

Pena-Garijo J. *Psiquiatria.com*. 2012; 16:6.
<http://hdl.handle.net/10401/5382>



Revisión teórica

Actualización en Trastorno Obsesivo Compulsivo: de las propuestas categoriales a las dimensiones sintomáticas

Update on Obsessive Compulsive Disorder: from categorical proposals to symptom dimensions

Josep Pena-Garijo^{1*}; M^a Ángeles Ruipérez Rodríguez²

Resumen

El Trastorno Obsesivo Compulsivo (TOC) tiene una larga tradición en la psicopatología. Sin embargo, su heterogeneidad sintomática ha suscitado numerosas controversias. Nos proponemos llevar a cabo una revisión crítica sobre las aportaciones que diversos autores han formulado al respecto partiendo de las propuestas unitarias y categoriales del TOC hasta las propuestas heterogéneas y dimensionales que se barajan en la actualidad. Así, se revisaran cuestiones relacionadas con la psicopatología del TOC, deteniéndonos en las propuestas unitarias sobre la conceptualización del trastorno, analizando someramente el concepto del espectro obsesivo-compulsivo, como paso previo a una revisión más exhaustiva de las formulaciones dimensionales. Los resultados de la investigación desde modelos dimensionales aportan una visión, aunque incompleta, más adecuada a la heterogeneidad de las manifestaciones sintomáticas del trastorno y permiten un mejor conocimiento del mismo, tanto desde el punto de vista diagnóstico como terapéutico.

Palabras claves: Trastorno obsesivo compulsivo, dimensiones sintomáticas, espectro obsesivo, DSM V.

Abstract

Obsessive Compulsive Disorder (OCD) has a long tradition in psychopathology. However, symptomatic heterogeneity has led to numerous disputes. We made a critical review of the contributions that various authors have formulated from the basis of the unitary and categorical proposals about OCD, to dimensional ones being considered today. Thus, we review issues related to the psychopathology of OCD, stopping in the unitary proposals on the conceptualization of the disorder, briefly examining the concept of obsessive compulsive spectrum, as a prelude to a more thorough review of dimensional formulations. The research results from dimensional models provide a vision, albeit incomplete, better suited to the heterogeneity of the symptomatic manifestations of the disorder and lead to better conceptualization of it, both from the standpoint of diagnosis and treatment.

Keywords: Obsessive compulsive disorder, symptom dimensions, obsessive spectrum, DSM V.

Recibido: 01/02/2012 – Aceptado: 02/02/2012 – Publicado: 16/02/2012

* Correspondencia: josepyolanda@ono.com

¹ FED Psicología Clínica. Unidad Salud Mental. Hospital General de Castelló. Profesor Asociado. Universitat Jaume I de Castelló (España).

² Profesora Titular. Universitat Jaume I de Castelló.

1. Introducción

Al igual que otras formas de conducta patológicas, en la literatura de distintas culturas encontramos descripciones que sugieren y apuntan a lo que hoy denominamos Trastorno Obsesivo Compulsivo (TOC). Así, Berrios (1) concluye que en casi todas las culturas y periodos históricos se han identificado y descrito formas “obsesivas” de conducta, no siendo hasta finales del siglo XIX cuando el término obsesión adquiere la entidad conceptual tal y como se identifica en la actualidad. En 1838, Esquirol incorporó las manifestaciones obsesivas al estudio de la psicopatología y las categorizó como una forma de ‘monomanía volitiva’ caracterizada como una actividad involuntaria en la que el sujeto se encuentra encadenado a unos actos que no provienen ni de su razón ni de su emoción y que son rechazados por su conciencia, mientras que su voluntad no los puede interrumpir. Este concepto de monomanía fue bastante impopular para la psiquiatría por lo que pronto se abandonó su estudio y fue retomado con tibieza por los alienistas franceses hasta que Freud vuelve a él y lo incorpora al amplio grupo de las neurosis, donde ha permanecido prácticamente durante todo el siglo XX, salvo para autores como Bleuler o Bumke, quienes optaron por incorporarlos al grupo de las psicosis. Por fin, el DSM-III (2) lo incluye en la categoría de los trastornos de ansiedad y la CIE-10 (3) en la categoría de trastornos neuróticos, secundarios a situaciones estresantes y somatomorfos.

En este trabajo nos proponemos revisar la psicopatología del TOC partiendo de los modelos categoriales y unitarios para acabar aportando evidencia teórica que permita considerar los modelos dimensionales como una alternativa posible a los primeros, tanto por su valor descriptivo como por proporcionar mayor potencia a la investigación básica y a la clínica.

2. Aproximación unitaria al trastorno

Como se desprende de lo anterior, en su breve historia han sido muchos los avatares nosológicos por los que ha pasado el TOC. Al considerar su condición clínica vemos que éste se caracteriza por la presencia de obsesiones o compulsiones. Una obsesión es un pensamiento, idea o imagen recurrente y persistente que se experimenta de forma parásita y cuyo contenido suele ser indeseable y produce angustia; en gran parte son involuntarias e irrumpen en el curso de la actividad del pensamiento. Suelen experimentarse, al menos al inicio, como invasoras y absurdas y el sujeto las vive como intrusas. En ocasiones, van acompañadas de la necesidad de llevar a cabo alguna acción (una conducta u otro pensamiento) a la que llamamos ritual obsesivo o compulsión, la cual se realiza con la finalidad de reducir dicha angustia. La persona intenta, en principio, resistirse y luchar frente a ellas, algo que, en el mejor de los casos, sólo conseguirá parcialmente. Esta condición de alivio es temporal por lo que las compulsiones se repiten a menudo. Su ejecución sigue unas reglas, una planificación que casi nunca tiene una relación lógica con aquello que se pretende evitar. Las compulsiones también pueden producir interferencia y generan, aunque no siempre, resistencia.

A diferencia de otros trastornos del pensamiento, el paciente reconoce que las ideas parten de su interior y se mueve en una lucha angustiada frente a sí mismo, incapacitándole en mayor o menor medida para mantener una vida normal.

Así pues, las obsesiones y las compulsiones tienen ciertas características en común (4): una idea o un impulso se introduce de forma persistente en la conciencia de la persona; una sensación de temor ansioso acompaña a la manifestación central y, a menudo, lleva a la persona a tomar medidas en contra de la idea o impulso. Por definición, estos síntomas son egodistónicos, es decir, se experimentan como algo contrario a la experiencia mental de uno mismo. No obstante, y a diferencia de las psicosis, la persona reconoce como irracional o absurda esta intromisión en

su conciencia. Siguiendo a Kaplan, el enfermo obsesivo suele sentir un gran deseo de resistirse a las obsesiones y compulsiones. Sin embargo, aunque alrededor de un 80% de ellos cree que la compulsión es irracional, aproximadamente la mitad de los pacientes ofrecen una resistencia mínima a ejecutarla.

En ocasiones, las ideas obsesivas y los rituales que generan adquieren proporciones de idea sobrevalorada, llegándose a creer que es “moralmente” correcto pensar o actuar de esa manera, lo cual les lleva a tomar decisiones en sus vidas que, en última instancia, les son altamente perjudiciales.

Los síntomas clínicos de la enfermedad obsesiva pueden ser muy diferentes, pudiéndose solapar y modificarse a lo largo del curso del trastorno. Como hemos observado, aún cuando la definición ha ido variando a través de su historia, en los principales sistemas de clasificación de los trastornos mentales (OMS y APA) se sigue considerando como un trastorno unitario, tanto en las primeras formulaciones de los mismos como en las actuales.

En la CIE-10 (3), el TOC se caracteriza esencialmente por la presencia de obsesiones o actos compulsivos recurrentes. Son, sin embargo, percibidos como pensamientos propios, a pesar de que son involuntarios y a menudo repulsivos.

La CIE-10 conserva el concepto de neurosis e incluye el TOC dentro de la sección de trastornos neuróticos, secundarios a situaciones estresantes y somatoformes. Señala que casi siempre se acompaña de ansiedad y existe una estrecha relación entre los síntomas obsesivos y la depresión, coexistencia que puede dificultar el diagnóstico diferencial entre ambos trastornos.

Sin perder su concepción unitaria, esta clasificación propone distinguir cinco subtipos, con el fin de establecer estrategias terapéuticas concretas y apropiadas, dada la diferente respuesta al tratamiento de las ideas y los actos obsesivos. En realidad, los subtipos son tres, dependiendo del predominio de los pensamientos obsesivos, las conductas o ambos.

La utilidad de esta subdivisión ha sido cuestionada por autores como Foa (5) quienes encuentran que la mayoría de los casos estudiados presentan sintomatología mixta, aunque la proporción varía según los instrumentos utilizados midan tres categorías o el gradiente de una sola, por lo que concluyen que esta subdivisión se presta a equívocos.

El DSM IV-TR (6) define como característica esencial del TOC la *presencia de obsesiones o compulsiones de carácter recurrente, lo suficientemente graves como para provocar pérdidas de tiempo significativas o un acusado deterioro de la actividad general o un malestar clínicamente significativo. En algún momento del curso del trastorno el individuo reconoce que estas obsesiones o compulsiones son exageradas o irracionales. Si hay otro trastorno del Eje I, el contenido de las ideas obsesivas no se limita a él.*

En líneas generales ambas clasificaciones coinciden en:

1. Aquellos aspectos generales que, clásicamente, se han considerado básicos del TOC, como: presencia de obsesiones o compulsiones, condiciones que las definen, resistencia e interferencia.
2. Contemplar la posibilidad de diagnosticar esta entidad en ausencia de *insigth*; así, el DSM-IV-TR plantea un subtipo que especifica el trastorno y la CIE-10 no lo exige en el diagnóstico actual pero sí en algún momento de la historia de la enfermedad.
3. Los dos sistemas son restrictivos por lo que se refiere a la resistencia ante las obsesiones. La CIE lo plantea de forma explícita, es decir, la resistencia debe ser infructuosa, mientras que el

DSM aborda este tema implícitamente, al considerar que las obsesiones tienen que ser intrusas, por lo que el sujeto “intenta” ignorarlas o suprimirlas.

4. La exclusión de aquellas conductas generadoras de placer, tales como las adicciones, las parafilias o los trastornos alimentarios.

Mientras que las principales discrepancias se refieren a:

1. Criterios temporales: la CIE-10 exige que las obsesiones deben estar presentes durante la mayor parte del día al menos durante dos semanas consecutivas, mientras que el DSM-IV-TR no contempla este criterio de temporalidad.

2. En la CIE-10 las obsesiones y las compulsiones son formas de conducta equivalentes, que sólo se diferencian en su forma de presentación: cerradas, no observables, las obsesiones y abiertas, observables, las compulsiones. El DSM-IV-TR considera que entre ambas hay una relación funcional: la compulsión surge como respuesta al malestar provocado por las obsesiones y, en consecuencia, se consideran las llamadas compulsiones mentales o cognitivas.

3. Los subtipos: la CIE-10 contempla diversos subtipos en relación con la tipología del síntoma, mientras que el DSM-IV-TR sólo contempla el subtipo “con poca conciencia de enfermedad” ausente en la anterior.

A pesar de la tenue incorporación de los subtipos por parte de los principales sistemas de clasificación occidentales de los trastornos mentales, ha sido la evidencia clínica la que ha puesto en cuestión las limitaciones sobre los intentos unificadores del concepto. La implantación de criterios diagnósticos operativos a partir del DSM-III (2) y las sucesivas ediciones de la clasificación de la APA, han significado un notable incremento en los índices de fiabilidad diagnóstica, pero también ha puesto de manifiesto un incremento en la comorbilidad entre diferentes trastornos, lo cual ha generado la necesidad de plantear investigaciones que conduzcan a identificar aspectos específicos de cada uno de ellos y que reflejen la realidad clínica encontrada en los pacientes con TOC.

3. Aproximación heterogénea al TOC

Como se desprende de lo expuesto anteriormente, desde los estudios psicopatológicos iniciales hasta los sistemas de clasificación vigentes, se ha identificado y reconocido al TOC como un trastorno primario y unitario, lo cual no ha impedido admitir la existencia de síntomas similares al TOC en una gran variedad de patologías mentales. La comorbilidad del TOC con otros trastornos es muy elevada y la podemos encontrar tanto a nivel de síntoma como a nivel de síndrome. En el estudio del programa ECA acerca de la comorbilidad del TOC en población general, Karno, Golding, Sorenson y Burnham (7) señalaron la asociación frecuente con otros trastornos tales como los depresivos, de ansiedad, fóbicos, esquizofrenia, abuso de alcohol, del control de impulsos, de la alimentación y el síndrome de Tourette.

Sin duda, la más estudiada ha sido la coexistencia de los trastornos obsesivos con los depresivos. Según Rasmussen y Eisen (8) en dos terceras partes de los pacientes diagnosticados de TOC se da también un diagnóstico de depresión mayor. Sin embargo, sólo en el 15% el episodio depresivo es primario, mientras que en el 85% restante los síntomas depresivos son secundarios a la clínica obsesiva. En múltiples trabajos se señala la frecuente presencia de síntomas de estado de ánimo triste o síntomas depresivos, aportando cifras en torno al 35% de trastornos afectivos primarios (9-11). Otros estudios muestran asociaciones con la depresión mayor de un

14 a un 39,5%, con la distimia entre el 14,3 y el 20%, con el Trastorno Bipolar tipo I en un 3% y con el tipo II en un 17,7% (12-14).

En cuanto a la relación entre el TOC y los trastornos de ansiedad, encontramos elevadas cifras de coincidencia en la aparición simultánea de ambos trastornos. (8) aportan cifras en torno al 28% de fobias simples, 26% de fobias sociales, 15% de trastorno de pánico y 15% de ansiedad de separación. Por otra parte, (15) señalan una asociación del 39% con antecedentes de trastorno de pánico, un 14% con dicho trastorno en el momento de la evaluación, 14 % de fobias sociales y 19% de fobias simples; además de estudios realizados en muestras de pacientes con un diagnóstico de trastorno de angustia, en los que aparecen cifras que oscilan entre el 15% y el 27% de los pacientes que también presentan TOC (16-18). En otros estudios, Kolada, Bland y Newman (19) encontraron una tasa del 9,8% de trastorno de pánico y otra del 44,7% de fobias en general en sujetos con TOC.

Un estudio longitudinal prospectivo reciente, llevado a cabo por Fullana, Mataix-Cols, Caspi, Harrington, Grisham, Moffit y Poulton (20), mostró que la presencia de uno o más síntomas obsesivos-compulsivos a la edad de 11 años era altamente predictivo para un diagnóstico de TOC a la edad de 26 a 32 años, sin que el estudio informe de la especificidad para el TOC, o de si estos síntomas tienen la misma capacidad de predicción para otros trastornos de ansiedad y/o trastornos del estado de ánimo. Asimismo, todas las dimensiones de síntomas obsesivo-compulsivos se asociaron a diferentes tipos de trastornos de ansiedad y del estado de ánimo.

Un paso previo a las propuestas heterogéneas y dimensionales del TOC se encuentra en el concepto de subtipo. Cada vez encontramos mayor consenso acerca de la existencia de subtipos de TOC; sin embargo el número varía de unos autores a otros, siendo las propuestas de los grupos de Marks, de Foa y de Rachman las de mayor aceptación. Estos autores proponen siete categorías o subtipos de TOC, no excluyentes entre ellos (cuestión muy importante y precursora de las propuestas dimensionales): (a) Obsesiones puras; (b) Compulsiones de limpieza/lavado; (c) Compulsiones de comprobación; (d) Compulsiones de repetición; (e) Compulsiones de orden; (f) Compulsiones de acumulación y (g) Lentitud (21).

Como se pone de manifiesto en la revisión de García-Soriano, Belloch y Morillo (21), las propuestas de subtipos presentan una limitación importante derivada del hecho de que, al centrar la atención sobre las compulsiones para definirlos, encontramos que los pacientes sin compulsiones manifiestas suelen difuminarse bajo diversos nombres: obsesiones (22); obsesiones sin conductas compulsivas (23) y obsesivos (5).

La presencia de este cortejo de síntomas obsesivos en otros trastornos, la comorbilidad y los subtipos, entre otras cuestiones, han dado lugar al denominado *espectro obsesivo compulsivo*, el cual podríamos identificar como paso intermedio entre las propuestas unitarias y las propuestas heterogéneas y dimensionales del TOC. Es pues, en este contexto de propuestas categoriales y dimensionales donde Hollander (24) propone el concepto de “espectro” de los trastornos mentales, concepto que, desde una perspectiva clínica, pretende superar la existencia de categorías aisladas e independientes e incorporar los modelos dimensionales al estudio de los mismos. La incorporación de propuestas dimensionales no goza, sin embargo, de la aceptación de gran parte de la comunidad científica. Así, Vallejo (25) considera que es una situación negativa a la que se ha llegado como consecuencia de muchos factores, como la ausencia de signos y síntomas patognomónicos, la utilización de diagnósticos descriptivos, el abandono de la fenomenología clínica, la confusión entre síntomas, síndromes y enfermedades y a la ausencia de una etiopatogenia específica, entre otros.

El concepto de “espectro obsesivo-compulsivo” está constituido por entidades clínicas que, aparentemente, comparten con el TOC una serie de características clínicas, de curso, demográficas, etiopatogénicas, genéticas y terapéuticas. Desde esta perspectiva, el espectro obsesivo estaría definido por tres dimensiones: compulsión-impulsión, cognitivo-motórica y alta capacidad de introspección-baja capacidad de introspección (26-28).

Inicialmente se propuso:

(a) la dimensión de compulsión-impulsión, considerada como un continuo en el que en un extremo estaría la compulsividad donde se situaría el TOC, mientras que en el otro extremo estaría la impulsividad, donde se situarían el trastorno antisocial y el trastorno límite de la personalidad. El sustrato común a ambos extremos sería la incapacidad para inhibir o retrasar conductas repetitivas, aunque la finalidad última de las mismas fuera diferente. Así, en la compulsión, caracterizada por una sobreestimación del daño y una evitación del mismo, la persona pretendería minimizar el malestar-ansiedad que provocan las obsesiones, mientras que la impulsión estaría dirigida a la obtención de placer-satisfacción.

(b) la dimensión cognitivo-motórica, que comprendería desde la presencia de síntomas obsesivos puros en un extremo hasta las conductas estereotipadas en otro extremo, pero sin pensamientos obsesivos y donde se incluirían los trastornos neurológicos en los que predominan las conductas motoras.

(c) la capacidad de introspección, en cuyos extremos se situaría la intacta capacidad de introspección de muchos obsesivos y la nula o escasa capacidad de insight que encontramos en algunos trastornos dismórficos, trastornos delirantes somáticos o la esquizofrenia que cursa con síntomas obsesivos.

En esta misma línea, Hollander y Rosen (29) proponen que, además del TOC, el espectro obsesivo-compulsivo integraría otros tres grandes grupos de trastornos:

1. Trastornos caracterizados por la presencia de ideación obsesivoide relacionada con la apariencia, el peso o las sensaciones corporales, junto con conductas dirigidas a disminuir la ansiedad provocada por las preocupaciones específicas del trastorno: dismórfico corporal, de la hipocondría, de la despersonalización y de los trastornos de la conducta alimentaria.
2. Trastornos caracterizados por una propensión general a la impulsividad o a la incapacidad de control de los impulsos, tales como el trastorno explosivo intermitente, la piromanía, la cleptomanía, el juego patológico, la tricotilomanía, las parafilias, las impulsiones y adiciones sexuales, las compras compulsivas y las conductas adictivas, así como los trastornos de personalidad límite, antisocial, histriónico y narcisista.
3. Trastornos neurológicos caracterizados por conductas repetitivas, como el autismo, la corea de Sydenham, el síndrome de Asperger y el síndrome de Tourette.

En todos los ámbitos de la psicopatología las propuestas categoriales y dimensionales han sido objeto de múltiples controversias. El modelo de espectro obsesivo-compulsivo también ha recibido muchas y variadas críticas. Por un lado, las que van dirigidas directamente al propio concepto de espectro. Concretamente, Swerdlow (30) considera que el modelo de espectro no cumple con los objetivos que deben guiar toda clasificación. El otro grupo de críticas están dirigidas a la necesidad de demostrar empíricamente el modelo, así como de establecer unos criterios operativos claros que permitan definir a un trastorno como integrante del espectro. Por nuestra parte consideramos que, actualmente, el modelo del espectro no pretende ser una

clasificación definitiva, sino un reto necesario para poder avanzar en el conocimiento de trastornos tan heterogéneos como el TOC.

El modelo de espectro todavía no dispone de suficiente evidencia empírica que permita adoptarlo como una clasificación concluida del TOC. Sin embargo, ha servido y está sirviendo para estimular la investigación etiopatogénica y terapéutica (31), así como para reexaminar cuestiones en torno al diagnóstico y la clasificación de dichos trastornos en el próximo DSM V (32-34).

4. Del concepto unitario a las propuestas dimensionales

De lo planteado anteriormente acerca de la psicopatología del TOC se concluye que los síntomas de éste pueden llegar a ser tan distintos que dos pacientes con el mismo diagnóstico muestren diferentes patrones de síntomas sin apenas superponerse (34, 35). Así pues, a pesar de esta heterogeneidad fenotípica, las clasificaciones estándar (DSM-IV y CIE-10) siguen considerándolo como una entidad nosológica única. Sin embargo, los estudios empíricos cada vez más sistematizados nos dirigen a proponer al TOC como un cuadro clínico heterogéneo, cuyos síntomas pueden corresponder a dimensiones parcialmente superpuestas.

La transición desde el concepto unitario a los modelos dimensionales se ha materializado mediante el diseño de instrumentos psicométricos de autoinforme confeccionados a partir de listados de síntomas o mediante entrevistas semiestructuradas, tanto en población clínica diagnosticada de TOC, como en población no clínica (21). En el desarrollo de dichos instrumentos se han utilizado dos técnicas estadísticas multivariadas: análisis de cluster y análisis factorial. Mediante el primero se pretende describir subtipos o categorías homogéneas de sujetos, mientras que con el segundo se trata de establecer conjuntos de síntomas a los que posteriormente se asignan los pacientes, de tal manera que un mismo paciente se puede ubicar en más de un subgrupo en el cual se situará en un continuo de intensidad o presencia (35).

Resumiendo, en el primer enfoque se utiliza población clínica con diagnóstico de TOC y se asume que el TOC está formado por subtipos o categorías diferentes, por lo que la investigación busca establecer tipologías de pacientes en función de sus síntomas (36, 37) mientras que las propuestas puramente dimensionales utilizan el análisis factorial, confirmatorio o exploratorio, para establecer puntos extremos dentro de un continuo, es decir, pretenden descubrir la estructura o dimensiones subyacentes a las manifestaciones sintomáticas observadas en las medidas utilizadas para evaluar los síntomas (38-41). Contrastados los resultados obtenidos mediante las dos estrategias descritas podemos concluir que el enfoque factorial-analítico ha sido más fructífero en el avance y comprensión de la heterogeneidad del TOC a la que venimos refiriéndonos (35). La mayor parte de trabajos que utilizan el análisis factorial confirmatorio encuentran una estructura de cuatro factores: simetría/orden, contaminación/limpieza, obsesiones religiosas/sexuales y acumulación (38, 42-46). No en todos los trabajos aparece la misma estructura. Así, por ejemplo, en el caso de Baer (42) la acumulación aparece asociada a la simetría/orden, o en el caso de Tek y Ulug (46) es la comprobación la que no aparece como un factor independiente (Tabla 1).

Como toda propuesta dimensional en psicopatología, las referidas al TOC han dado lugar a que los defensores del enfoque categorial sostengan que, desde estas concepciones, los pacientes se asignan a un grupo u otro de forma no ambigua, mientras que desde las propuestas dimensionales, al utilizar el análisis factorial, a cada paciente se le asigna una puntuación en todas las dimensiones identificadas. Esta controversia categorial *vs* dimensional es frecuente en la psicopatología por lo que acaban por aparecer propuestas mixtas, las cuales avalan la

importancia de tener en cuenta ambas aproximaciones, es decir, tener en cuenta tanto los subtipos como las dimensiones/factores (47).

Tabla 1. Principales dimensiones encontradas en el TOC.

Autor	Método	Dimensión/Factor					
Baer (1994) Leckman et al (1997)	Y-BOCS	Obsesiones (agresión, sexuales, religiosas). Rituales de comprobación		Simetría. Orden	Contaminación. Limpieza	Acumulación	
Foa et al (2002)	OCI-R	Obsesión	Comprobación	Orden	Limpieza	Acumulación	Neutralización
OCD Collaborative Genetics Study (2007)	Y-BOCS	Obsesiones (agresión, sexuales, religiosas)	Sobrestimación del daño. Comprobación	Simetría. Orden	Contaminación. Limpieza	Acumulación	
Bloch et al (2008)	Meta-análisis	Pensamientos “prohibidos”		Simetría. Orden	Contaminación. Limpieza	Acumulación	

Los modelos dimensionales son cada vez más aceptados para explicar la psicopatología en general. Así, autores como Krueger y Piasecki (48) los plantean como forma de resolver o, al menos, reconciliar la nosología psiquiátrica en general, donde todas las dimensiones de los síntomas son meras manifestaciones de un trastorno general y no donde cada subtipo se considera una entidad totalmente separada. Por lo que se refiere al TOC, en la práctica clínica no se suelen encontrar pacientes monosintomáticos, por lo que la clasificación en subtipos mutuamente excluyentes es poco práctica, mientras que un modelo dimensional proporcionaría a los clínicos y a los investigadores una imagen más completa del trastorno, al puntuar cada paciente en una o más dimensiones, lo que solventaría la arbitrariedad que, en ocasiones, encierran los diagnósticos categoriales basados en criterios mutuamente excluyentes (35). Asimismo, las propuestas dimensionales asumen que los fenómenos obsesivos compulsivos son también compartidos por la población general (49), lo que permitiría ampliar los límites del diagnóstico al posibilitar incluir casos subclínicos y, a su vez, ampliaría la población disponible para la investigación permitiendo incorporar otros grupos de pacientes con diagnósticos de trastornos neurológicos o psiquiátricos que también cursan con sintomatología obsesiva compulsiva (cuestiones tratadas anteriormente en el apartado del espectro del TOC). Algunos autores van más lejos en sus propuestas sobre la heterogeneidad del TOC, considerando que mantener los subtipos, mutuamente excluyentes, pueden reducir el poder potencial derivado de la perspectiva heterogénea en los estudios de identificación de genes, los estudios de neuroimagen y los ensayos clínicos (34, 35).

5. Las propuestas dimensionales y las variables relacionadas con el TOC

A continuación expondremos cómo los enfoques basados en dimensiones sintomáticas pueden integrar mejor los hallazgos relacionados con variables como la edad de inicio del trastorno, el género, la presencia de enfermedades comórbidas, los estudios de familia, estudios genéticos y estudios de neuroimagen, entre otros. Sin ánimo de ser exhaustivos, podemos resumir los datos desde las siguientes perspectivas:

a) Comorbilidad.

Baer (42) informó que los pacientes con altas puntuaciones en simetría/acaparamiento tenían más probabilidades de tener comorbilidad con tics crónicos y con el trastorno obsesivo-compulsivo de la personalidad. Del mismo modo, Leckman et al. (50) encontraron que los pacientes con puntuaciones altas en los factores obsesiones/control y simetría/orden fueron los que más probabilidad tenían de padecer tics. Estos resultados se encuentran en la línea de los estudios que relacionan la alta comorbilidad de pacientes con TOC y el síndrome de Gilles de la Tourette o con pacientes con TOC e historia del trastorno por tics a lo largo de la vida. Hasler et al. (51) encuentran que las dimensiones de agresividad, obsesiones sexuales, religiosas y somáticas, y las compulsiones de comprobación se asocian de forma diferencial con ansiedad y depresión.

Mataix-Cols, Baer, Rauch y Jenike (52), encontraron que los síntomas de acumulación están fuertemente relacionados con la presencia y número de todos los trastornos de la personalidad, especialmente del clúster C (temerosos-ansiosos). En otro estudio, Samuels et al (53) encontraron como la presencia de síntomas de acumulación se asociaba con el sexo masculino, edad de inicio temprana, fobia social, trastornos de la personalidad, y patologías tipo "grooming" (acicalamiento, tricotilomanía, etc.).

Fullana et al. (54) llevaron a cabo un estudio para evaluar la relación entre los rasgos de personalidad normal medidos con el Cuestionario de Sensibilidad al Castigo y Sensibilidad a la Recompensa de Torrubia, Ávila, Moltó y Caseras (55) –SPSRQ- y el Cuestionario de Personalidad de Eysenck y Eysenck (56) -EPQ-, y el fenómeno obsesivo-compulsivo en pacientes diagnosticados de TOC y en personas que únicamente presentaban problemas subclínicos. Sus resultados indican que ambos grupos de personas puntuaron significativamente más alto que el grupo control en los factores de Sensibilidad al Castigo, Neuroticismo y Psicoticismo. Además, los pacientes diagnosticados de TOC, pero no el grupo subclínico, puntuaron significativamente más bajo en Extraversión que el grupo control. Concretamente el factor de Neuroticismo fue el principal predictor de las puntuaciones elevadas de obsesividad-compulsividad en los participantes sanos, mientras que en el grupo de pacientes TOC fue el factor de Psicoticismo el mayor predictor de la clínica obsesivo-compulsiva. Concluyen que los individuos con sintomatología subclínica y los pacientes con diagnóstico de TOC compartirían varios rasgos de personalidad, y estos mismos rasgos, en función de sus niveles, podrían servir para diferenciarlos entre sí. Investigaciones de este mismo grupo de autores (54) confirman los hallazgos que proponen al factor de sensibilidad al castigo como factor común en los pacientes con TOC, siendo concretamente la dimensión de acumulación la que presenta una relación más elevada. Además, esta dimensión de acumulación parece relacionarse con una menor impulsividad o búsqueda de la novedad, tal y como refleja su correlación negativa con la escala de psicoticismo de Eysenck.

Siguiendo con el estudio sobre la dimensión acumulación, más recientemente Samuels et al. (57) han evaluado los correlatos clínicos de esta dimensión en 151 hombres y 358 mujeres diagnosticados de TOC examinados durante el OCD Collaborative Genetics Study. Estos autores

han encontrado diferencias específicas en función del sexo en cuanto al curso, la expresión y/o la etiología de las conductas de acumulación. En el caso de los hombres, la acumulación se relacionaría principalmente con obsesiones de contenido agresivo, sexual y religioso, y con compulsiones de comprobación, con el trastorno de ansiedad generalizada y la presencia de tics. En las mujeres, sin embargo, las principales relaciones se darían con trastornos como la fobia social, el trastorno de estrés postraumático, el trastorno dismórfico corporal y con conductas más específicas como la onicofagia y el “skin picking” (rascado compulsivo de la piel). Asimismo, en el caso de las mujeres, la acumulación correlacionaría con dimensiones de personalidad esquizotípica, dependiente y con bajas puntuaciones en el rasgo de responsabilidad. Wheaton, Timpano, Lasalle-Ricci y Murphy (58) también encuentran asociaciones entre la dimensión acumulación y diferentes variables clínicas, confirmando lo encontrado por autores previos.

b) Estudios familiares.

Desde los años 90 del siglo XX existe un importante número de estudios de familias y dimensiones del TOC, cuya principal conclusión es que las tasas de TOC son significativamente más elevadas en familiares de pacientes con un diagnóstico de TOC, así como que el tipo de obsesiones y compulsiones es homogéneo con el fenotipo familiar (59-61). Recientemente, Taberner et al (62) han llevado a cabo un estudio familiar con 184 estudiantes mujeres con la intención de determinar si las dimensiones sintomáticas obsesivo-compulsivas presentan carga familiar. Sus resultados son, en general, consistentes con los obtenidos en muestras clínicas y sugieren que las dimensiones de orden y acumulación son las que presentan una mayor relación familiar y que, concretamente, las elevadas puntuaciones en orden en las madres se asociarían con mayores niveles de síntomas, menos específicos, en las hijas. Así mismo, al hablar del espectro obsesivo, encontramos la misma vulnerabilidad genética familiar, aún cuando los límites sean desconocidos hasta el presente. Similitudes en sintomatología, curso de la enfermedad y neurocircuitos del TOC y del espectro obsesivo están sustentadas por los estudios de comorbilidad, familiares y neurológicos (32). En la misma línea existe evidencia que apoya dicha vulnerabilidad genética con otros trastornos incluidos en el espectro TOC, como son los trastornos por tics, el trastorno dismórfico corporal, los trastornos somatoformes y los comportamientos de acicalado (63-66). De ahí que la prevalencia en los familiares de un paciente diagnosticado de TOC es claramente más elevada, estimándose alrededor del 12% en familiares de primer orden, frente a un 2% en las muestras control (59, 65). Ante los resultados de estos estudios podemos concluir que el TOC en sí mismo o como parte de su espectro sintomático está influenciado por factores genéticos (67).

Los estudios de gemelos y familiares sugieren que los factores genéticos desempeñan un papel importante en la expresión de los síntomas del TOC o, más exactamente, es probable que existan genes involucrados en la vulnerabilidad para padecer un TOC. Alsobrook et al. (59) encontraron que los parientes de un sujeto con TOC obtenían puntuaciones más elevadas en obsesiones de control y simetría, que los familiares de los grupos control que no fueron diagnosticados de TOC. En esta misma línea y utilizando métodos similares Leckman et al. (68) encontraron que las obsesiones de control y simetría correlacionaron significativamente en las parejas de hermanos que también eran concordantes para el trastorno de Gilles de la Tourette. Así mismo las correlaciones entre las madres y los hijos fueron significativas, no encontrándose el mismo efecto en la correlaciones hijo-padre, por lo que se refiere a estas dos dimensiones. Los estudios de genética cuantitativa podrían ser también un interesante enfoque para detectar los “loci” susceptibles que contribuyen a la aparición del TOC ya que, mediante este enfoque, se han obtenido resultados prometedores respecto a un fenotipo obsesivo compulsivo. Las futuras líneas de investigación deberán incluir estudios que utilicen las dimensiones del TOC en familias con el fin de contrastar los resultados iniciales (35).

c) Estabilidad temporal.

Generalmente, este tipo de cuestiones obtienen respuesta mediante estudios longitudinales y, dada las dificultades que encierran dichos estudios, son pocos los trabajos prospectivos realizados. Rettew, Swedo, Leonard, Lenane y Rapoport (69) utilizaron el Y-BOCS (70) para realizar el seguimiento durante un periodo de dos a siete años de 76 niños y adolescentes. Los resultados obtenidos fueron que ninguno de los pacientes mantuvo la misma constelación de síntomas encontrada al inicio del estudio. Sin embargo, el estudio concluye que los cambios se produjeron entre dimensiones. En un estudio posterior, utilizando el mismo instrumento de evaluación (Y-BOCS) y un seguimiento de dos años, los resultados indican que los participantes mantuvieron los síntomas iniciales durante el seguimiento y el predictor de mayor peso para que un síntoma permaneciera era haberlo presentado en el pasado (71). Así pues, los cambios producidos en las dimensiones del TOC a través de los años no son significativos, lo que sugiere que los síntomas dimensionales del TOC identificados en pacientes adultos son más estables de lo que a menudo se cree (38). A la vista de estos resultados, es necesario realizar estudios longitudinales, para entender el curso del TOC y la evolución sintomática a través de los años.

d) Estudios con neuroimagen.

Aún cuando los trabajos con estas técnicas todavía presentan algunas imperfecciones en sus métodos, los resultados parecen indicar la existencia de un firme vínculo de la sintomatología obsesivo compulsiva con la activación de la corteza orbitofrontal y, en menor medida, con la participación del cíngulo anterior, del estriado, del tálamo, de la corteza frontal, lateral y temporal, con la amígdala y con la ínsula (72, 73). La mayoría de los estudios que utilizan estas técnicas, utilizan pacientes con síntomas mixtos, por lo que sería necesario utilizar grupos de pacientes con predominio de un síntoma o incluso comparar a grupos de pacientes que presenten síntomas en una única dimensión, es decir grupos mutuamente excluyentes sintomatológicamente (74, 75).

En esta línea, Rauch, Dougherty, Shin, Alpert, Manzo, Leahy et al., (76), utilizando un grupo de pacientes verificadores encontraron que correlacionaban con una reducción del flujo sanguíneo regional cerebral (FSCr) en el cuerpo estriado, mientras que los síntomas de lavado se relacionaron con un aumento del FSCr en la parte anterior del cíngulo (bilateralmente) y en la corteza orbitofrontal izquierda.

Phillips et al. (77) compararon pacientes con síntomas principales de lavado con otros con predominio de síntomas de comprobación al visionar fotos relacionadas con escenas aversivas comunes o escenas específicamente relacionadas con limpieza mediante Resonancia Magnética funcional. Mientras visionaban las escenas de "limpieza", solamente los lavadores mostraron activación en áreas cerebrales relacionadas con la percepción del disgusto o el asco (por ejemplo, la ínsula), mientras que los verificadores mostraron dichas activaciones en áreas frontoestriales y en el tálamo.

En otro estudio de similares características, los pacientes con síntomas predominantemente de lavado exhibieron mayores activaciones que lo sujetos de control en la ínsula derecha, el córtex prefrontal ventrolateral y el giro parahipocampal, mientras visionaban fotos relacionadas con el disgusto/asco (78).

Por otro lado, Saxena et al. (79) encontraron que 12 pacientes con síntomas predominantes de acumulación mostraron un metabolismo de glucosa reducido en el giro cingulado posterior (comparado con los sujetos control) y el córtex prefrontal dorsolateral (comparado con sujetos obsesivos con otros síntomas). También encontraron que la severidad de los síntomas de acumulación en la muestra clínica completa (N=45) correlacionó negativamente con el

metabolismo de esas mismas regiones cerebrales. No obstante, existen limitaciones en estos estudios, como la división artificial de la muestra en “subtipos” y el uso tan sólo de estímulos relacionados con la limpieza.

El estudio de Mataix-Cols, Wooderson, Lawrence, Brammer, Speckens, y Phillips (80) es, probablemente, el que mejor ha definido los diferentes patrones de activación cerebral que se asocian a los diferentes subtipos de TOC, ya que aporta evidencia a favor de la dimensionalidad que venimos defendiendo. Para ello, utilizaron un paradigma de provocación de síntomas con el fin de examinar los correlatos neurales de las dimensiones de lavado, comprobación y acumulación en dos grupos (pacientes y voluntarios sanos). Cada una de estas dimensiones estaba mediada por un patrón distinto, aunque parcialmente superpuesto, de sistemas neurales. Aunque los dos grupos activaron regiones cerebrales similares en respuesta a la provocación de síntomas, los pacientes mostraron una mayor activación que los controles en regiones prefrontales ventromediales de forma bilateral (experimento de lavado); en el putamen/globo pálido, tálamo y córtex posterior (experimento de comprobación); y en el giro precentral izquierdo y córtex orbitofrontal derecho (experimento de acumulación).

Lawrence, Wooderson, Mataix-Cols, David, Speckens y Phillips (81), examinaron la especificidad de las dimensiones sintomáticas del TOC y su relación con funciones neuropsicológicas utilizando un análisis de regresión múltiple. En su estudio, un total de 39 pacientes con TOC y 40 controles completaron el Iowa Gambling Task (82), que es una prueba de toma de decisiones relacionada con el funcionamiento del córtex orbitofrontal medial, y el WCST, que depende del córtex prefrontal dorsolateral (83). Los resultados fueron que, tanto los pacientes obsesivos como los controles tuvieron un rendimiento similar en la tarea de toma de decisiones mientras que, los pacientes “acumuladores”, exhibieron déficit en el Iowa. Asimismo, los pacientes obsesivos tuvieron peores rendimientos en la tarea WCST que los controles, asociándose negativamente los síntomas de orden/simetría con esta tarea. Estos resultados nos ayudan a explicar las inconsistencias encontradas en estudios neuropsicológicos previos y, a su vez, apoyan los recientes hallazgos en neuroimagen que relacionan diferentes mecanismos neurales con diferentes dimensiones sintomáticas en el TOC (35).

Por último, el grupo de Nakao (84) realizó un estudio de bastante complejidad con una muestra de 40 pacientes afectados de TOC en el que estudian diferentes componentes cognitivos mediante pruebas neuropsicológicas (sobre todo, memoria de trabajo) y el uso de la RMf. Como hemos venido defendiendo, también los estudios neuropsicológicos han demostrado que subtipos de TOC, como los comprobadores, podrían estar asociados con un déficit en la memoria de trabajo. Por otro lado, los estudios de neuroimagen funcional han encontrado anomalías funcionales en el córtex frontal y en otras estructuras subcorticales. Este estudio pretende combinar la aplicación de baterías neuropsicológicas para demostrar el déficit en memoria de trabajo en los obsesivos comparándolos con sujetos normales. Así mismo, tanto pacientes como controles pasaron por una RMf durante la ejecución de una tarea cognitiva (la N-Back). Los pacientes obtuvieron puntuaciones más bajas en recuerdo diferido y en recuerdo inmediato al ejecutar varias pruebas de memoria comparados con los controles. En la RMf, los pacientes mostraron una mayor activación en el córtex prefrontal dorsolateral derecho, giro temporal superior izquierdo, ínsula izquierda y cuneus. La actividad orbitofrontal correlacionó positivamente con las puntuaciones del Y-BOCS en los pacientes. Más aún, los pacientes con obsesiones/rituales de comprobación (n=10) mostraron importantes déficit de memoria y actividad disminuida en el giro postcentral comparados con los pacientes “lavadores” (n=14). La conclusión a la que llegan es que existen anomalías tanto a nivel neuropsicológico como cerebral en los pacientes con TOC. La severidad de los síntomas y el subtipo sintomático, como en el caso de los comprobadores, puede afectar a la disfunción neuropsicológica y a la actividad cerebral relacionada.

Dold y Aigner (85) resumen el estado de la cuestión en un artículo de revisión en el que concluyen que el factor “lavado” se relaciona con estructuras cerebrales implicadas con el control emocional (córtex orbitofrontal, córtex cingulado anterior, amígdala e ínsula), los “pensamientos prohibidos” con regiones cerebrales implicadas en el control cognitivo (ganglios basales y córtex cingulado anterior) y los pensamientos y conductas de acumulación con áreas implicadas en la toma de decisiones (algunas partes ventromediales del córtex orbitofrontal y el córtex prefrontal dorsolateral).

Tabla 2. Dimensiones sintomáticas y su posible correlato neural.

<i>Dimensión</i>	<i>Proceso</i>	<i>Región cerebral</i>
Lavado	Control emocional	Córtex orbitofrontal, córtex cingulado anterior, amígdala e ínsula
Pensamientos “prohibidos”	Control cognitivo	Ganglios basales y córtex cingulado anterior
Acumulación	Toma de decisiones	Áreas ventromediales del córtex orbitofrontal y el córtex prefrontal dorsolateral

Aunque preliminares, todos estos estudios sugieren que diferentes síntomas podrían estar mediados por diferentes sistemas neurales y que, las discrepancias previas encontradas entre estudios de neuroimagen, podrían explicarse como variaciones fenotípicas de las muestras estudiadas. Dada la “promiscuidad neural” entre los circuitos fronto-estriado-talámicos (86), no es sorprendente que los diferentes síntomas coexistan en un paciente dado. En la Tabla 2 se resumen estos hallazgos.

e) Dimensiones de Personalidad y dimensiones sintomáticas.

Se ha prestado poca atención a las diferencias en personalidad referidas a los subtipos de TOC (87). Amén de lo comentado en el apartado de comorbilidad, Horesh, Dolberg, Kirschenbaum-Aviner y Kotler (88) refieren que los pacientes con ideas de contaminación y limpieza son más propensos a padecer trastornos de personalidad que aquellos que tenían rituales de comprobación, resultados que no fueron replicados por los estudios de Matsunaga, Kiriike, Matsui, Iwasaki, Koshimune, Ohya y Stein (89). Que tengamos conocimiento, el estudio de Alonso et al. (87) fue el primero en relacionar los rasgos de temperamento y carácter de Cloninger con las dimensiones sintomáticas del TOC. El objetivo de este estudio fue examinar el perfil de personalidad dimensional asociado con el TOC y determinar si existe alguna relación entre los factores de personalidad y las variables clínicas en una muestra de 60 pacientes con TOC a los que se les administró el Cloninger’s Temperament and Character Inventory (TCI). Los pacientes obsesivos mostraron puntuaciones significativamente mayores que los sujetos sanos en evitación de daño y más bajas en búsqueda de novedad, auto-dirección y cooperación. Estos resultados no cambiaron cuando se consideraron sólo los pacientes con TOC “puro” (sin comorbilidad con otros trastornos). La depresión y las obsesiones y compulsiones de acumulación se asociaron significativamente con altas puntuaciones en evitación de daño. Según los autores, estos datos apoyan la existencia de un perfil dimensional de personalidad asociado al TOC y caracterizado por la alta evitación del daño y la baja búsqueda de novedad, autodirección y cooperatividad. También enfatizan la importancia de considerar la influencia de

las condiciones clínicas comórbidas y de los subtipos sintomáticos a la hora de evaluar el papel de los factores de personalidad en el TOC. Más recientemente, Kim, Kang y Kim (90) en un estudio con 130 pacientes diagnosticados de TOC y 185 controles equiparados en sexo y edad, han confirmado las diferencias significativas ya encontradas en cuanto a las dimensiones de evitación de daño, auto-dirección y cooperación del TCI; siendo estas dos últimas las más implicadas en la severidad de los síntomas obsesivo-compulsivos medidos a través de la escala Yale-Brown Obsessive-Compulsive (Y-BOCS). Además, estos autores encuentran un patrón de personalidad particular para la dimensión concreta de acumulación, que se diferenciaría por presentar un perfil de bajas puntuaciones en autodirección y altas en persistencia.

En este sentido, LaSalle-Ricci, Arnkoff, Glass, Crawley, Ronquillo y Murphy (91) llevaron a cabo un estudio en el que relacionan los síntomas de acumulación con los cinco factores del NEO PI-R (92). Evaluaron las obsesiones y compulsiones de acumulación en 204 individuos con TOC y cómo la acumulación estaba relacionada con la severidad de los síntomas obsesivos, la comorbilidad con otros trastornos y la personalidad medida a través del NEO-PI-R. Los resultados indicaron que la acumulación es una variable dimensional asociada con disforia, historia de trastornos del Eje I e historia de Trastorno Bipolar, Trastorno por Estrés Postraumático y Trastorno Dismórfico Corporal. La dimensión acumulación correlacionó negativamente con el factor Responsabilidad del NEO-PI-R y positivamente con el factor Neuroticismo. Finalmente, llevaron a cabo una ecuación de regresión teniendo en cuenta la psicopatología y la personalidad y encontraron que la disforia, el trastorno bipolar, la responsabilidad, la edad y la extraversión se perfilaron como predictores significativos de la gravedad de los síntomas de acumulación.

Recientemente, desde una perspectiva cognitivo-conductual, Wheaton, Abramowitz, Berman, Riemann y Hale (93) han utilizando un nuevo instrumento, la Dimensional Obsessive-Compulsive Scale (DOCS), para evaluar las dimensiones sintomáticas del TOC y los subtipos de obsesiones y compulsiones, examinando sus relaciones con las creencias disfuncionales que subyacen a esos síntomas. Sus resultados revelaron que ciertas creencias predecían las diferentes dimensiones del TOC. En concreto, encontraron que los síntomas de contaminación se podían predecir por las creencias de perfeccionismo; los pensamientos “inaceptables” por las creencias sobre el control de los pensamientos y la dimensión “responsabilidad sobre el daño” por las creencias de responsabilidad y estimación del riesgo.

Por último, en cuanto a la personalidad patológica, no se encuentran estudios que relacionen dimensiones o facetas de personalidad anormal con las diferentes dimensiones o subtipos de TOC. Sin embargo, nuestro grupo está llevando a cabo estudios en este sentido utilizando el cuestionario DAPP-BQ (94, 95) y relacionándolo con los subtipos clínicos de TOC definidos éstos a través del OCI-R (96, 97) en población clínica. En una muestra de 122 sujetos con TOC, otros trastornos de ansiedad y sujetos sanos, se estudiaron las posibles asociaciones entre las dimensiones de personalidad patológica del DAPP-BQ y los subtipos de TOC del OCI-R, encontrando que existen correlaciones entre ellas, sugiriendo posibles patrones de personalidad patológica que predecirían los diferentes subtipos de TOC. Estos resultados se hacen más evidentes en el caso del subtipo acumulación que puede predecirse casi exclusivamente a partir de la dimensión Oposicionismo pasivo del DAPP-BQ (98).

A la luz de la escasísima investigación al respecto, se hace necesario ampliar el estudio de los posibles perfiles de personalidad asociados a las distintas dimensiones del TOC con la finalidad de complementar los ya existentes en otras áreas como la genética, la neuroimagen o la psicopatología, que hemos repasado en apartados anteriores.

6. Conclusiones

Cabe preguntarse si nos encontramos ante diferentes trastornos o ante un trastorno multidimensional, lo que nos lleva a proponer que la heterogeneidad del TOC podría reducir el poder y obscurecer los hallazgos de los métodos de localización de genes, los estudios de neuroimagen y los ensayos clínicos (35). Los anteriores intentos por dividir el TOC en subtipos mutuamente excluyentes han sido relativamente infructuosos. Mataix, Rosario-Campos y Leckman (35) y Bloch, Landeros-Weisenberger, Rosario-Campos, Pittinger y Leckman (99) han revisado datos provenientes de grandes estudios meta-analíticos que incluyeron más de 2000 pacientes y que apoyan una importante consistencia y estabilidad temporal de las dimensiones sintomáticas. Estas dimensiones, aunque imperfectas, han sido capaces de explicar una amplia parte de la varianza de los estudios previos. ¿Significa esto -se preguntan estos autores- que *el TOC no es uno, sino múltiples trastornos separados*? Su respuesta es que llegar a esta conclusión es prematuro. Subdividir los síntomas obsesivo-compulsivos en entidades más pequeñas y mutuamente excluyentes podría ser un callejón sin salida, acabando con los mismos problemas encontrados en las aproximaciones categoriales que hemos descrito previamente. Podría ser más eficaz conceptualizar el TOC como un espectro de síndromes potencialmente superpuestos que podrían co-ocurrir en un paciente dado, lo que concordaría con los actuales modelos dimensionales de la nosología psiquiátrica (34, 35).

Los estudios de neuroimagen han venido utilizando una estructura de entre tres y cinco factores (contaminación/limpieza; simetría/orden; comprobación; acumulación y agresión/sexuales) y han encontrado patrones neurales diferentes y parcialmente superpuestos, lo que hablaría a favor de la dimensionalidad del trastorno. La dimensión que mayor cantidad de confirmación ha recibido es la de acumulación.

Hemos comprobado también como existen numerosos datos procedentes de diversas perspectivas de estudio que abundan en el hecho dimensional (p.ej.; estudios familiares, de comorbilidad, genéticos, etc.) e incluso empiezan a haber datos que relacionan diferentes facetas de personalidad con cada una de las dimensiones sintomáticas del trastorno.

Las aportaciones anteriores nos dirigen claramente hacia propuestas dimensionales en el estudio del TOC, aunque todavía es insuficiente la investigación aportada al respecto. Así, la estructura de los síntomas obsesivo-compulsivos dista de ser definitiva y quedan cuestiones pendientes. Entre estas cuestiones podemos señalar la que se refiere a los instrumentos de evaluación del TOC. Cualquier investigación empírica se basa necesariamente en un instrumento de medida. Por ejemplo, la Yale-Brown Obsessive Compulsive Symptom Checklist es una exhaustiva lista de la sintomatología más común del TOC, por lo que mejora el sesgo sintomatológico de otros instrumentos; sin embargo, sus propiedades psicométricas están todavía por determinar y, aunque los estudios factoriales disponibles hasta la fecha han sido bastante coherentes, el número de factores varía de tres a seis. Algunas de ellas, como la contaminación/lavado, la simetría/orden o la acumulación, han sido consistentemente replicadas por diversos estudios (45), sin embargo, las dimensiones de agresividad, control, sexuales y religiosas necesitan mayor número de estudios ya que no queda claro si forman un solo factor (43, 50, 68, 100) o se pueden desglosar en dos dimensiones separadas (38, 42, 46, 101-103). Tampoco queda claro si se pueden considerar a las obsesiones somáticas como una única dimensión ya que saturan también con el factor de contaminación/lavado en otros estudios (42, 104). Además del número de factores obtenidos, otros problemas encontrados están relacionados con el método de análisis utilizado (100), lo que hace necesarios desarrollar instrumentos fiables que confirmen la estructura dimensional del trastorno.

Por último, Leckman et al. (34) repasan los datos existentes hasta la actualidad que puedan avalar la inclusión de diferentes subtipos y/o dimensiones del TOC en la futura edición del DSM-V prevista para el 2013. A pesar de que encuentran suficientes motivos para incluir algunos de los subtipos propuestos (por ejemplo, el pobre *insight* o la historia de tics), no consideran adecuado en este momento incluir las dimensiones sintomáticas en los criterios diagnósticos. Sin embargo, recomiendan que estos se describan en el texto que acompaña a los criterios diagnósticos, lo que hace pensar en su utilidad y en su posible inclusión en posteriores versiones del DSM.

Como conclusión final, estamos de acuerdo con la afirmación de García-Soriano, Belloch y Morillo (21) en el sentido de que, a pesar de las limitaciones todavía encontradas en las propuestas dimensionales, es a partir de estas propuestas desde donde la investigación actual está demostrando mayores avances en la caracterización del TOC, exhibiendo una psicopatología más compleja y una descripción más rica que las propuestas unitarias.

7. Referencias

1. Berrios G. Trastorno obsesivo-compulsivo y enfermedad neurológica. En: Vallejo J y Berrios G. *Estados Obsesivos*. Barcelona: Masson; 1995.
2. American Psychiatric Association. *Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales* 3ª ed, Barcelona: Masson; 1980.
3. Organización Mundial de la Salud (1992). *Trastornos mentales y del comportamiento. CIE-10*. Madrid: Mediator.
4. Kaplan H, Sadock B. *Sinopsis de Psiquiatría*. Barcelona: Editorial Médica Panamericana; 1998.
5. Kozak MJ, Foa EB, McCarthy P. Assessment of Obsessive-compulsive disorder. En: Last C y Hersen M. *Handbook of anxiety disorders*. New York: Pergamon Press; 1987.
6. American Psychiatric Association. *Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales* 4ª ed, Texto Revisado. Barcelona: Masson; 2000.
7. Karno M, Golding JM, Sorenson SB, Burnam MA (1988). The epidemiology of obsessive-compulsive disorder in five US communities. *Arch Gen Psychiatry*. 1998;45(12):1094-1099.
8. Rasmussen SA, Eisen JL. The Epidemiology and Differential Diagnosis of Obsessive Compulsive Disorder. *J Clin Psychiatry*. 1992;53(4): 3-9.
9. Coryell W. Obsessive-compulsive disorder and primary unipolar depression: Comparison of background, family history, course and mortality. *J Nerv Ment Dis*. 1981;169:220-224.
10. López-Ibor JJ. Comorbilidad de la depresión y el trastorno obsesivo-compulsivo. *Focus on Depression*. 1993;9:52-60.
11. Rasmussen SA, Tsuang MT. Clinical characteristics and family history in DSM-III obsessive-compulsive disorder. *Am J Psychiatry*. 1986;143: 317-322.
12. Koran LM, Faber RJ, Aboujaoude E, Large MD, Serpe RT. Estimated prevalence of compulsive buying behavior in the United States. *Am J Psychiatry*. 2006;163(10):1806-12.
13. Overbeek T, Schruers K, Vermetten E, Griez E. Comorbidity of obsessive-compulsive disorder and depression: prevalence, symptom severity, and treatment effect. *J Clin Psychiatry*. 2002;63(12):1106-12.
14. Torres AR, Prince MJ, Bebbington PE, Bhugra D, Brugha TS, Farrell M, et al. Obsessive-Compulsive Disorder: Prevalence, Comorbidity, Impact, and Help-Seeking in the British National Psychiatric Morbidity Survey of 2000. *Am J Psychiatry*. 2006;163:1978-85.
15. Austin LS, Lydiard RB, Fossey MD, Zealberg JJ, Laraia MT, Ballenger JC. Panic and phobic disorders in patients with obsessive compulsive disorder. *J Clin Psychiatry*. 1990;51:456-458.
16. Alfonso-Suárez S. Síntomas obsesivos compulsivos en pacientes con trastorno por crisis de angustia con agorafobia. *Psiquis*. 1994;15:49-52.
17. Mellman TA, Uhde TW. Obsessive-compulsive symptoms in panic disorder. *Am J Psychiatry*. 1987;144:1573-1576.
18. Servant D, Bailly D, Le Seach H, Parquet PJ. Symptômes obsessionnels compulsifs associés à le trouble panique. Facteur prédictif de la réponse thérapeutique au fluvoxamine. *Encephale*. 1990;16:359-362.
19. Kolada JL, Bland RC y Newman SC. Obsessive-compulsive disorder. *Acta Psychiatr Scand*. 1994;89 Suppl 376:24-35.
20. Fullana MA, Mataix-Cols D, Caspi A, Harrington H, Grisham JR, Moffitt TE, Poulton R. Obsessions and compulsions in the community: prevalence, interference, help-seeking, developmental stability, and co-occurring psychiatric conditions. *Am J Psychiatry*. 2009;166:329-336
21. García-Soriano G, Belloch A, Morillo C. Sobre la heterogeneidad del trastorno obsesivo-compulsivo: Una revisión. *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica*. 2008;13(2):65-84.
22. Marks I. *Miedos, Fobias y Rituales*. Barcelona: Martínez-Roca; 1987.

23. De Silva P, Rachman S. *Obsessive-compulsive disorder*. Oxford: Oxford University Press; 1992.
24. Hollander E. Obsessive-compulsive spectrum disorders: an overview. *Psychiatr Ann*. 1993;23(7): 355-358.
25. Vallejo J. Trastornos obsesivos. En Vallejo J. *Introducción a la psicopatología y la psiquiatría*. 6ª Ed. Barcelona: Masson; 2006.
26. McElroy SL, Phillips KA, Keck PE. Obsessive compulsive spectrum disorder. *J Clin Psychiatry*. 1994;55(suppl):33-51.
27. Phillips KA. The obsessive-compulsive spectrums. *Psychiatr Clin North Am*. 2002;25:791-809.
28. Stein JD, Lochner C. Obsessive-compulsive spectrum disorders: a multidimensional approach. *Psychiatr Clin North Am*. 2006;29:343-351.
29. Hollander E y Rosen J. Obsessive-compulsive spectrum disorders: a review. En: Maj M, Sartorius N, Okasha A y Zohar J. *Obsessive-Compulsive Disorder*. Chichester: John Wiley & Sons; 2000.
30. Swerdlow NR. Blurry spectrum disorders. En Maj M, Sartorius N, Okasha A, Zohar, J. *Obsessive-Compulsive Disorder*. Chichester: John Wiley & Sons; 2000.
31. Díez-Quevedo C, Sánchez Planell L. El espectro obsesivo-compulsivo. En L. Sánchez Planell, J. Vallejo, J.M. Menchón, C. Díez-Quevedo. *Patología Obsesiva*. Madrid: Pfizer Neurociencias; 2003.
32. Hollander E, Kim S, Braun A, Simeon D, Zohar J. Cross-cutting issues and future directions for the OCD spectrum. *Psychiatry Res*. 2009;170(1):3-6.
33. Kupfer DJ, First MB, Regier DA, editores. *A Research Agenda for DSM-V*. Washington, DC: American Psychiatric Association; 2002.
34. Leckman JF, Denys D, Simpson HB, Mataix-Cols D, Hollander E, et al. Obsessive-Compulsive Disorder: a review of the diagnostic criteria and possible subtypes and dimensional specifiers for DSM IV. *Depress Anxiety*. 2010;27:507-527.
35. Mataix-Cols D, do Rosario-Campos MC, Leckman MD. A Multidimensional Model of Obsessive-Compulsive Disorder. *Am J Psychiatry*. 2005;162:228-238.
36. Abramowitz JS, Franklin ME, Schwartz SA, Furr JM. Symptom presentation and outcome of cognitive-behavioral therapy for obsessive-compulsive disorder. *J Consult Clinic Psychol*. 2003;71:1049-1057.
37. Calamari JE, Wiegartz PS, Riemann BC, Jones RM, Greer A, Jacobi DM, Jahn SC, Carmin CN. Obsessive-compulsive disorder subtypes: an attempted replication and extension of a symptom-based taxonomy. *Behav Res Ther*. 2004;42:647-670.
38. Denys D, de Geus F, van Megen HJGM, Westberg HGM. Use of factor analysis to detect potential phenotypes in obsessive-compulsive disorder. *Psychiatry Res*. 2004; 128:273-280.
38. Mataix-Cols D, Rauch SL, Manzo PA, Jenike MA, Baer L. Use of factor-analyzed symptom dimensions to predict outcome with serotonin reuptake inhibitors and placebo in the treatment of obsessive-compulsive disorder. *Am J Psychiatry*. 1999;156:1409-1416.
40. Morillo C, Belloch A, García-Soriano G. Clinical obsessions in obsessive-compulsive patients and obsession-relevant intrusive thoughts in non clinical, depressed and anxious subjects. Where are the differences? *Behav Res Ther*. 2007;45:1319-1333.
41. Summerfeldt L, Kloosterman PH, Antony MM, Swinson RP, Richter MA. The relationship between miscellaneous symptoms and major symptom factors in obsessive-compulsive disorder: a confirmatory factor-analytic study. *Behav Res Ther*. 2004;37:297-311.
42. Baer L. Factor análisis of symptom subtypes of obsessive-compulsive disorder and their relation to personality and tic disorders. *J Clin Psychiatry*. 1994;55:18-23.
43. Cavallini MC, Di Bella D, Siliprandi F, Malchiodi F, Bellodi L. Exploratory factor analysis of obsessive-compulsive patients and association with 5-HTTLPR polymorphism. *Am J Med Genet (Neuropsychiatric Genetics)*. 2002;114:347-353.

44. Hasler G, Kazuba D, Murphy DL. Factor analysis of obsessive-compulsive disorder YBOCS-SC symptoms and association with 5-HTTLPR SERT polymorphism. *Am J Med Genet*. 2006;141B(4):403-408.
45. Matsunaga H, Maebayashi K, Hayashida K, Okino K, Matsui T, Iketani T, Kiriike N, Stein DJ. Symptom Structure in Japanese Patients with Obsessive-Compulsive Disorder. *Am J Psychiatry*. 2008;156:251-253.
46. Tek C, Ulug B. Religiosity and religious obsessions in obsessive-compulsive disorder. *Psychiatry Res*. 2001;104: 99-108.
47. Haslam N, Williams BJ, Kyrios M, McKay D, Taylor S. Subtyping Obsessive-Compulsive Disorder: A Taxometric Analysis. *Behaviour Therapy*. 2005;36:381-391.
48. Krueger RF, Piasecki TM. Toward a dimensional and psychometrically-informed approach to conceptualizing psychopathology. *Behav Res Ther*. 2002;40:485-499.
49. Rachman SJ, de Silva P. Abnormal and normal obsessions. *Behav Res Ther*. 1978;16: 233-248.
50. Leckman JF, Grice DE, Boardman J, Zhang H, Vitale A, Bondi C et al. Symptoms of obsessive-compulsive disorder. *Am J Psychiatry*. 1997;154:911-917.
51. Hasler G, Lasalle-Ricci VH, Ronquillo JG, Crawly SA, Cochran LW, Kazuba D, Greenberg BD, Murphy DL. Obsessive-Compulsive disorder symptom dimensions show specific relationships to psychiatric comorbidity. *Psychiatry Res*. 2005;135:121-132.
52. Mataix-Cols D, Baer L, Rauch SL, Jenike MA. Relation of factor-analyzed symptom dimensions of obsessive compulsive disorder to personality disorders. *Acta Psychiatr Scand*. 2000;102(3):199-202.
53. Samuels J, Bienvenu OJ, Riddle MA, Cullen BAM, Grados MA, Liang KY, et al. Hoarding in Obsessive-Compulsive Disorder: results from a case-control study. *Behav Res Ther*. 2002;40:517-528.
54. Fullana MA, Mataix-Cols D, Trujillo JL, Caseras X, Serrano F, Alonso P, Menchón JM, Vallejo J, Torrubia R. Personality characteristics in obsessive-compulsive disorder and individuals with subclinical obsessive-compulsive problems. *Br J Clin Psychol*. 2004;43(Pt 4):387-98.
55. Torrubia R, Avila C, Moltó J, Caseras X. The sensitivity to punishment and sensitivity to reward questionnaire (SPSRQ) as a measure of Gray's anxiety and impulsivity dimensions. *Pers Individ Dif*. 2001;31: 837-862.
56. Eysenck HJ, Eysenck SBG. *Manual of the Eysenck Personality Questionnaire*. London: Hodder and Stoughton; 1975.
57. Samuels JF, Bienvenu OJ, Pinto A, Murphy DL, Piacentini J, Rauch SL et al. Sex-specific clinical correlates of hoarding in obsessive-compulsive disorder. *Behav Res Ther*. 2008, 46 (9), 1040-1046.
58. Wheaton M, Timpano KR, Lasalle-Ricci VH, Murphy D. Characterizing the hoarding phenotype in individuals with OCD: associations with comorbidity, severity and gender. *J Anxiety Disord*. 2008;22:243-252.
59. Alsobrook JP, Leckman JF, Goodman WK, Rasmussen SA, Pauls DL. Segregation analysis of obsessive-compulsive disorder using symptom-based factor scores. *Am J Med Genet*. 1999; 88:669-675.
60. Hanna GL, Fischer DJ, Chadha KR, Himle JA, Van Etten M. Familial and sporadic subtypes of early-onset Obsessive-Compulsive disorder. *Biol Psychiatry*. 2005;57(8):895-900.
61. Miguel EC, Leckman JF, Rauch S, do Rosario-Campos MC, Hounie AG, Mercadante MT, Chacon P, Pauls DL. Obsessive-compulsive disorder phenotypes: implications for genetic studies. *Molecular Psychiatry*. 2005;10(3): 258-275.
62. Taberner J, Fullana MA, Caseras X, Pertusa A, Bados A, van den Bree M, et al. Are obsessive-compulsive symptom dimensions familial in nonclinical individuals? *Depress Anxiety*. 2009;26(10): 902-908.
63. Bienvenu OJ, Samuels JF, Riddle MA, Hoehn-Saric R, Liang KY, Cullen BA, Grados MA, Nestadt G. The relationship of obsessive-compulsive disorder to possible spectrum disorders: results from a family study. *Biol Psychiatry*. 2000;48(4):287-93.
64. Grados MA, Riddle MA, Samuels JF, Liang KY, Hoehn-Saric R, Bienvenu OJ, Walkup JT, Song D, Nestadt G. The familial phenotype of obsessive-compulsive disorder in relation to tic disorders: the Hopkins OCD family study. *Biol Psychiatry*. 2001;50(8):559-65.

65. Pauls DL, Alsobrook JP, Goodman W, Rasmussen S, Leckman JF. A family study of obsessive-compulsive disorder. *Am J Psychiatry*. 1995;152:76–84.
66. Phillips KA, Stout RL. Associations in the longitudinal course of body dysmorphic disorder with major depression, obsessive-compulsive disorder, and social phobia. *J Psychiatr Res*. 2006;40(4):360-369.
67. Nicolini H, Arnold P, Nestadt G, Lanzagorta N, Kennedy JL. Overview of genetics and obsessive-compulsive disorder. *Psychiatry Res*. 2009;170(1):7-14.
68. Leckman JF, Pauls DL, Zhang H, Rosario-Campos MC, Katsoyich L, Kidd KK et al. Obsessive-compulsive symptom dimensions in affected sibling pairs diagnosed with Gilles de la Tourette syndrome. *Am J Med Genet Part B*. 2003;116:60–68.
69. Rettew DC, Swedo SE, Leonard HL, Lenane MC, Rapoport JL. Obsessions and compulsions across time in 79 children and adolescents with obsessive-compulsive disorder. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. 1992;31(6):1050-1056.
70. Goodman WK, Price LH, Rasmussen SA, Mazure C, Delgado P, Heninger GR, Charney DS. The Yale-Brown Obsessive Compulsive Scale II. Validity. *Arch Gen Psychiatry*. 1989;46:1012-16.
71. Mataix-Cols D, Rauch SL, Baer L, Eisen JL, Shera DM, Goodman WK, Rasmussen SA, Jenike MA. Symptom stability in adult obsessive-compulsive disorder: data from a naturalistic two-year follow-up study. *Am J Psychiatry*. 2002;159(2): 263-268.
72. Saxena S, Bota RG, Brody AL. Brain-behaviour relationships in obsessive-compulsive disorder. *Sem Clin Neuropsychiatry*. 2001;6:82–101.
73. Pena-Garijo J, Barrós-Loscertales A, Ventura-Campos N, Ruipérez-Rodríguez MA, Edo-Villamón S, Ávila C. Implicación del circuito córtico-estriado-talámico en pacientes Obsesivo Compulsivos durante una tarea de control inhibitorio con contingencias de recompensa y castigo. *Rev Neurol*. 2011;53(2): 77-86.
74. Pena-Garijo J, Ruipérez MA, Barros-Loscertales A. Neurobiología del Trastorno Obsesivo-Compulsivo. Aportaciones desde la Resonancia Magnética funcional (1ª Parte). *Rev Neurol*. 2010; 50:477-85.
75. Pena-Garijo J, Ruipérez MA, Barros-Loscertales A. Neurobiología del Trastorno Obsesivo-Compulsivo. Aportaciones desde la Resonancia Magnética funcional (2ª Parte). *Rev Neurol*. 2010;50:541-50.
76. Rauch SL, Dougherty DD, Shin LM, Alpert NM, Manzo P, Leahy L, et al. Neural correlates of factoranalyzed OCD symptom dimensions: a PET study. *CNS Spectrums*. 1999;3: 37–43.
77. Phillips ML, Marks IM, Senior C, Lythgoe D, O'Dwyer AM, Meehan O, Williams SC, Brammer MJ et al. A differential neural response in obsessive compulsive disorder patients with washing compared with checking symptoms to disgust. *Psychol Med*. 2000;30(5):1037-1050.
78. Shapira NA, Liu Y, He AG, Bradley MM, Lessig MC, James GA et al. Brain activation by disgust-inducing pictures in obsessive-compulsive disorder. *Biol Psychiatry*. 2003;54:751–756.
79. Saxena S, Brody AL, Maidment KM, Smith EC, Zohrabi N, Katz E, Baker SK, Baxter LR. Cerebral glucose metabolism in obsessive-compulsive hoarding. *Am J Psychiatry*. 2004;161: 1038–1048.
80. Mataix-Cols D, Wooderson S, Lawrence N, Brammer MJ, Speckens A, Phillips ML. Distinct Neural Correlates of Washing, Checking, and Hoarding Symptom Dimensions in Obsessive-compulsive Disorder. *Arch Gen Psychiatry*. 2004;61:564-576.
81. Lawrence NS, Wooderson S, Mataix-Cols D, David R, Speckens A, Phillips ML. Decision making and set shifting impairments are associated with distinct symptom dimensions in obsessive-compulsive disorder. *Neuropsychology*. 2006;20(4):409-419.
82. Bechara A, Damasio AR, Damasio H, Anderson SW. Insensitivity to future consequences following damage to human prefrontal cortex. *Cognition*. 1994;50 (1-3):7-15.

83. Lie CH, Specht K, Marshall JC, Fink GR. Using fMRI to decompose the neural processes underlying the Wisconsin Card Sorting Test. *Neuroimage*. 2006;30(3):1038-1049.
84. Nakao T, Nakagawa A, Nakatani E, Nabeyama M, Sanematsu H, Yoshiura T et al. Working memory dysfunction in obsessive-compulsive disorder: a neuropsychological and functional MRI study. *Psychiatry Res*. 2009;43(8):784-791.
85. Dold M, Aigner M. Neuroimaging the various symptom dimensions of obsessive-compulsive disorder. *Neuropsychiatr*. 2009;23(4):193-205.
86. Alexander GE, Crutcher MD. Functional architecture of basal ganglia circuits: neural substrates of parallel processing. *Trends Neurosci*. 1990;13:266-271.
87. Alonso P, Menchón JM, Jiménez S, Segalàs J, Mataix-Cols D, Jaurrieta N, Labad J et al. Personality dimensions in obsessive-compulsive disorder: Relation to clinical variables. *Psychiatry Res*. 2008;157:159-168.
88. Horesh N, Dolberg OT, Kirschenbaum-Aviner N, Kotler M. Personality differences between obsessive-compulsive disorder subtypes: washers versus checkers. *Psychiatry Res*. 1997;71:197-200.
89. Matsunaga H, Kiriike N, Matsui T, Iwasaki Y, Koshimune K, Ohya K, Stein DJ. A comparative study of clinical features between pure checkers and pure washers categorized using a lifetime symptom rating method. *Psychiatry Res*. 2001;105:221-229.
90. Kim SJ, Kang JI, Kim CH. Temperament and character in subjects with obsessive-compulsive disorder. *Comp Psych*. 2009;50(6):567-572.
91. LaSalle-Ricci VH, Arnkoff DB, Glass CR, Crawley SA, Ronquillo JG, Murphy DL. The hoarding dimension of OCD: Psychological comorbidity and the five-factor personality model. *Behav Res Ther*. 2006;44:1503-1512.
92. Costa PT, McCrae RR. *NEO PI-R, Inventario de personalidad NEO revisado*. Madrid: TEA Ediciones; 1999.
93. Wheaton MG, Abramowitz JS, Berman NC, Riemann BC, Hale LR. The relationship between obsessive beliefs and symptom dimensions in obsessive-compulsive disorder. *Behav Res Ther*. 2010;48:949-954.
94. Gutiérrez-Zotes JG, Valero J, Gallego EB, Torres X, Lavad A, Livesley J. Structure of Personality Pathology in normal and clinical samples: Spanish validation of the DAPP-BQ. *J Pers Disord*. 2008;22:389-404.
95. Livesley WJ, Jang K, Vernon P. Phenotypic and genetic structure of traits delineating personality disorder. *Arch Gen Psychiatry*. 1998;55(10):941-948.
96. Fullana MA, Tortella-Feliu M, Casares X, Andino O, Torrubia R, Mataix-Cols D. Psychometric properties of Spanish version of the Obsessive Compulsive Inventory-Revised in non-clinical sample. *J Anxiety Disord*. 2005;19: 893-903.
97. Huppert JD, Walther MR, Hajcak G, Yadin E, Foa EB, Simpson HB, Liebowitz MR. The OCI-R: validation of the subscales in a clinical sample. *J Anxiety Disord*. 2007;21(3):394-406.
98. Pena-Garijo J. *Trastorno Obsesivo Compulsivo: Aportaciones desde la Personalidad y la Neuroimagen funcional*. Tesis Doctoral. Castelló. Universitat Jaume I. 2010. <http://hdl.handle.net/10803/10516>.
99. Bloch MH, Landeros-Weisenberger A, Rosario-Campos MC, Pittenger C, Leckman, JF. *Meta-Analysis of the Symptom Structure of Obsessive-Compulsive Disorder*. *Am J Psychiatry*. 2008;165:1532-1542.
100. Summerfeldt LJ, Richter MA, Antony MM, Swinson RP. Symptom structure in obsessive-compulsive disorder: A confirmatory factor-analytic study. *Behav Res Ther*. 1999;37:297-311.
101. Foa EB, Huppert JD, Leiberg S, Langner R, Kichic R, Hajcak G, Salkovskis PM. The obsessive-Compulsive Inventory: development and validation of a short version. *Psychol Asses*. 2002;14:485-496.
102. Feinstein SB, Fallon BA, Petkova E, Liebowitz MR. Item-by-item factor analysis of the Yale-Brown Obsessive Compulsive Scale symptom check-list. *J Neuropsychiatry Clin Neurosci*. 2003;15:187-193.
103. Mataix-Cols D, Marks IM, Greist JH, Kobak KA, Baer L. Obsessive-compulsive symptom dimensions as predictors of compliance with and response to behaviour therapy: results from a controlled trial. *Psychother Psychosom*. 2002;71(5):255-262.

Pena-Garijo J. *Psiquiatria.com*. 2012; 16:6.
<http://hdl.handle.net/10401/5382>

104. Hantouche EG, Bougeois M, Bouhassira M, Lancrenon S. Aspects cliniques des troubles et des syndromes obsessionnels-compulsifs: Résultats de la phase 2 d'une large enquête française. *Encephale*. 1996;22 255-263.

Correspondencia

Josep Pena Garijo.
Unidad Salud Mental.
Centre de Salut “Illes Columbretes”.
Plaça Illes Columbretes.
12004 Castelló de la Plana (España).
Email: josepyolanda@ono.com



Cite este artículo de la siguiente forma (estilo de Vancouver):

Pena-Garijo J, Ruipérez Rodríguez MA. Actualización en Trastorno Obsesivo Compulsivo: de las propuestas categoriales a las dimensiones sintomáticas. Psiquiatria.com [Internet]. 2012 [citado 16 Feb 2012];16:6. Disponible en: <http://hdl.handle.net/10401/5382>