravedad del TOC. Es importante aclarar que la Y-BOCS no es un instrumento diagnóstico; se aplica únicamente cuando el diagnóstico de TOC ya ha sido establecido. Las puntuaciones se interpretan de la siguiente manera: de 0 a 7 corresponde a síntomas subclínicos, de 8 a 15 a síntomas leves, de 16 a 23 a síntomas moderados, de 24 a 31 a síntomas graves, y de 32 a 40 a síntomas extremos.

References

- Storch, E. A., De Nadai, A. S., do Rosário, M. C., Shavitt, R. G., Torres, A. R., Ferrão, Y. A., Miguel, E. C., Lewin, A. B., & Fontenelle, L. F. (2015). Defining clinical severity in adults with obsessive-compulsive disorder. *Comprehensive Psychiatry*, 63, 30-35. <https://doi.org/10.1016/j.comppsy.2015.08.007>

Algoritmo de Tratamiento



Borue, X., Sharma, M., & Hudak, R. (2015). Biological treatments for obsessive-compulsive and related disorders. *Journal of Obsessive-Compulsive and Related Disorders*, 6, 7-26. <https://doi.org/10.1016/j.jocrd.2015.03.003>



Quisiera presentarles el algoritmo que desarrollamos en la Universidad de Pittsburgh. Se publicó por primera vez en 2015 y, con el tiempo, he incorporado algunas modificaciones menores basadas en la evidencia más reciente.

References

- Borue, X., Sharma, M., & Hudak, R. (2015). Biological treatments for obsessive-compulsive and related disorders. *Journal of Obsessive-Compulsive and Related Disorders*, 6, 7-26. <https://doi.org/10.1016/j.jocrd.2015.03.003>

Manejo del TOC



El tratamiento de primera línea incluye la terapia de EPR



Considerar un segundo ISRS en pacientes sin respuesta

Borue, X., Sharma, M., & Hudak, R. (2015). Biological treatments for obsessive-compulsive and related disorders. *Journal of Obsessive-Compulsive and Related Disorders*, 6, 7-26. <https://doi.org/10.1016/j.jocrd.2015.03.003>



Psychopharmacology
Institute

Al inicio del algoritmo, pueden observar el punto de partida: una vez que se diagnostica el TOC, se indica EPR sola o EPR junto con ISRS. Si el paciente no responde al ISRS, se recomienda cambiar a un segundo ISRS.

References

- Borue, X., Sharma, M., & Hudak, R. (2015). Biological treatments for obsessive-compulsive and related disorders. *Journal of Obsessive-Compulsive and Related Disorders*, 6, 7-26. <https://doi.org/10.1016/j.jocrd.2015.03.003>

Estrategia con la Clase de los ISRS



La estrategia de tratamiento del TOC difiere de la de la depresión



El TOC requiere mantenerse dentro de la clase de los ISRS

Borue, X., Sharma, M., & Hudak, R. (2015). Biological treatments for obsessive-compulsive and related disorders. *Journal of Obsessive-Compulsive and Related Disorders*, 6, 7-26. <https://doi.org/10.1016/j.jocrd.2015.03.003>



Psychopharmacology
Institute

Es importante señalar que el uso de ISRS en el TOC es muy diferente al de la depresión mayor. Cuando un paciente con depresión mayor no responde a un ISRS, frecuentemente se cambia a otra clase de antidepresivos. En el TOC, esto no aplica: nos mantenemos dentro de la clase de los ISRS. Si el paciente no responde a un ISRS, recomiendo cambiar a un segundo.

References

- Borue, X., Sharma, M., & Hudak, R. (2015). Biological treatments for obsessive-compulsive and related disorders. *Journal of Obsessive-Compulsive and Related Disorders*, 6, 7-26. <https://doi.org/10.1016/j.jocrd.2015.03.003>

Opción con Clomipramina



Se utiliza tras el fracaso del segundo ISRS



Tercera línea debido a sus efectos secundarios

Borue, X., Sharma, M., & Hudak, R. (2015). Biological treatments for obsessive-compulsive and related disorders. *Journal of Obsessive-Compulsive and Related Disorders*, 6, 7-26. <https://doi.org/10.1016/j.jocrd.2015.03.003>



Psychopharmacology
Institute

Si el paciente tampoco responde al segundo ISRS, el siguiente paso es la clomipramina. La clomipramina es un antidepresivo tricíclico que actúa principalmente como inhibidor de la recaptación de serotonina, siendo prácticamente un inhibidor puro de dicha recaptación. Debido a los efectos secundarios propios de los ATC, la reservamos como opción de tercera línea. Es posible que sea equivalente o incluso algo superior a los ISRS en el TOC, aunque esto no se ha demostrado de manera definitiva.

References

- Borue, X., Sharma, M., & Hudak, R. (2015). Biological treatments for obsessive-compulsive and related disorders. *Journal of Obsessive-Compulsive and Related Disorders*, 6, 7-26. <https://doi.org/10.1016/j.jocrd.2015.03.003>

Potenciación con Clomipramina al ISRS



Potenciar la respuesta parcial al ISRS con clomipramina



La combinación de ISRS a dosis máxima más clomipramina está subutilizada

Borue, X., Sharma, M., & Hudak, R. (2015). Biological treatments for obsessive-compulsive and related disorders. *Journal of Obsessive-Compulsive and Related Disorders*, 6, 7-26. <https://doi.org/10.1016/j.jocrd.2015.03.003>



Psychopharmacology
Institute

Cuando el paciente presenta una respuesta parcial al ISRS, suelo recomendar la potenciación con clomipramina como primer paso. Si posteriormente es necesario hacer la transición completa a clomipramina, resulta más sencillo dado que el paciente ya la está recibiendo. En mi opinión, la combinación de clomipramina con la dosis máxima de un ISRS es una estrategia de potenciación subutilizada en el TOC.

References

- Borue, X., Sharma, M., & Hudak, R. (2015). Biological treatments for obsessive-compulsive and related disorders. *Journal of Obsessive-Compulsive and Related Disorders*, 6, 7-26. <https://doi.org/10.1016/j.jocrd.2015.03.003>

Potenciación con NAC



La NAC es eficaz para la tricotilomanía y el trastorno de excoriación

• Borue, X., Sharma, M., & Hudak, R. (2015). Biological treatments for obsessive-compulsive and related disorders. *Journal of Obsessive-Compulsive and Related Disorders*, 6, 7-26. <https://doi.org/10.1016/j.jocrd.2015.03.003>

• Modanlo, N., Yan, X., & Bourgeois, J. A. (2025). Pharmacologic management of skin-picking disorder: An updated review. *Journal of the Academy of Consultation-Liaison Psychiatry*, 66(5), 417-428. <https://doi.org/10.1016/j.jaclp.2025.05.002>



Psychopharmacology
Institute

Ante una respuesta nula o parcial, se puede considerar la potenciación. En el caso específico de pacientes con tricotilomanía o trastorno de excoriación, consideraría la potenciación con NAC, es decir, N-acetilcisteína, ya que ha mostrado resultados prometedores en estas condiciones. Sin embargo, su utilidad como estrategia de potenciación en el TOC en general no ha sido bien demostrada, por lo que no la recomendamos para ese fin.

References

- Borue, X., Sharma, M., & Hudak, R. (2015). Biological treatments for obsessive-compulsive and related disorders. *Journal of Obsessive-Compulsive and Related Disorders*, 6, 7-26. <https://doi.org/10.1016/j.jocrd.2015.03.003>
- Modanlo, N., Yan, X., & Bourgeois, J. A. (2025). Pharmacologic management of skin-picking disorder: An updated review. *Journal of the Academy of Consultation-Liaison Psychiatry*, 66(5), 417-428. <https://doi.org/10.1016/j.jaclp.2025.05.002>

Estrategias de potenciación



Los medicamentos glutamatérgicos son las opciones de primera elección



Considerar el ondansetrón a pesar de los datos mixtos

Borue, X., Sharma, M., & Hudak, R. (2015). Biological treatments for obsessive-compulsive and related disorders. *Journal of Obsessive-Compulsive and Related Disorders*, 6, 7-26. <https://doi.org/10.1016/j.jocrd.2015.03.003>



Psychopharmacology
Institute

La siguiente línea de potenciación en el TOC consiste en el uso de agentes glutamatérgicos, como la memantina o el riluzol. Actualmente utilizo la memantina con mayor frecuencia debido a su favorable perfil de seguridad y su facilidad de uso. También se puede considerar el ondansetrón, dado que es un medicamento seguro y de bajo riesgo, aunque los datos al respecto son variables. Si el paciente no responde, se puede intentar cambiar a otro agente glutamatérgico o a un antipsicótico.

References

- Borue, X., Sharma, M., & Hudak, R. (2015). Biological treatments for obsessive-compulsive and related disorders. *Journal of Obsessive-Compulsive and Related Disorders*, 6, 7-26. <https://doi.org/10.1016/j.jocrd.2015.03.003>

Consideraciones sobre el tratamiento con antipsicóticos

3

Los antipsicóticos son una estrategia de potenciación de tercera línea



Las alternativas más seguras incluyen el ondansetrón y la bupiriona

Borue, X., Sharma, M., & Hudak, R. (2015). Biological treatments for obsessive-compulsive and related disorders. *Journal of Obsessive-Compulsive and Related Disorders*, 6, 7-26. <https://doi.org/10.1016/j.jocrd.2015.03.003>



Psychopharmacology
Institute

Es importante destacar que, aunque los antipsicóticos se utilizan con frecuencia en el TOC, dentro de un algoritmo adecuado representan, en el mejor de los casos, una estrategia de potenciación de tercera línea. Antes de recurrir a ellos, se pueden considerar opciones como el ondansetrón o incluso la bupiriona, dado su mejor perfil de seguridad.

References

- Borue, X., Sharma, M., & Hudak, R. (2015). Biological treatments for obsessive-compulsive and related disorders. *Journal of Obsessive-Compulsive and Related Disorders*, 6, 7-26. <https://doi.org/10.1016/j.jocrd.2015.03.003>

Selección de Antipsicóticos



Olanzapina para la tricotilomanía y el trastorno de excoriación

• Borue, X., Sharma, M., & Hudak, R. (2015). Biological treatments for obsessive-compulsive and related disorders. *Journal of Obsessive-Compulsive and Related Disorders*, 6, 7-26. <https://doi.org/10.1016/j.jocrd.2015.03.003>

• Van Ameringen, M., Mancini, C., Patterson, B., Bennett, M., & Oakman, J. (2010). A randomized, double-blind, placebo-controlled trial of olanzapine in the treatment of trichotillomania. *The Journal of Clinical Psychiatry*, 71(10), 1336–1343. <https://doi.org/10.4088/JCP.09m05114gre>



Psychopharmacology
Institute

En pacientes con tricotilomanía o trastorno de excoriación, el antipsicótico de segunda generación que podría ser útil es la olanzapina, siendo este el único caso en que recomendaría un antipsicótico de segunda generación específico.

References

- Borue, X., Sharma, M., & Hudak, R. (2015). Biological treatments for obsessive-compulsive and related disorders. *Journal of Obsessive-Compulsive and Related Disorders*, 6, 7-26. <https://doi.org/10.1016/j.jocrd.2015.03.003>
- Van Ameringen, M., Mancini, C., Patterson, B., Bennett, M., & Oakman, J. (2010). A randomized, double-blind, placebo-controlled trial of olanzapine in the treatment of trichotillomania. *The Journal of Clinical Psychiatry*, 71(10), 1336–1343. <https://doi.org/10.4088/JCP.09m05114gre>

Alternativas de Tratamiento



Cambiar a otro ASG o APG



Considerar anticonvulsivantes
como la lamotrigina

Borue, X., Sharma, M., & Hudak, R. (2015). Biological treatments for obsessive-compulsive and related disorders. *Journal of Obsessive-Compulsive and Related Disorders*, 6, 7-26. <https://doi.org/10.1016/j.jocrd.2015.03.003>



Psychopharmacology
Institute

Ante una respuesta nula o parcial, existen estrategias alternativas: se puede probar otro antipsicótico de segunda generación o recurrir a antipsicóticos de segunda línea, que generalmente son los de primera generación. También se han evaluado algunos anticonvulsivantes como la lamotrigina, así como otros agentes glutamatérgicos o el ondansetrón.

References

- Borue, X., Sharma, M., & Hudak, R. (2015). Biological treatments for obsessive-compulsive and related disorders. *Journal of Obsessive-Compulsive and Related Disorders*, 6, 7-26. <https://doi.org/10.1016/j.jocrd.2015.03.003>

Estrategias de Potenciación Combinada



Utilizar múltiples estrategias de potenciación de forma combinada



Considerar otras opciones de ISRS disponibles

Borue, X., Sharma, M., & Hudak, R. (2015). Biological treatments for obsessive-compulsive and related disorders. *Journal of Obsessive-Compulsive and Related Disorders*, 6, 7-26. <https://doi.org/10.1016/j.jocrd.2015.03.003>



Psychopharmacology
Institute

Asimismo, se pueden combinar distintas estrategias de potenciación y continuar explorando otros ISRS. Es perfectamente válido probar un tercero, cuarto o quinto ISRS, ya que hay pacientes que no responden a varios de ellos y finalmente responden al siguiente.

References

- Borue, X., Sharma, M., & Hudak, R. (2015). Biological treatments for obsessive-compulsive and related disorders. *Journal of Obsessive-Compulsive and Related Disorders*, 6, 7-26. <https://doi.org/10.1016/j.jocrd.2015.03.003>

Criterios de Refractariedad al Tratamiento



Fracaso de los requisitos mínimos de tratamiento



Se requiere una puntuación en la Y-BOCS de 28 o mayor

• Borue, X., Sharma, M., & Hudak, R. (2015). Biological treatments for obsessive-compulsive and related disorders. *Journal of Obsessive-Compulsive and Related Disorders*, 6, 7-26. <https://doi.org/10.1016/j.jocrd.2015.03.003>

• Veale, D., Miles, S., Smallcombe, N., Ghezai, H., Goldacre, B., & Hodsoll, J. (2014). Atypical antipsychotic augmentation in SSRI treatment refractory obsessive-compulsive disorder: A systematic review and meta-analysis. *BMC Psychiatry*, 14, 317. <https://doi.org/10.1186/s12888-014-0317-5>



Psychopharmacology
Institute

La definición de TOC refractario al tratamiento requiere que el paciente haya fallado al menos dos ISRS, la clomipramina, dos estrategias de potenciación y una EPR adecuada. Esta última se define como 20 sesiones administradas por un experto. Si se cumplen estos criterios y el paciente presenta una puntuación en la Y-BOCS de 28 o más, es decir, TOC grave a extremo, se pueden considerar tratamientos como la neurocirugía.

References

- Borue, X., Sharma, M., & Hudak, R. (2015). Biological treatments for obsessive-compulsive and related disorders. *Journal of Obsessive-Compulsive and Related Disorders*, 6, 7-26. <https://doi.org/10.1016/j.jocrd.2015.03.003>
- Veale, D., Miles, S., Smallcombe, N., Ghezai, H., Goldacre, B., & Hodsoll, J. (2014). Atypical antipsychotic augmentation in SSRI treatment refractory obsessive-compulsive disorder: A systematic review and meta-analysis. *BMC Psychiatry*, 14, 317. <https://doi.org/10.1186/s12888-014-0317-5>

Puntos Clave

- La Y-BOCS mide los niveles de gravedad del TOC
- La EPR es el tratamiento de primera línea
- Los medicamentos se reservan para el TOC moderado a grave



En resumen, la Y-BOCS se utiliza para medir la gravedad del TOC. La EPR es el tratamiento de primera línea y debe ofrecerse a todos los pacientes. Los medicamentos pueden añadirse en casos de TOC moderado a grave.

Puntos Clave

- Los ISRS son los medicamentos de primera línea
- La clomipramina es la opción de tercera línea
- La potenciación sigue un enfoque estructurado



Los ISRS son los medicamentos de primera y segunda línea para el TOC. La clomipramina, un ATC, se recomienda como tratamiento de tercera línea. Cabe destacar que se pueden probar otros ISRS como cuarta, quinta o sexta línea si es necesario, y no se recomienda salir de la clase de los ISRS. Por lo tanto, al tratar el TOC, debemos mantenernos dentro de esta clase. La potenciación de primera línea es la clomipramina, la de segunda línea son los agentes glutamatérgicos, y la de tercera línea suelen ser los antipsicóticos de segunda generación.