

# Aspectos clínicos del trastorno obsesivo-compulsivo y trastornos relacionados.

Clinical aspects of obsessive-compulsive disorder and related disorders.

Antonio Lozano-Vargas <sup>1,a; 2,b</sup>

## RESUMEN

El trastorno obsesivo-compulsivo (TOC) es una condición clínica heterogénea que presenta una prevalencia del 2% y causa una gran disfuncionalidad. Se han descrito cuatro dimensiones clínicas en esta entidad: simetría/orden, contaminación/lavado, acumulación y sexual/religiosa/agresión. Presenta una amplia comorbilidad y existe evidencia de diferencias neurobiológicas entre el TOC y los trastornos de ansiedad. El DSM-5 y la CIE-11 reconocen que la psicopatología nuclear en el TOC y trastornos relacionados es la compulsión y no la ansiedad. Se discute la posibilidad de añadir otros especificadores clínicos y se formula la esperanza de que sistemas como el *Research Domain Criteria (RDoC)*, estudios dimensionales y la integración de diversas áreas de investigación marquen un futuro promisorio para estos y otros trastornos psiquiátricos.

**PALABRAS CLAVE:** trastorno obsesivo-compulsivo, dimensiones, obsesiones, compulsiones, clasificación, comorbilidad.

## SUMMARY

Obsessive-compulsive disorder (OCD) is a heterogeneous clinical condition that presents a prevalence of 2% and causes great dysfunctionality. Four dimensions have been described for this condition: symmetry/order, contamination/washing, hoarding and sexual/religious/aggression. There is broad comorbidity and evidence of neurobiological differences between anxiety disorders and OCD. DSM-5 and ICD-11 recognize that the core psychopathology of OCD and related disorders is compulsion rather than anxiety. The possibility of adding other clinical specifiers is discussed, and perspectives such as the Research Domain Criteria Project (RDoC), dimensional studies and the integration of diverse research areas open a promising future for these and other psychiatric disorders.

**KEYWORDS:** obsessive-compulsive disorder, dimensions, obsessions, compulsions, classification, comorbidity.

## INTRODUCCIÓN

El trastorno obsesivo-compulsivo (TOC) es una condición clínica heterogénea que presenta una prevalencia del 2% y causa una gran disfuncionalidad en las personas que la padecen (1).

A lo largo de la historia, se han descrito las manifestaciones clínicas del mundo del obseso

compulsivo (2). Así por ejemplo, el profesor Honorio Delgado, destaca en estos pacientes la vivencia de la pérdida del orden monárquico de la mente normal. En ellos, diversos fenómenos representados por determinados pensamientos, imágenes, sentimientos o impulsos se manifiestan en el foco de la conciencia en despecho de la voluntad, generando malestar y angustia, lo que conocemos como obsesión. Los pacientes reconocen estos fenómenos como

<sup>1</sup> Facultad de Medicina Alberto Hurtado, Universidad Peruana Cayetano Heredia. Lima, Perú.

<sup>2</sup> Servicio de Neuro-Psiquiatría, Hospital Cayetano Heredia. Lima, Perú.

<sup>a</sup> Profesor; <sup>b</sup> Médico Psiquiatra.

irracionales, falsos o infundados; sin embargo, son impotentes de tomar distancia de ellos y de negarles poder. De esta manera, se ocupan de la obsesión de modo interminable desarrollando actos compulsivos, simples o complejos (rituales), causándoles gran disfuncionalidad (3).

### ***Aportes de la psicometría a la investigación en psiquiatría***

En los últimos años, la psiquiatría ha ido evolucionando como ciencia gracias al interés y al desarrollo de diversas áreas de investigación. Una de ellas, ha sido el aporte de la psicometría en los estudios sobre psiquiatría. En tal sentido, el análisis factorial, es un método que ha contribuido a tales fines. El objetivo del análisis factorial es encontrar grupos de variables muy correlacionadas entre sí, llamadas dimensiones, a partir de un conjunto numeroso de variables. Este método busca obtener el número mínimo de dimensiones capaces de explicar el máximo de información contenida en los datos (4).

### ***Estudios acerca de las dimensiones en el TOC***

Así, a partir de la Lista de Chequeo de Síntomas Obsesivo-Compulsivos de la Escala de "Yale-Brown" se han descrito 4 dimensiones para el TOC: simetría/orden (symmetry/order), contaminación/lavado (contamination/washing), acumulación (hoarding) y sexual/religiosa/agresión (sexual/religious/aggression) (5).

Por otra parte, las dimensiones de los síntomas del TOC reportadas en "The National Comorbidity Survey Replication Epidemiological Study" (NCS-R) fueron: chequeo (checking; 79,3%), acumulación (hoarding; 62,3%), orden (ordering; 57%), temas morales (moral concerns; 43%), temas sexuales/religiosos (sexual/religious concerns; 30,2%), contaminación (contamination; 25,7%), hacer daño (harming; 24,2%), temas acerca de enfermedades (concerns about illness, 14,3%), otros (other; 19%) y múltiples áreas (multiple areas; 81%) (6).

De esta manera, se han venido publicando diversos estudios en donde hemos empezado a conocer las diferentes dimensiones del TOC como los que se aprecian en la tabla 1. A partir de ello, podemos ver que el TOC es un trastorno heterogéneo con una amplia variabilidad de síntomas; por lo cual, sería no sólo un único trastorno sino probablemente un conjunto de trastornos relacionados (6,7).

Considerando todo ello, podemos comentar que en un estudio con cuatro dimensiones del TOC (chequeo, limpieza, rituales y acumulación) se observó la agrupación de tres dimensiones entre sí (chequeo, limpieza y rituales). De esta manera, la estructura del TOC podría definirse por la presencia de estas tres dimensiones. Además, el chequeo fue la única dimensión que mostró ser un predictor significativo para el diagnóstico de TOC. En tanto que, la acumulación no demostró una especificidad clara; por lo cual, podría ser conceptualizada como un síndrome clínico distinto (7).

Por otro lado, la idea de agrupar trastornos, teniendo en cuenta la característica compulsiva data desde las descripciones de Emil Kraepelin en su obra "Compulsive insanity" en 1899. Esta conceptualización, se basó en las observaciones e intuiciones clínicas del mismo Kraepelin; en la cual, el trastorno clínico en estudio estaba dominado por ideas o aprehensiones compulsivas (1).

### ***Comorbilidad y dimensiones en el TOC***

Se ha descrito en diferentes estudios la comorbilidad de diversos trastornos psiquiátricos con el TOC como los siguientes: trastorno depresivo (TD), trastorno de ansiedad generalizada (TAG), trastorno de fobia social (TFS), trastorno de pánico (TP), trastorno por agorafobia (TA), fobias específicas (FE), trastorno de ansiedad de separación (TAS), trastorno bipolar (TB), trastorno dismórfico corporal (TDC), tricotilomanía (TTM), trastorno de excoriación (TE), trastorno de tics (TT), trastorno de conducta alimentaria (TCA), trastorno de control de impulsos (TCI) y el trastorno por uso de sustancias (TUS) (8).

En este sentido, un hecho relevante son los resultados que muestran algunos estudios de investigación en relación a las dimensiones del TOC y su comorbilidad, como se observa en la tabla 2 (9,10). Por otra parte, la dimensión de acumulación (hoarding) muestra una comorbilidad amplia donde destacan: TD, TB, TAG, TP, FE, TFS, TDC, TUS, TT, TCI, trastorno por déficit de atención e hiperactividad (TDAH), trastorno de estrés post traumático (TEPT), conductas "grooming" (CG), compras compulsivas (CC) y cleptomanía (CM) (8).

Así mismo, un estudio realizado con las seis dimensiones de la Escala Dimensional de Obsesiones y Compulsiones de Yale-Brown (DY-BOCS): hacer daño/agresión, sexual/religioso, contaminación/

**Tabla 1.** Estudios sobre las dimensiones del TOC

| ESTUDIOS  | DIMENSIONES  |
|---|--|
| 3 factores (Baer L, 1994) (6)   | - Simetría/acumulación.<br>- Contaminación/chequeo.<br>- Obsesiones puras: temas religiosos, agresivos o sexuales.                         |
| 4 factores (Leckman et al, 1997) (6)  | - Obsesiones/chequeo: temas religiosos, agresivos, sexuales.<br>- Simetría/orden: repetir, contar.<br>- Limpieza/lavado.<br>- Acumulación. |
| 5 factores (Mataix-Cols et al, 1999) (6)  | - Simetría/orden.<br>- Acumulación.<br>- Contaminación.<br>- Agresión/chequeo<br>- Sexual/religiosa  |
| 5 factores (Abramowitz et al, 2003) (6)   | - Hacer daño.<br>- Contaminación.<br>- Acumulación.<br>- Ideas inaceptables.<br>- Simetría.  |
| 5 factores (Pinto et al, 2007) (6)  | - Contaminación/limpieza.<br>- Acumulación.<br>- Simetría/orden.<br>- Ideas tabú.<br>- Duda/chequeo.                                       |
| Síntomas dimensionales de importancia clínica en el TOC (Williams MT, Mugno B, Franklin M, Faber S, 2013) (6) | - Contaminación/limpieza.<br>- Duda de hacer daño/chequeo.<br>- Ideas inaceptables/rituales mentales.<br>- Simetría/orden.                 |
| En 8 estudios de análisis factorial y “cluster” análisis (Calamari et al, 2004) (7)                           | - Contaminación/lavado.<br>- Hacer daño/chequeo.<br>- Acumulación.<br>- Simetría/orden.  |
| En 12 estudios de análisis factorial (Mataix-Cols, Rosario-Campos, Leckman, 2005) (7)                         | - Contaminación/limpieza.<br>- Obsesión/chequeo.<br>- Acumulación.<br>- Simetría/orden.  |

limpieza, simetría/orden/repetir/contar, acumulación y miscelánea muestra la siguiente comorbilidad: agresión (TEPT, TAS, TCI, TE), sexual/religioso (TP, TA, TFS, TAS, TDC, TT, trastornos afectivos, trastorno sexual no parafilico, trastornos somatomorfos), contaminación/limpieza (hipocondriasis) y acumulación (TD, FE, TEPT, CC, TE, TDAH, TT, trastorno de uso de internet) (8).

Por otra parte, podemos comentar también la comorbilidad del TOC con la esquizofrenia. Algunos estudios describen que en el estado clínico de riesgo mental de psicosis habrían síntomas del TOC en un 12,1% y en los cuales un 5,2% tendrían criterios para TOC; mientras que en aquellos que presentan un primer episodio psicótico habrían síntomas del

TOC en un 17,1% y en los cuales un 7,3% tendrían criterios para TOC; y en aquellos con diagnóstico de esquizofrenia habrían síntomas del TOC en un 25% y en los cuales un 12,1% tendrían criterios para TOC (11).

Además, se observa que los síntomas obsesivo-compulsivos aparecen en diferentes momentos del curso de la esquizofrenia: 1) Antes del inicio de la psicosis: por ejemplo en los adolescentes, donde los síntomas del TOC pueden persistir o empeorar independientemente del curso de la esquizofrenia; 2) Durante el curso de la esquizofrenia: donde los síntomas del TOC pueden tener un curso fluctuante, persistente o de remisión; 3) Luego del inicio del tratamiento antipsicótico, como por ejemplo con el

**Tabla 2.** Comorbilidad y Dimensiones del TOC

| DIMENSIONES  | COMORBILIDAD   |
|--|--|
| Estudio N = 317<br>(Hasler et al, 2005) (9)                                  |  |
| Obsesiones (agresión, sexual, religioso, somático) y compulsiones (chequeo). | – Trastorno depresivo<br>– Trastornos de ansiedad        |
| Obsesiones (simetría, ordenar/arreglar, repetir) y compulsiones (contar).    | – Trastorno de pánico/agorafobia,<br>– Trastorno bipolar |
| Obsesiones (contaminación) y compulsiones (limpieza).                        | – Trastorno de conducta alimentaria                      |
| Estudio N = 418<br>(Hasler et al, 2007) (10)                                 |  |
| Obsesiones (agresión, sexual, religioso) y compulsiones (chequeo).           | – Trastornos afectivos<br>– TDAH*                        |
| Obsesiones (simetría, orden) y compulsiones (arreglar).                      | – Trastorno por consumo alcohol<br>– Bulimia             |
| Simetría/orden.  | – Trastorno de tics                                      |

\*TDAH: trastorno por déficit de atención e hiperactividad

**Tabla 3.** Semejanzas y diferencias entre el DSM-5 y el Draft CIE-11

|             | DSM-5  | DRAFT CIE-11   |
|-------------|--|--|
| Semejanzas  | <ul style="list-style-type: none"> <li>- Trastorno obsesivo-compulsivo.</li> <li>- Trastorno dismórfico corporal.</li> <li>- Trastorno por acumulación.</li> <li>- Trastorno de excoriación.</li> <li>- Tricotilomanía.</li> </ul>   | <ul style="list-style-type: none"> <li>- Trastorno obsesivo-compulsivo.</li> <li>- Trastorno dismórfico corporal.</li> <li>- Trastorno por acumulación.</li> <li>- Trastorno de excoriación.</li> <li>- Tricotilomanía.</li> </ul> |
| Diferencias | <ul style="list-style-type: none"> <li>- Trastorno obsesivo-compulsivo y trastornos relacionados inducidos por sustancias o medicación.</li> <li>- Trastorno obsesivo-compulsivo y trastornos relacionados debido a otra condición médica.</li> <li>- Otro trastorno obsesivo-compulsivo y trastornos relacionados no especificados.</li> <li>- Trastorno obsesivo-compulsivo y trastornos relacionados no especificados.</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>- Hipocondriasis.</li> <li>- Trastorno olfatorio de referencia.</li> </ul>  |

uso de clozapina, donde los síntomas del TOC pueden tener un curso persistente (11).

En aquellos pacientes, con comorbilidad TOC/esquizofrenia, se ha observado que presentan una mayor resistencia al tratamiento, déficits neuro-cognitivos, síntomas depresivos, síntomas de ansiedad, mayor disfuncionalidad social y un peor pronóstico (11).

Por otro lado, se ha reportado que algunas mujeres con TOC presentan un empeoramiento de los síntomas en la etapa premenstrual debido a una mayor sensibilidad a las fluctuaciones hormonales. En tal sentido, algunos estudios muestran que este grupo de mujeres presentarían una mayor frecuencia de

obsesiones religiosas y sexuales, depresión, ansiedad e ideas suicidas (12).

### **Lo nuevo del TOC en el DSM-5**

Las investigaciones realizadas en los últimos años sugieren que a nivel fenomenológico y conductual, el TOC y los trastornos del espectro obsesivo se diferencian de los trastornos de ansiedad (11). En este sentido, existe evidencia de las diferencias neurobiológicas; mientras que en la ansiedad la disfunción estaría en la amígdala y la corteza prefrontal (paradigma ansiedad/evitación) en el TOC la alteración estaría en el circuito órbita-fronto-estriato-pálido-talámico (1).

El TOC y los trastornos del espectro obsesivo difieren también de los trastornos de ansiedad en el curso, la comorbilidad, los antecedentes familiares, los factores de riesgo genético y bio-marcadores, los antecedentes personales, el procesamiento cognitivo emocional y la respuesta al tratamiento (13).

Por este motivo, en el DSM-5 publicado en el 2013, el TOC fue retirado de la sección de los trastornos de ansiedad y forma parte de una categoría que incluye: TOC, trastorno dismórfico corporal (TDC), tricotilomanía (TTM), trastorno de excoriación (TE), trastorno de acumulación (TA), TOC y trastornos relacionados inducidos por sustancias o medicación, TOC y trastornos relacionados debido a otra condición médica, otro TOC y trastornos relacionados especificados, y finalmente TOC y trastornos relacionados no especificados. Así, todos los trastornos descritos en esta categoría están caracterizados por conductas repetitivas o compulsiones (14,15).

Para agrupar a los trastornos relacionados al TOC se usaron 11 factores de validación: síntomas similares, comorbilidad, curso, antecedentes familiares, sustrato neuronal, genética y factores de riesgo ambiental, bio-marcadores, temperamento, procesamiento cognitivo y emocional, respuesta al tratamiento y utilidad clínica (13).

Un aporte de esta nueva edición del DSM-5, en el capítulo de TOC y trastornos relacionados, es la inclusión de dos especificadores: el *insight* (bueno o aceptable, pobre y ausente/delusional) y la presencia de tics (13).

En relación al TOC y el *insight*, se describe que el nivel pobre o ausente se presenta en un 2-4 %, muestra una mayor severidad de los síntomas, una comorbilidad con depresión, una mayor duración del trastorno y una pobre respuesta al tratamiento. En relación al TOC y el “tic/síndrome de Tourette”; se reporta una prevalencia de vida que va del 26-59% en pacientes con TOC y de inicio temprano en la infancia; además, se sabe que en el tratamiento de la comorbilidad TOC/tic existe una pobre respuesta a la monoterapia con inhibidores selectivos de recaptación de serotonina y una mejor respuesta a la combinación con haloperidol (13).

Además, la presentación del TOC/tic en la infancia es más frecuente en varones, presenta antecedentes familiares de 1er grado con TOC, una mayor duración, una mayor gravedad y una mayor comorbilidad con el trastorno de Tourette y otros trastornos del espectro TOC (15).

### ***Propuestas del TOC para la CIE-11***

La CIE-11 será publicada el 2018 y en su versión *draft* clasifica también al TOC y a los trastornos relacionados en una única categoría en donde destacan: el TOC, el TDC, la hipocondriasis (HS), el trastorno olfatorio de referencia (TOR), el TE y la TTM (1).

El DSM-5 y la CIE-11 reconocerían que lo nuclear en la dimensión del TOC y los trastornos relacionados estaría en la compulsión y “no la ansiedad”, como se observa en la tabla 3 (1).

El TDC se caracteriza por la preocupación persistente por los defectos percibidos en su apariencia, las conductas repetitivas y excesivas al examinar constantemente su cuerpo, los intentos de camuflaje como por ejemplo usar maquillaje para modificar el defecto percibido y los intentos de evitar situaciones sociales u otros desencadenantes que incrementen su malestar (16).

La HS se caracteriza por su énfasis en la preocupación persistente acerca de la posibilidad de tener una enfermedad grave o progresiva, la interpretación catastrófica y sobredimensionada de sus molestias físicas, y la presencia de conductas excesivas y repetitivas de chequeo en el cuidado de la salud que causan disfuncionalidad (16).

El TA se caracteriza por la dificultad persistente de deshacerse o renunciar a las posesiones, independientemente de su valor real, la necesidad percibida de guardar estas posesiones y el malestar percibido al intentar deshacerse de ellas, llegando a generar que el espacio de residencia esté abarrotado y comprometido para su uso habitual (16).

El TOR se caracteriza por la preocupación persistente por emitir un olor corporal percibido y ofensivo que es imperceptible o sólo ligeramente perceptible por los demás, las conductas repetitivas y excesivas como por ejemplo chequear constantemente el olor del cuerpo o la ropa, los intentos de camuflaje usando un perfume o desodorante, los intentos de prevenir el olor tomando un baño, cepillándose los dientes, cambiándose de ropa o evitando consumir ciertos alimentos y los intentos de evitar situaciones sociales u otros desencadenantes que incrementen el malestar (16).

La TTM se caracteriza por tener conductas repetitivas centradas en el cuerpo, siendo más

frecuentes las conductas compulsivas al sentir alivio de tensión al arrancarse el pelo en comparación a las conductas impulsivas donde se siente más placer que alivio; y por tener comorbilidad con los trastornos del espectro TOC (15,16).

El TE se caracteriza por tener conductas repetitivas centradas en el cuerpo, por lo cual realiza actos compulsivos de rascado, en la piel sana o sobre lesiones pre-existentes (15,16).

Por otro lado, se discute aún, la inclusión de los rasgos de personalidad obsesivo-compulsiva en esta categoría de la CIE-11 ya que presenta comorbilidad con el TOC. En relación a esto, se destaca a la “personalidad anancástica”, caracterizada por su perfeccionismo, su necesidad extrema de control de sí mismo y de los demás, su rigidez frente a las normas, su inflexibilidad cognitiva y perseveración (1,16). Lo cual, nos recuerda a lo descrito por Kurt Schneider en su obra “Personalidades psicopáticas” (17).

Además, se discute la posibilidad de sumar los siguientes especificadores: *insight*, tics, inicio temprano, dimensiones del TOC, PANDAS, evitación de daño/sensación de que algo está incompleto, curso y severidad (18).

### ***El futuro y las líneas de investigación en el TOC***

El aporte del Instituto Nacional de Salud Mental de los EEUU (NIMH) en la creación del “Research Domain Criteria Project” (RDoC) marca un destino promisorio para la psiquiatría.

Ello permitirá crear un nuevo marco de referencia, integrando los avances de las neurociencias y la genética para poder desarrollar una psiquiatría de mayor precisión; de esta manera lograríamos un entendimiento más profundo de los circuitos y las redes neurobiológicas implicadas en los trastornos psiquiátricos, entendidos en la actualidad como enfermedades del cerebro (1).

La obtención de endofenotipos será crucial para poder integrar el conocimiento de los circuitos neuronales con los neurotransmisores y la conducta; de esta manera se identificarían biomarcadores que permitan vincular y comprender los síntomas clínicos con la genética molecular (1).

En este sentido, es necesario continuar realizando estudios para comprender la fisiopatología del TOC y la diferenciación con los síndromes autoinmunes

(Pediatric Acute-Onset Neuropsychiatric Syndrome –PANS- / Pediatric Autoimmune Neuropsychiatric Disorders Associated with Streptococcal Infections –PANDAS-); así como evaluar las diferencias en la expresión clínica del TOC entre los hombres, las mujeres y los niños. Además de estudiar la presencia y el comportamiento de los síntomas del TOC en el etapa pre menstrual, en el periodo post parto y el climaterio (1), así como en otras dolencias como el retardo mental, el autismo, el traumatismo encéfalo craneano, las demencias, la Corea de Sydenham, la enfermedad de Parkinson, la enfermedad de Huntington, entre otras enfermedades de interés neuro-psiquiátrico.

Del mismo modo, será significativo estudiar los factores de riesgo para el TOC y los trastornos relacionados. Actualmente existen estudios de factores de riesgo perinatal y del TOC que proponen diversos factores de riesgo como el tabaquismo gestacional, presentación podálica, parto por cesárea, parto pre término, peso al nacer entre los 1501-2500 g, mayor edad gestacional y distress en el score de apgar a los 5 minutos (19). Además, en un estudio se ha evaluado la relación entre el estrés temprano en la infancia (maltrato físico, emocional y abuso sexual) y las alteraciones en la arquitectura cerebral de adultos con TOC (aumento de volumen de la corteza órbita frontal derecha y del cerebelo derecho) lo cual sería fundamental que pueda ser replicado en otros estudios (20).

Es muy importante además, poder llegar a un consenso sobre las dimensiones del TOC, para poder realizar estudios de pronóstico y predicción de tratamiento. De la misma forma, sería muy conveniente proponer tratamientos secuenciales de acuerdo al estadio o la progresión del TOC en los diferentes pacientes (neuro-progresión); así como también desarrollar tratamientos específicos basados en la comorbilidad y en los casos clínicos de mayor complejidad (1).

Finalmente, el futuro de la psiquiatría y del TOC recae en la evolución y la integración de diferentes áreas de investigación (psicopatología, clínica, psicoterapia, psicofarmacología, psicometría, genética, neurociencias y neuro-imágenes) en las que cada uno de nosotros estamos invitados a participar con dedicación, entusiasmo y esfuerzo; lo cual ayudaría al desarrollo de nuevos tratamientos para mejorar el pronóstico de nuestros pacientes.

### **Conflictos de interés:**

El autor declara que no existen

**Declaración de financiamiento:**

Financiado por el autor.

**Correspondencia:**

Antonio Lozano Vargas

Jirón Puente y Cortez 599 Magdalena del Mar. Lima, Perú.

Celular: (51)999374904

Correo electrónico: antoniolv2000@yahoo.com / edward.lozano.v@upch.pe

**REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS**

1. Marras A, Fineberg N, Pallanti S. Obsessive compulsive and related disorders: comparing DSM-5 and ICD-11. *CNS Spectr*. 2016;21(4):324–33.
2. Bürgy M. Psychopathology of obsessive-compulsive disorder: a phenomenological approach. *Psychopathology*. 2005;38(6):291–300.
3. Delgado H. Curso de Psiquiatría. 6ta edición. Lima: Universidad Peruana Cayetano Heredia; 1993. p. 51.
4. Universidad Complutense de Madrid. Análisis factorial: El procedimiento análisis factorial. Madrid: Universidad Complutense Madrid; 2007. (Citado el 06 de diciembre del 2016). Disponible en: [http://pendientedemigracion.ucm.es/info/socivmyt/paginas/D\\_departamento/materiales/analisis\\_datosyMultivariable/20factor\\_SPSS.pdf](http://pendientedemigracion.ucm.es/info/socivmyt/paginas/D_departamento/materiales/analisis_datosyMultivariable/20factor_SPSS.pdf)
5. Storch EA, Larson MJ, Price LH, Rasmussen SA, Murphy TK, Goodman WK. Psychometric analysis of the Yale-Brown Obsessive Compulsive Scale Second Edition Symptom Checklist. *J Anxiety Disord*. 2010; 24(6):650-6.
6. Williams MT, Mugno B, Franklin M, Faber S. Symptom dimensions in obsessive-compulsive disorder: phenomenology and treatment outcomes with exposure and ritual prevention. *Psychopathology*. 2013; 46(6): 365–76.
7. Stasik SM, Naragon-Gainey K, Chmielewski M, Watson D. Core OCD symptoms: exploration of specificity and relations with psychopathology. *J Anxiety Disord*. 2012;26(8):859–70.
8. Torres AR, Fontenelle LF, Shavitt RG, Ferrão YA, do Rosário MC, Storch EA, et al. Comorbidity variation in patients with obsessive-compulsive disorder according to symptom dimensions: Results from a large multicentre clinical sample. *J Affect Disord*. 2016;190:508–16.
9. Hasler G, LaSalle-Ricci VH, Ronquillo JG, Crawley SA, Cochran LW, Kazuba D, et al. Obsessive-compulsive disorder symptom dimensions show specific relationships to psychiatric comorbidity. *Psychiatry Res*. 2005;135(2):121–32.
10. Hasler G, Pinto A, Greenberg BD, Samuels J, Fyer AJ, Pauls D, et al. Familiarity of factor analysis-derived YBOCS dimensions in OCD-affected sibling pairs from the OCD Collaborative Genetics Study. *Biol Psychiatry*. 2007;61(5):617–25.
11. Schirmbeck F, Zink M. Comorbid obsessive-compulsive symptoms in schizophrenia: contributions of pharmacological and genetic factors. *Front Pharmacol*. 2013;4:99. doi: 10.3389/fphar.2013.00099
12. Moreira L, Bins H, Toressan R, Ferro C, Hartmann T, Petribú K, et al. An exploratory dimensional approach to premenstrual manifestation of obsessive-compulsive disorder symptoms: a multicentre study. *J Psychosom Res*. 2013;74(4):313–9. doi: 10.1016/j.jpsychores.2012.12.004
13. Van Ameringen M, Patterson B, Simpson W. DSM-5 obsessive-compulsive and related disorders: clinical implications of new criteria. *Depress Anxiety*. 2014;31(6):487–93.
14. American Psychiatric Association. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-5). Fifth Edition. Arlington, VA: American Psychiatric Association; 2013.
15. Castelló T. El espectro obsesivo-compulsivo en el DSM 5. *Med Psicosom*. 2014; 112: 22-27.
16. Stein DJ, Kogan CS, Atmaca M, Fineberg NA, Fontenelle LF, Grant JE, et al. The classification of obsessive-compulsive and related disorders in the ICD-11. *J Affect Disord*. 2016;190:663–74.
17. Schneider K. Las personalidades psicopáticas. 10ma edición. Madrid: Editorial Morata;1971.
18. Simpson HB, Reddy YCJ. Obsessive-compulsive disorder for ICD-11: proposed changes to the diagnostic guidelines and specifiers. *Rev Bras Psiquiatr*. 2014;36 (Suppl 1):3–13.
19. Brander G, Rydell M, Kuja-Halkola R, Fernández de la Cruz L, Lichtenstein P, Serlachius E, et al. Association of perinatal risk factors with obsessive-compulsive disorder: A population-based birth cohort, sibling control study. *JAMA Psychiatry*. 2016; 73(11):1135–44.
20. Brooks SJ, Naidoo V, Roos A, Fouché J-P, Lochner C, Stein DJ. Early-life adversity and orbitofrontal and cerebellar volumes in adults with obsessive-compulsive disorder: voxel-based morphometry study. *Br J Psychiatry*. 2016; 208(1):34–41.

Recibido: 01/01/2017

Aceptado: 21/03/2017