

**UNIVERSIDAD CATÓLICA REDEMPTORIS MATER  
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS  
CARRERA DE MEDICINA**



**INFORME FINAL DE PROYECTO DE INVESTIGACION**

**LÍNEA DE INVESTIGACIÓN: SALUD MENTAL**

**Aspectos clínicos en pacientes adultos con trastorno obsesivo compulsivo y comorbilidades relacionadas, Revisión Sistemática**

**AUTORA**

López-Fitoria Virginia Lucia

ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-4248-5790>

**TUTOR CIENTÍFICO**

**Dra. Fernanda Pineda Gea**

Docente Facultad de Ciencias Médicas, UNICA

ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-0927-3585>

**REVISORES DE LA INVESTIGACIÓN**

**Carlos Manuel Téllez, MSc.**

Revisor y corrector de estilo

ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-8936-0031>

**TUTOR METODOLÓGICO**

René Alfonso Gutiérrez- Aburto, MD, MSc.

Epidemiólogo, Salubrista Público

Doctorando en Ciencias de la Salud

ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-9806-7419>

**Dr. Francisco Hiram Otero Pravia**

Decano de Facultad de Ciencias Médicas, UNICA

ORCID: <https://orcid.org/0009-0000-5520-536X>

Managua, Nicaragua,  
20 de noviembre 2023

## **Agradecimiento**

Primeramente, agradezco a la Universidad Católica Redemptoris Mater por haberme aceptado ser parte de ella y abierto las puertas de su seno científico para poder estudiar mi carrera, así como también a los diferentes docentes que me brindaron sus conocimientos y su apoyo para salir adelante día a día.

Agradezco también a mi asesor de tesis, Dr. René Gutiérrez, por haberme brindado la oportunidad de recurrir a su capacidad y conocimiento científico, así como también haberme tenido toda la paciencia del mundo para guiarme durante todo el desarrollo de la tesis.

Y a todas aquellas personas que siempre estuvieron a mi lado en mis logros y dificultades.

## **Dedicatoria**

Primero que nada, dedicó esta tesis a mis abuelos MARIA AXILIDORA MEMBREÑO, ESMELDA REYES, VIRGILIO LOPEZ y ERNESTO JOSE FITORIA ,el amor recibido, la dedicación y la paciencia con la que cada día se preocupaban por mi avance y desarrollo.

Gracias por ser los motores de mis sueños y por cada día confiar y creer en mi, gracias también a mi madre JESENIA LISSETH FITORIA REYES por siempre estar para mi en cada una de mis dificultades.

# Índice

I. Introducción .....	1
II. Antecedente.....	3
III. Justificación .....	12
IV. Planteamiento del problema .....	14
V. Objetivos .....	15
General .....	15
Específicos .....	15
VI. Marco de referencia.....	16
VII. Diseño Metodológico .....	39
A. Tipo de estudio .....	39
B. Criterios de elegibilidad .....	39
Criterios de inclusión.....	39
Criterios de exclusión .....	40
C. Fuentes de obtención de información .....	40
2. Técnica de búsqueda de información (Artículos y/o tesis monográficas) .....	40
2.1 Herramientas seleccionadas para realizar la búsqueda de información:.....	40
2.1.1 Base de datos.....	40
4.1.2 Metabuscadores .....	40
4.1.3 Repositorios.....	41
D. Procedimientos utilizados en la búsqueda de obtención de información: .....	41
2.1.2 Estrategia de búsqueda bibliográfica.....	41
2.1.3 Paso 1: Identificación de términos de búsquedas (tesauros): DeSC (Descriptores en Ciencias de la Salud) 41	
2.1.4 Paso 2: Comprobación de similitudes de descriptores DeSC con los descriptores MeSH .....	42
2.1.5 Paso 3: Construcción y definición de cadena de búsqueda.....	44
5.1.4.1 Utilización de operadores boléanos.....	45
2.1.6 Paso 4: Aplicación de estrategias de búsqueda.....	46
2.1.7 Periodo de búsqueda bibliográfica .....	46
E. Método de revisión bibliográfica .....	46
F. Diagrama Prisma.....	48
G. Proceso de extracción de datos: Análisis de los datos.....	49
H. Análisis cualitativo de los datos.....	79
I. Control de sesgo los estudios .....	79
Consideraciones éticas.....	80
VIII. Resultados y Discusión de Resultados .....	81
IX Conclusiones.....	93
X. Recomendaciones.....	94
Lista de Referencias .....	95

## **Resumen**

Sintetizar la evidencia disponible de los aspectos clínico-epidemiológicos en adultos con trastorno obsesivo compulsivo y comorbilidades. Metodología: Revisión sistemática, pronóstica, ambispectiva con enfoque cualitativo, se analizaron artículos científicos con diseño metodológico observacionales descriptivos, analíticos y revisiones sistemáticas. Se utilizó STROBE y PRISMA, artículos científicos con acceso abierto en idioma español y/o inglés de 2019-2023, las bases de datos utilizadas fueron MEDLINE (PUBMED), LILACS, Cochrane Controlled Trials Register, BIREME.BR, Google Académico, repositorios bibliográficos de Nicaragua. Resultados: 16 países fueron los que reportaron publicaciones en el periodo estudiado, 15 revistas publicaron sobre la temática; 2019 fue el año de mayor producción científica, el 52.4% de diseños de estudios fueron transversales analíticos, 8.241 pacientes fueron estudiados, sexo femenino fue el prevalente, se utilizaron 26 escalas diagnósticas, la tercera década de la vida fue la edad media de los pacientes con TOC comórbido, +/- 11.7 años y 19.2 años como edad promedio de inicio de TOC, 18 comorbilidades fueron encontradas. Conclusiones: El TOC afecta a todos los grupos etarios, en todas las ocupaciones y perfiles profesionales sin excepción, hay eventos vitales estresantes desencadenantes como embarazo, post parto e infecciones; la comorbilidad en el TOC fue cercana al 30%, la severidad de los síntomas obsesivos y compulsivos en pacientes con TOC comórbido son más graves, de modo que requieren abordaje intensivo, integral y de larga duración.

## **I. Introducción**

El trastorno obsesivo compulsivo (TOC) es un trastorno neuropsiquiátrico crónico muy prevalente que se asocia con una discapacidad global sustancial, es el ejemplo clave del TOC y relacionados, enfermedades clasificadas en el Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos Mentales, quinta edición y en la Clasificación Internacional de Enfermedades, 11<sup>a</sup> revisión, y a menudo se subdiagnostica, se han elaborado investigaciones bajo enfoques fenomenológico, psicológico, farmacológico y psicoterapias (Stein et al., 2019).

El TOC se caracteriza por la presencia de obsesiones y/o compulsiones. Las obsesiones son pensamientos, imágenes, impulsos o impulsos repetitivos y persistentes que son intrusivos, egodistónicos, no deseados, y comúnmente se asocian con la ansiedad. Las compulsiones son comportamientos físicos o actos mentales repetitivos que el individuo se siente impulsado a realizar en respuesta a una obsesión de acuerdo con reglas rígidas, o para lograr una sensación de seguridad, muchas veces no lograda. Las obsesiones y compulsiones en pacientes con TOC incluyen patrones de contaminación, duda patológica, simetría y pensamientos intrusivos pueden estar combinaciones de los patrones sintomáticos, pero también hay una gran variedad como preocupaciones sobre daño a uno mismo o a otros, pensamientos intrusivos agresivos o sexuales junto con rituales mentales, como contar, comportamiento de acaparamiento, escurpulosidad, celos obsesivos y obsesiones musicales. (Stein et al., 2019).

El TOC tiene una prevalencia a lo largo de la vida del 2% al 3%, aunque las cifras varían según las regiones, y que está asociado con comorbilidad y morbilidad sustancial, El TOC es más común en mujeres que en hombres en la comunidad, mientras que la proporción entre mujeres y hombres suele ser bastante uniforme en las muestras clínicas. El TOC se encuentra en personas de todas las clases socioeconómicas, así como en países de ingresos bajos, medios y altos (Stein et al., 2019).

El TOC se caracteriza por una comorbilidad sustancial, en el estudio de Replicación de la Encuesta Nacional de Comorbilidad (NCS-R) el 90% de los encuestados con TOC de por

vida (según los criterios de diagnóstico del DSM-IV) cumplían los criterios de diagnóstico para otro trastorno de por vida en el DSM-IV; De estos trastornos, los más comunes fueron los trastornos de ansiedad, los trastornos del estado de ánimo, los trastornos del control de los impulsos y los trastornos por uso de sustancias.

TOC y relacionados (OCRD) también suelen coexistir con el TOC. En el 79,2% de los casos, el TOC comenzó después de los trastornos de ansiedad comórbidos, mientras que era igualmente probable que el TOC comenzara antes o después de un trastorno del estado de ánimo, y comenzó después de los trastornos comórbidos de control de impulsos y uso de sustancias en el 92,8% y el 58,9% de los casos, respectivamente. Además, alguna evidencia sugiere una mayor comorbilidad de los trastornos médicos generales en personas con TOC.

El TOC es a menudo un trastorno gravemente perjudicial: el 65,3% de los casos de 12 meses (es decir, personas con síntomas de TOC en los 12 meses anteriores a la evaluación) en el NCS-R informaron un deterioro grave del rol en la Escala de Discapacidad de Sheehan. Además, aquellos en el subgrupo clínicamente severo informaron las calificaciones más altas de deterioro en las relaciones y los dominios de funcionamiento social. El TOC de 12 meses se asoció con un promedio de 45,7 días fuera de servicio en los 12 meses anteriores. También se ha observado un aumento de la mortalidad en el TOC. A pesar de la creciente conciencia sobre el TOC y la morbilidad asociada, esta afección está infradiagnosticada y tratada; En el NCS-R, sólo una minoría de los casos graves (30,9%) recibió tratamiento específico para el TOC. (Stein et al., 2019).

El presente estudio pone de manifiesto la necesidad de seguir profundizando sobre esta temática en la línea de salud mental como una enfermedad neuropsiquiátrica ligada fuertemente a aspectos genéticos, medioambientales y sociales que están en el proceso de descubrimiento bajo muchos enfoques y diseños de investigación, esta revisión sistemática generara evidencia que facilite la toma de decisiones clínicas, actualización de guías de prácticas clínicas que permitan la implementación de estrategias de prevención secundarias y terciarias en beneficio de los pacientes y sus familias.

## II. Antecedente

Vahid Khosravani et al. (2017) en un estudio sobre la relación de alexitimia y dimensiones de los síntomas en pacientes con TOC, la alexitimia se refiere a dificultades para identificar, describir y diferenciar sentimientos, falta de imaginación y tendencia a centrarse en síntomas somáticos. La alexitimia puede existir en el 30-40% de los pacientes con TOC (De Berardis et al., 2005) y entre el 45% y el 67% de los individuos dependientes del alcohol (Thorberg, Young, Sullivan y Lyvers, 2009), Se ha demostrado que los pacientes con TOC tienen puntuaciones más altas en alexitimia que los controles sanos. Además, la mayoría de los estudios revelaron la relación de la alexitimia con el TOC y su gravedad, se encontró que la alexitimia se correlaciona con la depresión, la ansiedad, el estrés y la gravedad del TOC, alexitimia puede afectar la representación mental restringida de los estados emocionales y la presentación clínica de conductas compulsivas específicas en el TOC, las características alexitímicas parecen ser temporalmente estables en el TOC, también tiene efectos negativos sobre los resultados del tratamiento.

Se trabajó con un diseño observacional, analítico transversal, reclutaron al azar 115 pacientes con TOC, ambulatorios (rango de edad = 15 a 54 años) de la sala psiquiátrica ambulatoria del hospital Imam Hossein en Teherán Iran, 100 pacientes ambulatorio-alcohólicos y 80 pacientes sanos, desde octubre de 2015 hasta marzo de 2016. Se utilizaron los siguientes escalas: **DASS-21**: Escala de Depresión, Ansiedad y Estrés-21; **Y-BOCS**: Escala Obsesivo Compulsiva de Yale-Brown. La depresión, la ansiedad y el estrés fueron evaluados mediante **DASS-21**; **DASS-21**: Escalas de estrés, ansiedad y depresión-21.

Entre los resultados se encontraron que las características demográficas y clínicas de los participantes se encontraron diferencias significativas entre grupos en cuanto a edad y género. Los pacientes con TOC y alcohólicos tenían menos educación y puntuaciones más altas en el DASS-21 en comparación con los controles normales. Los pacientes con TOC mostraron una edad de inicio más tardía, una duración más prolongada de la enfermedad, puntuaciones más altas en el DASS-21 y más comorbilidades que los pacientes alcohólicos. Los resultados indicaron diferencias significativas entre los tres grupos para la alexitimia y sus subescalas después de controlar el género, la edad, la educación y el DASS-21. Los pacientes con TOC obtuvieron puntuaciones más altas en alexitimia y sus subescalas que



los controles normales y los pacientes alcohólicos. Según las puntuaciones de corte del TAS-20, el 60,7% (norte=70) del TOC los pacientes eran alexitímicos (puntuación total TAS-20 > 61), mientras que el 39,3% (n=45) no eran alexitímicos (puntaje total TAS-20 <51).

Según nuestros resultados, los pacientes con alexitimia mostraron puntuaciones más altas en el YBOCS y sus subescalas, así como en las dimensiones de síntomas obsesivos compulsivos de neutralización mental y obsesión, que los no alexitímicos después de controlar la depresión, la ansiedad y el estrés. El cálculo del tamaño del efecto reveló que la magnitud del efecto grupal entre pacientes alexitímicos y no alexitímicos con respecto a la puntuación total de Y-BOCS ( $\eta^2=0,15$ ,  $\eta^2>0,14$ ) era grande. Además, los tamaños del efecto para obsesivo ( $\eta^2=0,13$ ) y subescalas compulsivas ( $\eta^2=0,12$ ), obsesionado ( $\eta^2=0,07$ ) y neutralizante mental ( $\eta^2=0,09$ ) ( $\eta^2>0,06$ ) fueron medios. Nuestro estudio tuvo algunos hallazgos laterales valiosos. Los resultados demostraron que los pacientes alexitímicos eran más jóvenes y tenían una edad más temprana en el inicio del TOC, menor educación, mayor duración de la enfermedad y puntuaciones más altas en depresión, ansiedad y estrés que los no alexitímicos (pag <0,001).

La correlación de Pearson mostró que tanto DIF como DDF estaban relacionados positivamente con todas las dimensiones de los síntomas del obsesivo compulsivo (pag <0,01). Además, EOT tuvo asociaciones significativas con la obsesión, la neutralización mental y el acaparamiento (pag <0,01). Cuando se utilizó la correlación parcial para controlar para la depresión, la ansiedad, el estrés y la gravedad del TOC, los resultados revelaron que el DIF ( $pr=0,42$ ) y EOT ( $pr=0,35$ ) (pag <0,01) seguían relacionados con obsesión y neutralización mental respectivamente. También se realizó un análisis de regresión múltiple para examinar las relaciones de las subescalas de alexitimia con las dimensiones obsesiva y neutralizante mental que muestran correlaciones significativas en el análisis de correlación parcial. Los resultados indicaron que DIF predijo el 25% de la varianza total para obsesionarse ( $\beta=0,56$ ,  $t=7,24$ , pag <0,001); Además, EOT explicó significativamente el 20% de la variación total para la neutralización mental. ( $\beta=0,51$ ,  $t=6,89$ , pag <0,001) después de controlar la gravedad del TOC, la depresión, la ansiedad y el estrés. Ninguna de las otras dimensiones de los síntomas del CO fue predicha significativamente por las subescalas de alexitimia .

La correlación parcial reveló que DDF ( $pr=0,30$ ) y EOT ( $pr=0,36$ ) ( $pag <0,01$ ) se asociaron significativamente con la gravedad del TOC después de controlar la depresión, la ansiedad y el estrés. La duración de la enfermedad y la edad de inicio no se relacionaron significativamente con las subescalas de alexitimia. Los hallazgos de este estudio sugirieron que las subescalas de alexitimia de dificultad para identificar sentimientos y pensamiento orientado externamente podrían estar relacionadas con las dimensiones de los síntomas obsesivo compulsivos. Se concluyó que dificultad para identificar sentimientos y pensamiento orientado externamente pueden ser específicos para la obsesión y la neutralización mental en pacientes con TOC.

Fouche et al. (2022) en un estudio sobre el análisis de la forma de las estructuras subcorticales en el trastorno obsesivo-compulsivo en pacientes con comorbilidad de ansiedad, depresión y uso de medicamentos, haciendo uso de un metanálisis realizado por el OCD Brain Imaging Consortium, los datos se obtuvieron de seis centros de investigación que participan en el OCD Brain Imaging Consortium OBIC. los participantes fueron evaluados para detectar trastornos del eje I del DSM-IV, y los criterios de exclusión fueron edades menores de 18 años y mayores de 65 años, trastorno psicótico actual, antecedentes recientes de un trastorno por uso de sustancias, discapacidad intelectual y patología orgánica o neurológica grave. Se permitió la comorbilidad psiquiátrica si el TOC era el diagnóstico principal. La muestra completa estuvo compuesta por 412 pacientes con TOC primario y 368 controles sanos después de verificar la calidad de los datos y eliminar las exploraciones problemáticas.

Un estudio similar del consorcio ENIGMA-OCD analizó los volúmenes subcorticales de 1.830 pacientes con TOC y 1.759 controles y encontró, en promedio, volúmenes de pálido más grandes y de hipocampo más pequeños en el TOC, con hallazgos especialmente pronunciados en pacientes que tomaban medicamentos (Boedhoe et al. otros,2017). La edad y la duración de la enfermedad también pueden afectar los hallazgos de los ganglios basales, informaron que mayores volúmenes de estructuras estriatales en el TOC se asociaban con una edad más avanzada y una mayor duración de la enfermedad, un hallazgo respaldado por el OCD Brain Imaging Consortium (OBIC) (De Wit et al., 2014) y el estudio ENIGMA- OCD . Otra advertencia es que muchos pacientes con TOC presentan ansiedad

y depresión comórbidas (Rasmussen y Eisen,1992 ), y estos trastornos pueden afectar aún más los hallazgos volumétricos.

Los pacientes con TOC primario ( $n = 412$ ) y los controles sanos ( $n = 368$ ) fueron emparejados por sexo, lateralidad y origen étnico en cohortes individuales. Sin embargo, los pacientes eran significativamente mayores (grupo TOC: 32,1 años [DE = 9,6]; grupo control: 30,2 años [DE = 9,3],  $t = 2,9$ ,  $p = 4 \times 10^{-3}$ ) y tenían un nivel de educación más bajo (TOC grupo: 13,7 años [DE = 2,8]; grupo de control: 14,6 años [DE 3,1],  $t = -4,0$ ,  $p < 1 \times 10^{-3}$ ) que el grupo de control en la cohorte agregada. El grupo de TOC tuvo una puntuación media en la Escala Obsesivo Compulsiva de Yale-Brown (Y-BOCS) de 24,9 (DE = 6,2) y una edad media de inicio clínico de 20,1 años (DE = 8,7). En relación al área de superficie de forma subcortical en pacientes con TOC en comparación con controles sanos no hubo diferencias significativas ( $p < 0,05$  con reflector FDR corregido) en la forma del área de superficie para cualquiera de las estructuras subcorticales al comparar a los pacientes con TOC ( $n = 412$ ) con controles sanos ( $n = 368$ ). Tampoco hubo interacción significativa entre edad y diagnóstico o interacción entre edad y diagnóstico para el área de superficie de forma, en relación al grosor de la forma, no hubo diferencias significativas ( $p < 0,05$  corregida por FDR con reflector) en el grosor de la forma de ninguna de las estructuras subcorticales al comparar a los pacientes con TOC ( $n = 412$ ) con controles sanos ( $n = 368$ ). Tampoco hubo interacción significativa entre la edad y el diagnóstico o la interacción entre la edad y el diagnóstico para el grosor de la forma.

En las diferencias grupales en la forma subcortical en el trastorno depresivo comórbido, en el área de superficie de forma los pacientes con TOC con depresión comórbida ( $n = 101$ ) mostraron una superficie más baja en el hipocampo derecho ( $d$  de Cohen =  $-0,173$ , cambio del 2,3 %) y una superficie más alta en el pálido derecho ( $d$  de Cohen =  $0,174$ , cambio del 4,5 %) en comparación con los controles. ( $n = 386$ ). Otras regiones que demostraron un área de superficie inferior fueron el tálamo izquierdo ( $d$  de Cohen =  $-0,184$ , cambio del 4,7%), núcleo caudado izquierdo ( $d$  de Cohen =  $-0,150$ , cambio del 7,5%), núcleo accumbens izquierdo ( $d$  de Cohen =  $-0,162$ , 1,3% cambio) así como putamen derecho ( $d$  de Cohen =  $-0,139$ , cambio del 6,7%). se presentan diferencias significativas en el área de superficie de forma

En la forma subcortical, el área de superficie de forma el trastorno de ansiedad comórbido los pacientes con TOC con ansiedad comórbida ( $n = 83$ ) demostraron una mayor superficie en el pálido derecho ( $d$  de Cohen = 0,178, cambio del 4,6%) que los controles ( $n = 368$ ). Para las otras regiones, hubo una superficie más baja en el núcleo caudado izquierdo ( $d$  de Cohen = -0,115, cambio del 3,4%) y putamen derecho ( $d$  de Cohen = -0,212, cambio del 6,1%), así como una superficie más alta en el núcleo caudado izquierdo núcleo caudado ( $d$  de Cohen = 0,200, cambio del 5,8%), en comparación con los controles. No hubo diferencias significativas en la superficie de forma entre los pacientes con TOC sin ansiedad comórbida ( $n = 190$ ) y los controles ( $n = 368$ ). Tampoco hubo diferencias significativas entre los pacientes con TOC con ( $n = 83$ ) y sin ( $n = 190$ ) ansiedad comórbida.

En el grosor de la forma, los pacientes con TOC con ansiedad comórbida ( $n = 83$ ) tenían un menor espesor en el hipocampo izquierdo ( $d$  de Cohen = -0,111, cambio del 2,4%) y un mayor espesor en el pálido derecho ( $d$  de Cohen = 0,202, cambio del 4,3%) en comparación con los controles. La exploración de otras regiones subcorticales mostró menor espesor en el núcleo caudado izquierdo ( $d$  de Cohen = -0,139, cambio del 5,6%) y mayor espesor en el putamen derecho ( $d$  de Cohen = 0,205, cambio del 7,8%). No hubo diferencias significativas en el grosor de la forma entre los pacientes con TOC sin ansiedad comórbida ( $n = 190$ ) y los controles ( $n = 368$ ), y tampoco entre los pacientes con TOC con ( $n = 83$ ) y sin ( $n = 190$ ) ansiedad comórbida. En relación al uso de medicamentos psicotrópicos, el área de superficie de forma Los pacientes con TOC que usaban medicamentos ( $n = 176$ ) tenían una superficie más baja en el hipocampo derecho ( $d$  de Cohen = -0,153, cambio del 5,6 %) y la amígdala derecha ( $d$  de Cohen = -0,137, cambio del 6,8 %) y una superficie más alta en el lado derecho. pallidum ( $d$  de Cohen = 0,144, cambio del 5,7%) en comparación con los controles ( $n = 368$ ). Otras regiones que demostraron una mayor superficie en pacientes con TOC con uso de medicamentos fueron el putamen derecho ( $d$  de Cohen = 0,132, cambio del 5,5%) y el núcleo caudado derecho ( $d$  de Cohen = 0,123, cambio del 6,2%). No hubo diferencias significativas en la forma de la superficie entre los pacientes con TOC que no usaron medicación ( $n = 222$ ) y los controles ( $n = 368$ ). Tampoco hubo diferencias significativas entre los pacientes con TOC con ( $n = 176$ ) y sin uso de medicamentos ( $n = 222$ ). En relación al grosor de la forma Los pacientes con TOC que tomaban medicación psicotrópica ( $n = 176$ ) en comparación con los controles ( $n = 368$ ) tenían un menor espesor en el hipocampo bilateral (LH:  $d$  de Cohen = -0,161, cambio del 5,8%, RH:  $d$  de Cohen = -0,146, cambio

del 4,6%). y mayor espesor en el pálido derecho (  $d$  de Cohen = 0,177, cambio del 5,9%) en comparación con los controles. Otras regiones que demostraron un menor grosor fueron el putamen izquierdo (  $d$  de Cohen = -0,115, cambio del 7,1%) y el tálamo derecho (  $d$  de Cohen = -0,126, cambio del 6,4%) en comparación con los controles. También hubo un mayor grosor del núcleo caudado derecho (  $d$  de Cohen = 0,175, cambio del 4,4%) en los pacientes con TOC. No hubo diferencias significativas en el grosor de la forma entre los pacientes con TOC sin uso de medicamentos (  $n$  = 222) y los controles (  $n$  = 368), y tampoco entre los pacientes con TOC con (  $n$  = 176) y sin uso de medicamentos (  $n$  = 222), los análisis de regresión indicaron que no hubo asociación significativa entre las dimensiones de los síntomas (  $n$  = 331), las puntuaciones totales de YBOCS (  $n$  = 331), la duración de la enfermedad (  $n$  = 412) y la edad de inicio (  $n$  = 412) con la forma, el grosor o la superficie. área para cualquiera de las regiones subcorticales. En resumen, se encontró que la comorbilidad y el uso de medicamentos se asociaron con alteraciones en la forma, el grosor y el área de superficie en estructuras subcorticales como el hipocampo, el pálido y el tálamo. Esto es en parte consistente con trabajos previos sobre la forma y los volúmenes subcorticales en el TOC. Además, nuestros hallazgos avanzan en trabajos anteriores al sugerir que las diferencias en la forma de las regiones subcorticales pueden ocurrir principalmente en pacientes con TOC con depresión, ansiedad y uso de medicamentos comórbidos. Se necesita más trabajo para delinear los mecanismos exactos que contribuyen a la forma subcortical en todo el espectro de pacientes con TOC.

Buchholz et al. (2019) en un estudio sobre los predictores de síntomas depresivos concurrentes en pacientes con trastorno obsesivo-compulsivo, los participantes incluyeron 93 pacientes (49,5% mujeres;  $n$  = 46) con un diagnóstico primario de TOC que buscaban tratamiento en programas residenciales, hospitalarios parciales y ambulatorios intensivos dentro de una red multisitio de programas de tratamiento específicos para TOC. La edad media de los participantes fue 31,2 años (  $DE$  = 13,681; rango = 18-68) y el 94,6% (  $n$  = 88) de los pacientes se identificaron como blancos, el 1,1% (  $n$  = 1) como asiáticos y el 1,1% (  $n$  = 1). como nativo hawaiano o isleño del Pacífico. Faltaban datos de raza/etnia de tres participantes, los instrumentos utilizados fueron el inventario rápido de autoinforme de sintomatología depresiva (QIDS-SR), la escala dimensional obsesivo-compulsiva (DOCS),

el índice de sensibilidad a la ansiedad (ASI) y la escala de intolerancia a la incertidumbre, forma corta (IUS-12), y cuestionario de preocupación de Penn State.

Gravedad de los síntomas del TOC medida por el DOCS en la muestra actual ( $M = 30,49$ ,  $SD = 15,27$ ) fue comparable al de otras muestras clínicas ( $M = 30,06$ ,  $SD = 15,49$ ; Abramowitz et al., 2010). Aunque las puntuaciones del QIDS-SR variaron entre individuos participantes, la muestra informó depresión general moderada gravedad de los síntomas (Rush et al., 2003). Diagnóstico de regresión identificado sin violaciones de la normalidad, homocedasticidad o suposiciones sobre multicolinealidad (tolerancia  $> 0,1$ ; factor de inflación de varianza  $< 5$ ). A nivel bivariado, las puntuaciones del QIDS-SR fueron significativamente y relación positiva ( $ps < 0,001$ ) con todas las variables del estudio excepto la DOCS subescala de contaminación. La magnitud de la relación entre el QIDS-SR y los predictores transdiagnósticos (es decir, ASI, IUS-12 y puntuaciones del PSWQ) fueron grandes. Finalmente, las correlaciones entre QIDS-SR y las subescalas DOCS variaron de moderadas a grandes ( $rs$  oscilaron entre 0,37 y 0,51). Análisis de regresión lineal jerárquica. Para examinar los predictores de síntomas depresivos, se utilizó un método lineal jerárquico. El análisis de regresión se realizó con el QIDS-SR ingresado como el variable dependiente. Después de ingresar las cuatro subescalas DOCS en el Paso 1 para control de la gravedad del TOC, ingresamos el ASI, IUS-12 y PSWQ simultáneamente en el Paso 2. Como se muestra en la Tabla 2, las cuatro subescalas DOCS representaron conjuntamente un significativo ( $p < 0,001$ ) 39% de la varianza en puntuaciones del QIDS-SR en el Paso 1, que fue impulsado en gran medida por importantes ( $ps < .01$ ) efectos únicos de los pensamientos y pensamientos inaceptables del DOCS subescalas de simetría. Agregar puntuaciones ASI, IUS-12 y PSWQ en el Paso 2 resultó en un aumento significativo (alrededor del 20%) en la varianza explicada del modelo,  $\Delta R^2 = .197$ ,  $p < .001$ . El modelo final representó el 58% de los varianza en las puntuaciones QIDS-SR,  $F(7, 71) = 14,27$ ,  $p < 0,001$ . Como puede verse, Ninguna subescala DOCS representó una variación única significativa en las puntuaciones del QIDS-SR después de incluir los constructos transdiagnósticos como predictores. de depresión, sin embargo, el ASI y el PSWQ surgieron como indicadores predictores únicos de puntuaciones QIDS-SR ( $ps < 0,01$ ). El IUS-12 no Explica de forma única la variación adicional en el QIDS-SR.

Estos hallazgos tienen implicaciones para la teoría, la evaluación y Tratamiento de pacientes con TOC deprimidos. En primer lugar, sugieren que el concepto de modelos de depresión en el contexto del TOC deben incluir factores, que no sean únicamente la presentación de

síntomas de TOC. En concreto, las tendencias preocuparse y malinterpretar catastróficamente las sensaciones corporales relacionadas con la excitación, puede predecir la depresión entre personas con TOC. En segundo lugar, los hallazgos sugieren que, junto con la exposición y la prevención de la respuesta, los pacientes con TOC con síntomas depresivos sustanciales pueden beneficiarse de intervenciones dirigidas a la ansiedad y la preocupación. Por ejemplo, Caprón et al. (2012) demostraron una relación entre Ansiedad y tendencias suicidas e ideación, lo que los lleva a sugerir intervenciones de mejora de la Ansiedad para individuos con tendencias suicidas significativas. Dada la relevancia de ansiedad tanto el TOC como la depresión, y la relación única que encontramos entre ansiedad y depresión en nuestra muestra, los médicos deben evaluar ansiedad y preocupación junto con la depresión en pacientes con TOC. Asociaciones fuertes y positivas entre los síntomas depresivos y las medidas de ansiedad, intolerancia a la incertidumbre y preocupación, y ansiedad y preocupación (pero no intolerancia a la incertidumbre) siguieron siendo predictores únicos y significativos de la depresión después de controlar la gravedad de los síntomas del TOC.

Angelakis y Pseftogianni (2021) en un estudio sobre la asociación del trastorno obsesivo compulsivo y trastornos relacionados y evitación experiencial, una revisión sistemática con metaanálisis. Las asociaciones entre los distintos tipos de trastornos obsesivo-compulsivos y relacionados y la evitación experiencial han recibido pruebas contradictorias. Por lo tanto, se realizó este metanálisis para I) reexaminar la asociación entre el trastorno obsesivo-compulsivo y la evitación experiencial, II) extender esta asociación al trastorno de acaparamiento, la tricotilomanía y el trastorno dismórfico corporal, y III) identificar posibles variables que afectan estas asociaciones. Se realizaron búsquedas en cinco bases de datos, incluidas Medline, Embase, PsychINFO, Web of Science y CINAHL, hasta el 15 de marzo de 2021. Se realizaron metanálisis basados en modelos de efectos aleatorios. Se aplicaron pruebas de heterogeneidad y sesgo de publicación mediante el estadístico I<sup>2</sup> y la prueba de Egger. Se realizaron análisis de metarregresión para identificar posibles moderadores que afectan la fuerza de estas asociaciones. Se identificaron treinta y seis estudios únicos basados en n = 11.859 participantes. La asociación entre el trastorno obsesivo-compulsivo y la evitación experiencial fue moderada (SMD = 0,75, IC 95% = 0,57-0,92), mientras que las asociaciones entre los síntomas obsesivo-compulsivos individuales, incluidas las obsesiones, la responsabilidad por el daño, ordenar, controlar, lavar y neutralizar y la evitación

experiencial varió de baja a fuerte (DME osciló entre 0,41 y 1,06; IC del 95 % = 0,25 a 1,40). Las asociaciones entre trastorno de acumulación (SMD = 0,93, IC 95 % = 0,46-1,40), tricotilomanía (SMD = 0,56, IC 95 % = 0,48-0,63), trastorno dismórfico corporal (SMD = 1,55, IC 95 % = 0,72-2,37) y la evitación experiencial fueron de moderadas a fuertes. Los análisis de metarregresión demostraron que los estudios que utilizaron las escalas AAQ/AAQ-II para medir la evitación experiencial y/o escalas de autoinforme para evaluar las OCRD contribuyeron con tamaños de efecto más pequeños. Estos hallazgos sugieren que reducir la evitación experiencial puede ser una forma viable de complementar las estrategias de exposición para aliviar los síntomas obsesivo-compulsivos y relacionados.



### **III. Justificación**

#### **Conveniencia de esta investigación**

Permitirá observar las características de un problema y reflexionar sobre su realidad de acuerdo con las ideas, imágenes, pensamientos y/o acciones que coexisten frecuentemente en la psique del paciente con trastorno obsesivo compulsivo que de forma intrusiva manifiesta obsesiones y compulsiones de forma continua que en muchas ocasiones su diagnóstico es demorado causando ansiedad, sentimientos de malestar y angustia los cuales afectan en su totalidad o todas las esferas. La OMS la incluye entre las 20 primeras enfermedades que producen discapacidad, con prevalencia del 1 al 3% en los adultos, se encuentra entre las 5 enfermedades psiquiátricas más comunes, ocupando el cuarto lugar entre las enfermedades incapacitantes.

#### **Relevancia social**

Esta investigación permitirá a los pacientes con trastornos obsesivos compulsivos, personal sanitario, conocer los aspectos teóricos relacionados a esta condición clínica por lo que puede convertirse en una herramienta didáctica útil tanto como para el paciente y personal médico tratante antes, durante y después de las terapias. En esta investigación se revisaran los aspectos teóricos sobre los signos, síntomas y comorbilidades relacionada a esta enfermedad neuropsiquiátrica.

#### **Implicaciones prácticas y clínicas**

Se mostrará evidencias científicas solidas que servirán de línea de base de guía de práctica clínica y normativas para la atención holística de estos trastornos asegurando mejoría de la calidad de vida de los pacientes en sus entornos sociales, laborales y familiares.

**Valor teórico con la investigación:** la información recolectada aportara conocimiento acortando la brecha del conocimiento en esta temática debido a que la producción científica en la línea de salud mental es muy escueta en Nicaragua, visibilizara en el contexto internacional y nacional la sintomatología de este trastorno y las comorbilidades relacionadas.

**Utilidad metodológica:** con este diseño se podrá continuar estudiando este trastorno con metodología cuantitativa y cualitativa o bien con diseños mixtos.

**Factibilidad del estudio:** esta investigación se realiza cumpliendo con los aspectos éticos para estudios en seres humanos, y por ser una revisión de la producción científica no necesita el consentimiento de una institución en particular porque las unidades de análisis son los artículos científicos indexados en bases de datos, repositorios institucionales con acceso abierto.

**Viabilidad del estudio:** Se cuenta con el tiempo para realizar esta investigación, es realizada por un un equipo de investigadores que con recursos propios y sin conflictos de intereses políticos, sociales, financieros entre otros llevan a cabo esta investigación.

## **IV. Planteamiento del problema**

¿Cuáles son los aspectos clínicos en pacientes adultos con trastornos obsesivo compulsivo y comorbilidades relacionadas?

**P:** Pacientes Adultos

**E:** Trastorno Obsesivo Compulsivo  
Comorbilidades

**C:** No se contempla grupo de Comparación

**O:** outcome (Resultados)

### **1.Perfil epidemiológico del TOC**

Edad

Sexo

Escolaridad

Profesión

Ocupación

Estado civil

Edad de Inicio de Síntomas

Antecedentes familiares

Evento vital estresante

Edad biológica del diagnóstico

Años de evolución de la enfermedad

### **2.Dimensiones de síntomas del TOC**

Patrón de contaminación

Patrón de duda patológica

Patrón de pensamientos intrusivos

Patrón de simetría

### **3.Comorbilidades**

Trastornos de déficit de atención e hiperactividad

Epilepsia

Síndrome de Tourette

Trastorno de acumulación

Ansiedad

Depresión

Ideación suicida

Intento suicida

Autismo

**S: Estudios observacionales** (descriptivos: Informes de caso, serie de casos, transversales descriptivos, analíticos: (Casos y Controles, cohorte, transversales) y experimentales (ensayos clínicos).

## V. Objetivos

### General

Sintetizar la evidencia disponible respecto a los aspectos clínico-epidemiológicos en adultos con trastorno obsesivo compulsivo y comorbilidades relacionadas

### Específicos

#### 1. Identificar las características epidemiológicas de los pacientes adultos con trastorno obsesivo compulsivo

- Edad
- Sexo
- Escolaridad
- Profesión
- Ocupación
- Estado civil
- Edad de inicio de síntomas
- Antecedentes familiares
- Evento vital estresante
- Edad del biológica del diagnóstico
- Años de evolución de la enfermedad

#### 2. Describir las dimensiones clínicas de los pacientes adultos con trastorno obsesivo compulsivo

- Patrón de simetría
- Patrón de contaminación
- Patrón de duda patológica
- Patrón de pensamientos intrusivos

#### 3. Establecer las comorbilidades concomitantes en pacientes adultos con trastorno obsesivo compulsivo

- Comorbilidades

Trastornos de déficit de atención e hiperactividad

Epilepsia

Síndrome de Tourette

Trastorno de acumulación

Ansiedad

Depresión

Ideación Suicida

Intento Suicida

Autismo

## **VI. Marco de referencia**

### **Trastorno obsesivo compulsivo (TOC)**

Identificado por primera vez en 1838, desde entonces se ha podido construir una definición operacional, síntomas y signos, diagnóstico que es exclusivamente clínico, etiopatogenia multicausal con una base biológica a nivel de la corteza orbito frontal que involucra al cuerpo estriado conformado por los ganglios basales específicamente el núcleo caudado y el putamen, entre otras estructuras anatómicas, con un comportamiento crónico, comórbido hasta en un 40% con otros trastornos psiquiátricos lo que dificulta y retrasa el diagnóstico.

El trastorno obsesivo compulsivo (TOC) es un trastorno neuropsiquiátrico debilitante que afecta entre el 1 y el 3% de la población (Ruscio et al., 2010) y que se asocia con un deterioro significativo, una reducción de la calidad de vida y un deterioro socioeconómico. Se ha encontrado que los pacientes con TOC presentan alteraciones funcionales y estructurales en los circuitos cortico-estriatal-talámico-corticales paralelos del cerebro, así como alteraciones en las regiones frontoparietal, frontolímbica y cerebelosa.

Presenta una prevalencia de hasta un 10% en los pacientes ambulatorios en clínicas psiquiátricas, es el 4to trastorno psiquiátrico más frecuente después de las fobias y los trastornos relacionados con sustancias y el trastorno de depresión, los estudios epidemiológicos en Europa, Asia y África han confirmado estas tasas independientemente de las fronteras culturales, es la décima enfermedad incapacitante en el mundo, 7 años y medio en promedio les toma a los pacientes para llegar al diagnóstico, afecta a ambos sexos, a todos los grupos etarios, con una morbilidad biopsicosocial.

Alrededor del 63% de las personas con TOC cumplen con los criterios de un trastorno del estado de ánimo concurrente (Buchholz et al., 2019) y un estudio transnacional demostró que, en comparación con la población general, las personas con TOC tienen un mayor riesgo para la depresión mayor, la depresión concurrente se asocia con una mayor gravedad y cronicidad de los síntomas del TOC, así como con una peor calidad de vida. Los individuos que cumplen los criterios para ambos trastornos también evidencian síntomas de ansiedad más graves, mayores tasas de desempleo y mayor discapacidad funcional que los individuos no deprimidos con TOC, los síntomas depresivos obstaculizan la respuesta al tratamiento del TOC, específicamente con la exposición y prevención de respuesta (ERP), independientemente de si los pacientes están usando medicación concurrente o no. Dada la mayor gravedad y el

deterioro funcional asociados con la depresión, así como el resultado atenuado del tratamiento del TOC, es importante identificar los factores asociados con la depresión en personas con TOC. (Buchholz et al., 2019).

Está representado por un grupo diversos de síntomas que consisten en pensamientos intrusivos, rituales, preocupaciones y compulsiones. Estas obsesiones y compulsiones recurrentes causan una angustia grave a los pacientes interfieren significativamente con la rutina normal, la función laboral, actividades sociales habituales, el paciente que convive con TOC puede tener una obsesión una compulsión o ambas. Una obsesión (acontecimiento mental) es un pensamiento, un sentimiento, una idea o un sentimiento, una sensación recurrente e intrusiva, el paciente realiza una compulsión que es un acto conductual consciente, estandarizado y recurrente como contar, verificar o evitar.

Un paciente con TOC es consciente de la Irracionalidad de la obsesión y de la compulsión y estas tienen un carácter egodistónico (Conducta no deseada, completamente contraria a los valores morales y sociales que tiene el paciente), la compulsión en algunos momentos consigue disminuir la ansiedad que le genera la obsesión pero es transitoria debido a que al cabo de un instante la ansiedad regresa lo que hace que el sufrimiento se prolongue, la compulsión hace que se refuercen los falsos mensajes que el cerebro emite facilitando que el TOC se haga crónico, de esta manera el paciente se encuentra a merced de las obsesiones que ocasionan ansiedad, las compulsiones logran en muy pocas veces mejorálas, el paciente puede resistirse a hacer la compulsión y esto también genera ansiedad pero la compulsión por otro lado consolida la instauración y cronicidad del TOC, entonces es un círculo vicioso que no acaba.

En Adultos, la probabilidad de afectación en varones y mujeres es la misma, mientras que en adolescentes la frecuencia en varones es superior a la de las mujeres, la edad media de inicio se aproxima a los 20 años, aunque en los varones es ligeramente inferior con una media aproximada de 19 años y en las mujeres a los 22 años, en el 66% de los casos los síntomas inician antes de los 25 años y en menos del 15 % se inicia después de los 35 años. El trastorno puede iniciarse en la adolescencia o en la infancia ya en algunos casos a los 2 años, la frecuencia de este trastorno es superior en los solteros que en los casados, aunque esta observación probablemente refleje la dificultad que tienen los individuos con este trastorno para mantener relaciones afectuosas. Este trastorno es menos frecuente en la raza negra que

entre la raza blanca pero esta variación puede deberse mas a la facilidad de acceso a la atención sanitaria que a diferencias en la prevalencia.

Los pacientes con TOC a menudo presentan otros trastornos mentales, la prevalencia a lo largo de la vida del trastorno de depresión mayor en individuos con TOC es aproximadamente del 67% y la fobia social es del 25%, otros diagnósticos psiquiátricos comorbidos frecuentes en pacientes con TOC son los relacionados al consumo de alcohol, el trastorno de ansiedad generalizada, la fobia específica, el trastorno de pánico, los trastornos de la conducta alimentaria y los trastornos de la personalidad, el TOC presenta una semejanza superficial con el trastorno de la personalidad obsesivo- compulsivo que se asocia con una preocupación obsesiva por los detalles, el perfeccionismo y otros rasgos similares de la personalidad, la incidencia del síndrome de Tourette en pacientes con TOC es del 5 al 7% y del 20 al 30% en pacientes que tienen, además, antecedentes de tics.

Para el diagnostico se utiliza la escala de Trastorno Obsesivo Compulsivo de Yale Brown (YBOCS) que permite la clasificación de la presentación clínica (sub clínica, leve, moderado, grave, muy grave). Del 30 al 50% de los adultos con TOC iniciaron sus síntomas antes de los 18 años, cuando inicia temprano en la vida es cuando se manifiesta antes de los 10 años, 60% de los niños presentan Tics a lo largo de la vida, 80% de todos los TOC inician durante la niñez y adolescencia en edades de 7 a 12 años.

Al considerar las inquietantes sensaciones que experimentan los pacientes con TOC como síntomas de una enfermedad, les permite responder de una forma distinta a sus síntomas y en consecuencia, regulan las estructuras del cerebro emocional que representa un papel clave en el procesamiento de sus sensaciones como reacción a los estímulos que son causantes del TOC.

Alteraciones en la corteza fronto – orbital, cuerpo estriado, ganglios basales y núcleo caudado, involucra genes con afectación de los sistemas de serotonina, dopamina, glutamato, se mencionan factores ambientales como complicaciones al nacimiento, entre otras vulnerabilidades fisiológicas pueden tener significancia en el desarrollo de TOC, hay una variedad de terapias para su tratamiento muchas de ellas terapias psicológicas. Existen escáneres cerebrales que han mostrado con claridad que los cerebros de los pacientes con esta enfermedad literalmente se encienden con un exceso de actividad que hace que envíen falsos mensajes tremendamente molestos e intrusivos.

Están abiertas las brechas del conocimiento en lo relacionado a la investigación cualitativa sobre las implicaciones personales y familiares del TOC en las áreas social, educacional, laboral, eficacia de cada una de las terapias actuando solas o sinérgicamente, curación o estabilidad, ideación suicida, intento suicidio, suicidio. En este proceso de construcción de información se deben de cumplir con los principios de coherencia, finalidad, fidelidad, integración esto permite determinar las limitaciones de esta arte del conocimiento que son las bases para el cabal desarrollo de las competencias de investigación.

### **En relación a la Etiología se encuentran estas teorías Factores Biológicos**

Investigaciones en la Universidad de California en los Ángeles han llegado a la conclusión que ninguna duda el TOC es una enfermedad neuropsiquiátrica que surge como consecuencia de un fallo en el circuito del cerebro involucrado a :

**Núcleo Estriado:** estructura que se compone de dos partes: el Putamen y el núcleo caudado situados uno al lado del otro en el núcleo del cerebro, en el centro. El putamen es la transmisión automática de esa parte del cerebro que regula la parte motora y el movimiento físico y el núcleo caudado es la transmisión automática y el filtro de la parte frontal del cerebro que controla el pensamiento, nos permite cambiar de un comportamiento a otro.

**Corteza Orbitofrontal:** es la parte inferior de la zona frontal del cerebro, el meollo del TOC. El circuito de detección de errores del cerebro está situado justo por encima de las cavidades oculares. Aquí se mezclan pensamientos y emoción. La Corteza Orbito Frontal puede informarnos de que algo va bien o mal, si es algo a lo que hay que acercarse o que hay que evitar.

**Corteza:** La corteza es la superficie exterior del cerebro, es donde se desarrollan el pensamiento y la planificación más avanzada.

**Ganglios Basales:** Son en esencia lo mismo que el núcleo estriado; son términos casi intercambiables.

**Giro Cingulado:** Se encuentra en el centro del cerebro, en la parte más profunda de la corteza. Está conectada con los centros viscerales y de control cardíaco y es el responsable de aportar la sensación de que va a ocurrir algo terrible si no se actúa conforme a las compulsiones de lavarse, hacer verificaciones o cualquier otra cosa.

**Tálamo:** Es la estación central de retransmisión para el procesamiento de la información sensorial del cuerpo.



## **Neurotransmisores**

Hipótesis: Desregulación de la serotonina en la aparición de los síntomas obsesivos y compulsivos, pero aun así no está muy claro como la serotonina está implicada en este trastorno, estudios con la clomipramina centra la atención en el sistema serotoninérgico.

## **Sistema Noradrenérgico**

Actualmente se tiene menos evidencias de la disfunción de este sistema en el TOC como caso anecdótico la clonidina oral reduce la concentración de noradrenalina liberada por las terminaciones nerviosas presináptica produciendo cierta mejoría de los síntomas

## **Neuroinmunología**

Relación entre la infección por el estreptococo y el TOC, el estreptococo B hemolítico del grupo A puede provocar fiebre reumática y aproximadamente del 10 al 30% de los pacientes desarrollan corea de Sydenham y presentan síntomas obsesivos compulsivos. Hay inflamación de los ganglios basales que altera el eje talamocorticoestriatal. Los estudios de neuroimagen con tomografía por emisión de positrones en pacientes con TOC han generado datos convergentes que implican una alteración de la función de los neurocircuitos entre la corteza orbitofrontal, núcleo caudado y el tálamo. Los estudios funcionales muestran aumento de la actividad en el metabolismo y flujo sanguíneo en los lóbulos frontales, los ganglios basales y la circunvalación cingulada lo cual indica que la vía alterada es la corticoestriada que la amígdalas que actualmente son el centro de investigaciones sobre el trastorno de ansiedad, con los tratamientos farmacológicos y conductuales facilitan la reversión de estas anomalías mediante el proceso de la neuroplasticidad. Los estudios tomográficos y de resonancia magnética han demostrado una reducción bilateral de los núcleos caudados en pacientes con TOC.

## **Genética**

Los datos genéticos disponibles del TOC respaldan la hipótesis que postula los resultados de los estudios funcionales y estructurales mediante neuroimagen también son compatible con la observación de la efectividad ocasional de los procedimientos sobre la circunvalación cingulada en el tratamiento del trastorno. En definitiva, el Trastorno Obsesivo compulsivo tiene un componente genético, tener familiares con TOC tienen de 3 a 5 veces superior el riesgo en cuanto a la probabilidad de presentar TOC, aún no se detallan con exactitud los factores hereditarios sobre la influencia de los factores culturales y conductuales sobre la transmisión del trastorno.

Se ha mencionado el cromosoma 9 vinculado con el TOC en dos estudios de genoma ampliado, sobre familias diferentes con múltiples familiares afectados, se ha observado el aumento de riesgo entre gemelos monocigotos en comparación con los gemelos dicigóticos. Tener familiares con TOC aumenta la tasa para diversas enfermedades como el trastorno de ansiedad generalizada, trastorno de TICS, trastorno dismórfico corporal, la hipocondría o trastorno de síntomas somáticos, trastorno de la conducta alimentaria, hábitos como la onicofagia.

Los datos electrofisiológicos y electroencefalográficos grafica del sueño y neuroendocrino indican similitud entre trastorno depresivos y el TOC, hay aumento de las alteraciones inespecíficas en el electroencefalograma, los análisis en el sueño muestran alteraciones semejantes al trastorno depresivo como la disminución de la latencia de los movimientos oculares rápidos.

### **Factores Conductuales**

Las obsesiones son estímulos condicionados, un estímulo neutro se asocia al miedo o a la ansiedad mediante un proceso de condicionamiento de la respuesta al emparejarse con un acontecimiento nocivo o que produce ansiedad, las compulsiones son estrategias activas de evitación en forma de compulsión o conducta ritual para controlar la obsesión, es una respuesta que procura disminuir la ansiedad. De esta manera las terapias conductuales ayudan mucho en los procesos de neuroplasticidad que promueve cambios estructurales en el cerebro en particular la corteza orbitofrontal.

### **Factores Psicosociales**

#### **Factores de Personalidad**

El Trastorno Obsesivo Compulsivo difiere del trastorno de personalidad obsesiva compulsiva que se asocia con una preocupación obsesiva por los detalles, el perfeccionismo, la mayoría de los pacientes con TOC no presentan síntomas premórbidos.

#### **Factores Psicodinámicos**

Las dificultades interpersonales conducen a procesos de ansiedad sumado a esto están las condiciones ambientales estresantes que aumentan los síntomas obsesivos del TOC, este puede estar desencadenado por factores estresantes como la gestación, el cuidado de los hijos, la muerte de familiar, la pérdida de trabajo, las crisis económicas.

El 80% de los pacientes considera que las obsesiones y las compulsiones son irracionales,

pero presentan poca resistencia a ellos.

### **Hay 4 patrones sintomáticos**

**Contaminación:** el patrón más frecuente, es la obsesión de contaminación seguido de la práctica de lavado de manos frecuentemente, o bien la evitación compulsiva del objeto presuntamente contaminada puede ser difícil de evitar ( heces, orina, polvo, microorganismos) el paciente puede evitar salir de casa para evitar entrar en contacto con el objeto que le causa miedo de contaminarse, la ansiedad es la respuesta emocional más frecuente al objeto temido, las personas consideran que la contaminación se transmite por los objetos o bien por un simple contacto.

**Duda patológica:** hay obsesión de duda seguida de compulsión de comprobación, es una duda obsesiva, el paciente se siente culpable por haber olvidado hecho algo. Ej. comprobar constantemente las llamas de la cocina.

**Pensamientos Intrusivos:** se conviven con pensamientos obsesivos e intrusivos sin una compulsión, son ideas de ámbito sexual, agresivos, egodistónicos que van en contra de la moral del paciente lo que causa mucha ansiedad, la ideación suicida puede ser obsesiva lo que debe de realizarse una evolución cuidadosa del riesgo real de suicidio.

**Simetría:** Es la necesidad de simetría o precisión que puede inducir a la compulsión de lentitud, lo que hace que los pacientes puedan dilatar horas en comer o afeitarse o arreglar la cama, el cuarto, en fin, todo debe ser simétrico.

#### **Otros Patrones:**

Obsesiones Religiosas

Acaparamiento Obsesivo

Tricotilomania (arrancarse el pelo)

Onicofagia

Masturbación

Supersticioso mágico

Comprobación

Filosófico

Pedófilo

Homosexual

En dependencia del tipo de pensamiento

El centro común es el miedo alrededor del cual gira el foco obsesivo (Calma Almar, 2020)

Los síntomas parecen ser muy resistentes a la psicoterapia Psicodinámica y al psicoanálisis, el enfoque psicodinámico puede ser útil para comprender lo que precipita las exacerbaciones del trastorno y tratar el incumplimiento de la toma de fármacos y la resistencia a la sesión terapéutica.

### **Terapia autodirigida**

1. **Reetiquetado**, lo que se hace en este paso es llamar a los perturbadores pensamientos e impulsos lo que realmente son: Obsesiones y compulsiones.
2. **Retribución**: reconocer que estos pensamientos tan molestos no van a desaparecer debido a que son síntomas de una enfermedad neuropsiquiátrica
3. **Reenfocar**: evitar o sortear los pensamientos intrusivos mediante un comportamiento constructivo y placentero.
4. **Revalorizar**: aprender a no hacer caso a esos pensamientos y verlos como distracciones si importancia.

Estos cuatro pasos no solo logran reducir la ansiedad, sino que hacen el cambio manual de los pensamientos a nivel del núcleo caudado que por trastorno bioquímico se queda atascado con pensamientos intrusivos con el tiempo la mejoría de los circuitos y estructura cerebral. Por medio de la terapia autodirigida los pacientes aprenden a colocarse fuera de sí mismos y por así decir, leer sus propias mentes. Esto permite que las áreas del cerebro racional actúe y es tu abogado Sabio o el espectador imparcial que te dice que esos pensamientos no son más que un pensamiento obsesivo. La práctica del método de los cuatro pasos no solo reduce la ansiedad, el pánico y ayuda a revalorizar la forma de enfrentarse a las pruebas.

El TOC es astuto quiere que pienses que esas obsesiones y compulsiones son reales y no un problema químico del cerebro. Hay que sentir como empiezan a tomar forma esos pensamientos para reetiquetarlos diciendo que es TOC, que no pasa nada y seguir adelante mediante el reenfoque quedando esos pensamientos de algún modo bloqueados y el paciente se siente aliviado, al llegar a la revalorización se reconoce que los pensamientos y compulsiones del TOC no tienen importancia.

Se está promoviendo el reenfoque con la conciencia plena progresiva y se refiere que es más humana y menos pasiva que la terapia de exposición con prevención de respuesta donde se le expone a los pacientes a que se expongan a las situaciones que hacen que el TOC aparezca

pero se le pide que no realice las compulsiones mientras que la conciencia plena progresiva permite que quienes conviven con este trastorno entiendan que es lo que de verdad les está ocurriendo y sepan que no tienen por qué reaccionar a sus síntomas esto es utilizar el reenfoque con la conciencia plena progresiva. Se le debe de informar a los pacientes que las actividades laborales se convierten en parte del paso del reenfoque, el trabajo se convierte en terapia y con el tiempo se convierte en algo automático.

Siempre hay que recordarle a los pacientes que al hacer las compulsiones como una válvula de escape lo que se hace es darle más fuerza al trastorno, por otro lado el hecho de hacer evitaciones (evitar personas, lugares, o situaciones que provocan síntomas de TOC) no es reenfocar es darle más fuerza y arraigo a la enfermedad, evitar es en sí mismo una compulsión, tener siempre presente que las obsesiones no desaparecerán nunca pero si reenfocan, están haciendo un comportamiento de adaptación sano y eso es valerse del espectador imparcial o abogado sabio que guía hacia comportamientos útiles, sanos y que resulten buenos para el paciente. La clave está en aceptar que el pensamiento malo es solo un obstáculo para la superación.

Se puede pensar que como el TOC tiene una base en un desequilibrio bioquímico entonces se debe de tratar con químicos como los inhibidores de absorción de serotonina, está claro que estos pueden allanar el terreno hacia la terapia conductual autodirigida y pueden disminuir la intensidad y frecuencia de las compulsiones, pero este método podría considerarse demasiado pasivo, si se añade un componente activo como lo es la estrategia de psicoterapia conductual de los cuatro pasos haciendo uso de la conciencia plena progresiva se puede ir disminuyendo de forma gradual la dosis de fármacos, los fármacos inhibidores de receptación de serotonina actúan como los manguitos para nadar que los niños utilizan y con el tiempo de usar los cuatro pasos de forma activa estos pueden hacer cambios directos en la estructura, química y circuitos cerebrales conocido como neuroplasticidad.

El dolor y sufrimiento intensos que provoca el TOC no es algo que un paciente hablara de una forma frívola o despreocupada, es un hecho que los marca de por vida pero una vez que los pacientes entienden que es una enfermedad y que con medicación en los casos moderados y graves más la terapia conductual aprenden a gestionar sus emociones y sobrellevar una vida normal por que aprenden a evaluar sus pensamientos de una forma consciente e imparcial, destrezas que resultan muy útil en la vida en general, tener presente que convivir con el TOC es tener mensajes engañosos del cerebro y que no desaparecen del todo, pero se puede

aprender a enfrentarse a él y que es el cerebro jugando de una forma cruel.

**Psicoterapia:** hay poca evidencia sobre estudios adecuados en la psicoterapia orientada a la introspección para el TOC, no se puede establecer efectividad debido a esta terapia. Hay sospechas de clínicos que hacen mención de que hay mejoras muy buenas con la psicoterapia orientada a la introspección prolongada.

A través de la terapia autodirigida los pacientes aprenden a colocarse fuera de sí mismos y por así decir, leer sus propias mentes, esto es distanciarse de su propio cerebro, esto es percepción consiente que es lo referido como la conciencia plena que es una actividad no simplemente un estado de la mente o una forma de ser, observamos nuestros pensamientos, opciones, acciones dejando entrar pensamientos en una mente abierta que los valora y después, decide qué hacer con ellos. De igual forma se tiene que entender que cada persona tiene un abogado sabio o espectador imparcial que se puede entablar un diálogo interno con él, que es un cariñoso guía interior que se preocupa de verdad por ti y que esta de tu parte, él tiene una visión global sabe que el problema está en tu cerebro no tu ni tu mente. Sabe que piensas y que sientes y no deja de recordarte que esos mensajes engañosos de tu cerebro no forman parte de ti, sino del TOC. El abogado sabio te guía y te apoya en la toma de decisiones sensatas basándose en lo que más te conviene a largo plazo.

Cambiar los circuitos del cerebro hace que resulte posible sentir los pensamientos, deseos y sentimientos malos como partes del TOC y entender que es lo que provoca el dolor. Con el abogado sabio y tu espectador imparcial trabajando juntos, enseñas a tu cuerpo y a tu cerebro a esforzarse por ti y no contra ti, de esta manera te haces consiente que la ansiedad que sienten los pacientes con TOC se debe a un problema médico provocado por el cerebro por la alteración bioquímica en este momento el reenfoque les ayuda a sortear e implementar un comportamiento sano en lugar de ceder a los impulsos y cuanto menos atención se le dé a los actos desagradables, más se debilitan los circuitos cerebrales asociados a ellos, de esta forma cambia de forma real la forma de funcionar el cerebro y esto es neuroplasticidad autodirigida. Al inicio el reetiquetado exige un esfuerzo consciente, Sin embargo, cuanto más se reetiquete más automático se vuelve el proceso.

Para cualquier tipo de terapia se hace necesario un plan adaptado para cada paciente, iniciando con psicoeducación, bajo la conducción de un profesional sanitario interesado, alentador para llevar al paciente a un plano funcional laboral y social de lo contrario los síntomas terminan

por incapacitar a los pacientes. Se considera la hospitalización en el momento que las obsesiones y compulsiones lleguen a niveles intolerables, la hospitalización favorece por que los estresores medioambientales logran atenuarse pero se debe estar claro que la meta de todo paciente es que pueda convivir sin fármacos y que aplique las técnicas conductuales que son las que garantizan mayor eficacia a largo plazo que lleva a los pacientes a hacer cambios estructurales y funcionales a nivel cerebral, procesos conocido como neuroplasticidad.

No se debe descuidar la atención a la familia con apoyo emocional que tranquilicen y expliquen además de consejos sobre la manera de actuar y responder al paciente.

### **Trastornos obsesivo-compulsivos y otros trastornos relacionados**

Los trastornos obsesivo-compulsivos y otros trastornos relacionados constituyen un grupo de trastornos caracterizados por pensamientos y comportamientos repetitivos que se cree que comparten similitudes en la etiología y los validadores claves de diagnóstico. Algunos fenómenos cognitivos como obsesiones, pensamientos y preocupaciones intrusivas son fundamentales en un subconjunto de estas afecciones (es decir, el trastorno obsesivo-compulsivo, el trastorno dismórfico corporal, la hipocondría y el trastorno de referencia olfativa) y se acompañan de comportamientos repetitivos relacionados.

El trastorno de acumulación no está asociado con pensamientos intrusivos no deseados, sino que más bien se caracteriza por una necesidad compulsiva de acumular posesiones y malestar relacionado con tirarlos a la basura. También están incluidos en esta agrupación los trastornos por comportamientos repetitivos centrados en el cuerpo, que se caracterizan principalmente por acciones recurrentes y habituales dirigidas al tegumento (por ejemplo, arrancarse el cabello, pellizcarse la piel) y carecen de un aspecto cognitivo prominente. Los síntomas provocan malestar o deterioro significativos a nivel personal, familiar, social, educativo, laboral o en otras áreas importantes del funcionamiento.

En el trastorno obsesivo-compulsivo se caracteriza por la presencia de obsesiones o compulsiones persistentes, o más comúnmente ambos. Las obsesiones son pensamientos recurrentes y persistentes, imágenes o impulsos/urgencias que son molestos, no deseados y se asocian comúnmente con ansiedad. La persona intenta ignorar o suprimir las obsesiones, o neutralizarlas mediante la realización de compulsiones.

Las compulsiones son comportamientos repetitivos como los actos mentales repetitivos que

la persona se siente impulsada a realizar en respuesta a una obsesión, de acuerdo con normas rígidas, o para lograr una sensación de "integridad". Para que se diagnostique el trastorno obsesivo-compulsivo, las obsesiones y compulsiones deben llevar mucho tiempo (por ejemplo, tomar más de una hora por día), o dar lugar a un malestar o deterioro significativos en lo personal, familiar, social, educativo, laboral o en otras áreas importantes del funcionamiento.

En el trastorno obsesivo compulsivo y trastorno relacionados se incluyen el trastorno Obsesivo – compulsivo (TOC), el trastorno dismórfico corporal, el trastorno de acumulación, la tricotilomanía ( trastorno de arrancarse el pelo), el trastorno de excoriación ( rascarse la piel), el trastorno obsesivo compulsivo y trastorno relacionados inducidos por sustancias / medicamentos, el trastorno obsesivo -compulsivo y trastornos relacionados debidos a otra afectación médica, otros trastornos obsesivo-compulsivo y trastornos relacionados especificados y otros trastornos obsesivo-compulsivo y trastornos relacionados no especificados( p, ej, trastornos de conductas repetitivas centradas en el cuerpo, celos obsesivos) , estos trastornos están relacionados entre sí en terrenos de validadores diagnósticos, así como la utilidad clínica

La tricotilomanía se caracteriza por tirones recurrentes del pelo que dan lugar a pérdida de cabello y repetidos intentos para disminuir o cesar dichos tirones, el trastorno de excoriación se caracteriza por el rascado recurrente de la piel, lo que origina lesiones en la piel y repetidos intentos para disminuir o cesar el rascado de la piel, la conducta repetitiva centradas en el cuerpo que caracterizan estos dos trastornos no son provocadas por obsesiones o preocupaciones, sin embargo, pueden ser percibidas o acompañadas de diversos estados emocionales, como sentimientos de ansiedad o aburrimiento, también pueden ir precedida de una creciente sensación de tensión o pueden conducir a la gratificación, el placer o sensaciones de alivio cuando el pelo se arranca o la piel se daña. Las personas pueden tener distintos grados de conocimientos conscientes de su comportamiento, desde una atención centrada en el comportamiento ( tensión que precede y subsiguiente alivio) y otros tener un comportamiento mas automático ( sin conciencia plena).Los trastorno obsesivos compulsivos inducidos por sustancias se deben a la intoxicación o abstinencia

Las personas con TOC tienen creencias disfuncionales, con un sentido exagerado de la responsabilidad, tendencias a sobrestimar las amenazas, el perfeccionismo, la intolerancia a la incertidumbre, otorgar excesiva importancia a los pensamientos y la necesidad de controlar



los pensamientos. Varía el grado de conocimiento que tienen sobre la exactitud de las creencias que subyacen a los síntomas obsesivos-compulsivos, muchos tienen una comprensión buena o razonable a las creencias, algunos tienen una conciencia ausente de sus creencias o ideas delirantes, la conciencia puede variar dentro de un individuo en el curso de la enfermedad, una conciencia más pobre ha sido vinculada a una peor evolución a largo plazo.

Hasta un 30% de los pacientes con TOC tienen un trastorno de tics en la vida, esto es más común en los varones con el inicio del TOC en la niñez. Los criterios diagnósticos del TOC son: A: Obsesiones y compulsiones, B: Obsesiones y compulsiones consumen mucho tiempo ( más de una hora al día) o provocar un malestar clínicamente significativo causante de un deterioro en la persona. La frecuencia y gravedad de las obsesiones y compulsiones pueden variar entre los individuos con TOC pueden ser leves, moderados o graves, consumiéndoles de 1 a 3 horas por día mientras que otras pueden tener las obsesiones y compulsiones casi constantemente de forma intrusiva pudiendo ser incapacitante.

Muchos pacientes presentan marcada ansiedad, que puede incluir ataques de pánico recurrente, otros refieren fuertes sentimientos de disgustos, durante la compulsión algunas personas experimentan un angustioso sentido de la perfección que genera malestar hasta que las cosas se ven, se sienten o parecen correctas. Es común que las personas eviten personas, lugares o cosas que puedan desencadenar las obsesiones o compulsiones por ejemplo: restaurantes, baños públicos, interacciones sociales.

La prevalencia anual del TOC en Estados Unidos es de 1,2% y la observada a nivel internacional es similar 1,1 – 1.8%. Las mujeres se ven afectadas con una tasa ligeramente más alta que los varones en la edad adulta, aunque los varones se ven más frecuentemente afectados durante la infancia.

En Estados Unidos, la edad media de inicio del TOC es de 19,5 años, y el 25 % de los casos se inicia a la edad de 14 años. Su comienzo después de los 35 años es inusual, pero ocurre. Los varones tienen una edad más temprana de inicio de los síntomas que las mujeres: casi el 25 % de los varones tiene un inicio antes de la edad de 10 años. El inicio de la sintomatología suele ser gradual; sin embargo, también se ha descrito la aparición aguda. Si el TOC no se trata, el curso suele ser crónico, a menudo con síntomas oscilantes, con crecientes y decrecientes. Algunas personas tienen un curso episódico y una minoría sufre deterioro. Sin

tratamiento, las tasas de remisión en los adultos son bajas (p. ej., el 20 % para aquellos reevaluados 40 años más tarde). El inicio en la infancia o en la adolescencia puede conducir a un TOC de por vida. Sin embargo, el 40 % de los individuos con inicio del TOC en la niñez o en la adolescencia puede experimentar una remisión en la edad adulta. El curso del TOC a menudo se complica por la concurrencia de otros trastornos

El patrón de síntomas en los adultos puede ser estable en el tiempo, las tasas de obsesiones sexuales y religiosas son más altas en los adolescentes que en los niños; las tasas de obsesiones del daño [p. ej., el temor a los acontecimientos catastróficos, tales como la muerte o la enfermedad para sí mismo o para sus seres queridos] son más altas en los niños y los adolescentes que en los adultos).

### **Factores de riesgos**

Genéticos y fisiológicos. La tasa de TOC en los familiares de primer grado de los adultos con TOC es aproximadamente dos veces mayor que entre los familiares de primer grado de los que no tienen el trastorno; sin embargo, entre los familiares de primer grado de los individuos con un inicio del TOC en la niñez o en la adolescencia, la tasa se incrementa 10 veces. Esta transmisión familiar se debe en parte a factores genéticos (p. ej., una tasa de concordancia de 0,57 para los gemelos monocigóticos frente a 0,22 para los gemelos dicigóticos). La disfunción de la corteza orbitofrontal, de la corteza cingulada anterior y del cuerpo estriado está fuertemente implicada.

Los varones presentan una edad más temprana de inicio de los síntomas del trastorno obsesivo-compulsivo que las mujeres y tienen mayor probabilidad de tener comorbilidad con trastornos de tics. Se han observado diferencias de género en los patrones de las dimensiones de los síntomas, siendo, por ejemplo, las mujeres más propensas a tener síntomas en la dimensión de la limpieza y los varones más propensos a tener síntomas en las dimensiones de los pensamientos prohibidos y de la simetría. Se ha informado del comienzo o de la exacerbación del TOC durante el período del parto, así como de síntomas que pueden interferir en la relación madre-bebé (p. ej., las obsesiones agresivas que conducen a la evitación del niño).

Los pensamientos suicidas se producen en aproximadamente la mitad de los individuos con TOC en algún momento de la vida. También se refieren intentos de suicidio en hasta una cuarta parte de las personas con TOC; la presencia comórbida del trastorno depresivo mayor aumenta el riesgo.

El TOC está asociado con una menor calidad de vida, así como con altos niveles de deterioro en la vida social y laboral. El deterioro sucede en muchos dominios diferentes de la vida y se asocia con la gravedad de los síntomas. El deterioro puede ser debido al tiempo que se emplea en las obsesiones y las compulsiones. Evitar las situaciones que pueden desencadenar las obsesiones o compulsiones también puede restringir gravemente el funcionamiento. Además, los síntomas específicos pueden originar obstáculos específicos. Por ejemplo, las obsesiones acerca del daño pueden hacer que las relaciones con la familia y los amigos se vean como algo nocivo; el resultado puede ser evitar estas relaciones.

Las obsesiones acerca de la simetría pueden frustrar la terminación puntual de los proyectos de la escuela o del trabajo, porque el proyecto nunca se percibe "perfecto", lo que puede originar fracaso escolar o pérdida del empleo. También pueden producirse consecuencias en la salud. Por ejemplo, los individuos con problemas de contaminación pueden evitar las oficinas y los hospitales (p. ej., debido a los temores de la exposición a los gérmenes) o desarrollar problemas dermatológicos (p. ej., lesiones en la piel debido al exceso de lavado). A veces, la sintomatología de la enfermedad interfiere con su propio tratamiento (p. ej., cuando los afectados consideran que los medicamentos están contaminados). Cuando el trastorno comienza en la niñez o en la adolescencia, los individuos pueden experimentar dificultades del desarrollo. Por ejemplo, los adolescentes pueden evitar la socialización con los compañeros y los adultos jóvenes pueden tener dificultades cuando salen de casa para vivir de forma independiente.

El resultado puede ser pocas relaciones significativas fuera de la familia y una falta de autonomía y de independencia financiera fuera de su familia de origen. Además, algunos individuos con TOC tratan de imponer reglas y prohibiciones a los miembros de la familia a causa del trastorno (p. ej., nadie en la familia puede traer visitantes a la casa por miedo a la contaminación), y esto puede conducir a la disfunción familiar.

### **Trastorno obsesivo-compulsivo con una introspección de regular a buena**

Se cumplen todos los requisitos de la definición del trastorno obsesivo-compulsivo. Gran parte del tiempo, el individuo es capaz de entretener la posibilidad de que sus creencias específicas por el trastorno pueden no ser ciertas y está dispuesto a aceptar una explicación alternativa para su experiencia. En momentos circunscritos (por ejemplo, cuando está sumamente ansioso), el individuo no puede demostrar ninguna introspección.

## **Trastorno obsesivo-compulsivo con una introspección deficiente o ausente**

Se cumplen todos los requisitos de la definición del trastorno obsesivo-compulsivo. La mayor parte o la totalidad de las veces, el individuo está convencido de que las creencias específicas por el trastorno son verdaderas y no puede aceptar una explicación alternativa para su experiencia. La falta de introspección que presenta el individuo no varía notablemente en función del nivel de ansiedad.

## **TOC y Comorbilidades**

Los individuos con TOC con frecuencia tienen otras psicopatologías. Muchos adultos con el trastorno tienen un diagnóstico de por vida de trastorno de ansiedad (un 76 %; p. ej., el trastorno de pánico, la ansiedad social, el trastorno de ansiedad generalizada, la fobia específica) o un trastorno depresivo o bipolar (un 63 % para cualquier trastorno depresivo o bipolar, siendo el más común el trastorno depresivo mayor [41 %]). El inicio del TOC es generalmente más tardío que el de los trastornos de ansiedad comórbidos (excepto el trastorno de ansiedad por separación) y el del trastorno de estrés postraumático, pero a menudo precede a los trastornos de depresión.

La comorbilidad con el trastorno de personalidad obsesivo-compulsiva también es frecuente en los individuos con TOC ( del 23 al 32 %). Hasta un 30 % de los individuos con TOC también tiene un trastorno de tics a lo largo de la vida. El trastorno de tics comórbido es más frecuente en los varones con un inicio del TOC en la niñez. Estos individuos tienden a diferir de los que no tienen un historial de trastornos de tics en la temática de sus síntomas de TOC, en la comorbilidad, por supuesto, y en el patrón de transmisión familiar. Los trastornos que se producen con más frecuencia en las personas con TOC que en las que carecen del trastorno son los diversos trastornos obsesivo-compulsivos y trastornos relacionados, como el trastorno dismórfico corporal, la tricotilomanía (trastorno de arrancarse el pelo) y el trastorno de excoriación (rascarse la piel). Se ha reseñado la existencia de una asociación entre el TOC y algunos trastornos caracterizados por la impulsividad, como el trastorno negativista desafiante.

En las personas con ciertos trastornos, la prevalencia del TOC es mucho mayor que la esperada en la población general; cuando se diagnostica uno de estos trastornos, se debería evaluar al individuo también respecto al TOC. Por ejemplo, en los individuos con esquizofrenia o con trastorno esquizoafectivo, la prevalencia de TOC es aproximadamente del 12 %. Las tasas del

TOC también son elevadas en el trastorno bipolar, en los trastornos de la conducta alimentaria, tales como la anorexia nerviosa y la bulimia nerviosa, y en el trastorno de Tourette.

### **Trastorno dismórfico corporal**

Los individuos con trastorno dismórfico corporal (históricamente conocido como dismorfofobia) están preocupados por uno o más defectos percibidos en su apariencia física, por lo que se ven feos, poco atractivos, anormales o deformes (Criterio A). La percepción de los defectos no es observable o sólo es apreciada levemente por los demás individuos. El espectro de preocupaciones va de "poco atractivo" o "no normal" a "horrible" o "como un monstruo". Las preocupaciones pueden centrarse en una o varias zonas del cuerpo, más comúnmente en la piel (p. ej., la percepción de acné, cicatrices, líneas, arrugas, palidez), el pelo (p. ej., "adelgazamiento" del pelo o "excesivo" vello facial o en el cuerpo) o la nariz (p. ej., el tamaño o la forma). Sin embargo, cualquier área del cuerpo puede ser el foco de preocupación (p. ej., los ojos, los dientes, el peso, el estómago, los pechos, las piernas, el tamaño o la forma de la cara, los labios, la barbilla, las cejas, los genitales).

Algunos individuos están preocupados por la asimetría percibida de algunas áreas del cuerpo. Las preocupaciones son molestas, no deseadas, consumen mucho tiempo (en promedio, 3-8 horas por día) y, por lo general, son difíciles de resistir o de controlar. En respuesta a la preocupación se llevan a cabo comportamientos o actos mentales (p. ej., la comparación) excesivos y repetitivos (Criterio B).

El individuo se siente impulsado a realizar estas conductas, que no son placenteras y pueden aumentar su ansiedad y disforia. Estas conductas normalmente requieren bastante tiempo y son difíciles de resistir o de controlar. Los comportamientos comunes son: comparar la apariencia de uno mismo con la de otros individuos; una comprobación repetitiva de los defectos percibidos usando superficies reflectantes o bajo examen directo; una excesiva preparación (p. ej., peinado, estilo, afeitado, depilación, arranque del pelo); el disimulo del aspecto (p. ej., aplicando repetidamente maquillaje o cubriendo áreas que no les gustan con objetos tales como un sombrero, ropa, maquillaje o pelo); la comprobación de cómo se aprecian los defectos percibidos, tocando las partes que no les gustan para la comprobación; el levantamiento de pesas o el ejercicio excesivo, y la búsqueda de tratamientos cosméticos.

Algunos individuos se broncean excesivamente (p. ej., para oscurecer la piel "pálida" o disminuir la percepción del acné), se cambian varias veces la ropa (p. ej., para esconder los

defectos percibidos) o realizan compras compulsivas (p. ej., de productos de belleza). Es frecuente rascarse la piel compulsivamente con el fin de mejorar la apariencia de los defectos percibidos, lo que puede causar daños en la piel, infecciones o ruptura de vasos sanguíneos. La preocupación debe causar un malestar clínicamente significativo o un deterioro en el ámbito social, laboral o de otras áreas importantes del individuo (Criterio C); generalmente se presentan ambas cosas. El trastorno dismórfico corporal se debería diferenciar de los trastornos de la conducta alimentaria.

La dismorfia muscular es una forma de trastorno dismórfico corporal que ocurre casi exclusivamente en los varones y consiste en la preocupación por la idea de que el cuerpo es demasiado pequeño o insuficientemente magro o musculado. Las personas con esta forma del trastorno en realidad tienen un cuerpo normal o incluso muy musculoso. También pueden estar preocupados por áreas del cuerpo tales como la piel o el cabello. Una mayoría (pero no todos) realiza levantamiento de pesas, dieta o ejercicio de forma excesiva, a veces causándose daños corporales. Algunos utilizan esteroides anabolizantes androgénicos y otras sustancias potencialmente peligrosas para tratar de hacer que su cuerpo sea más grande y musculoso. El trastorno dismórfico corporal por poderes es una forma de trastorno dismórfico corporal en que los individuos se preocupan por defectos que perciben en la apariencia de otra persona. La conciencia de enfermedad en relación con las creencias del trastorno dismórfico corporal puede variar de buena a ausente (p. ej., las creencias son delirantes si consisten en la plena convicción de que el aspecto percibido es exacto y no está distorsionado).

De promedio, la conciencia de enfermedad es escasa y un tercio o más de los individuos tiene realmente un trastorno dismórfico corporal con creencias delirantes. Los individuos con trastorno dismórfico corporal con creencias delirantes tienden a tener una mayor morbilidad en algunas áreas (p. ej., en las tendencias suicidas), pero esto puede explicarse por la mayor gravedad de los síntomas del trastorno dismórfico corporal cuando se acompaña de creencias delirantes.

### **Trastorno de acumulación**

La característica esencial del trastorno de acumulación son las dificultades persistentes para deshacerse o separarse de las posesiones, independientemente de su valor real (Criterio A). El término persistente indica una dificultad de larga duración en vez de las circunstancias de vida más transitorias que pueden conducir al desorden excesivo, como la herencia de bienes. La dificultad para deshacerse de las posesiones señaladas en el Criterio A se refiere a cualquier

forma de descarte, incluyendo tirar, vender, regalar o reciclar. Las principales razones alegadas para estas dificultades se perciben en la utilidad, o el valor estético de los elementos, o en un fuerte apego sentimental a las posesiones. Algunas personas se sienten responsables del destino de sus bienes y, a menudo, hacen todo lo posible para evitar ser derrochadores. El temor a perder información importante también es frecuente. Los objetos que se acumulan más comúnmente son periódicos, revistas, ropa vieja, bolsas, libros, material electrónico y papeles, pero prácticamente cualquier objeto se puede guardar.

La naturaleza de los artículos no se limita a posesiones que la mayoría de la gente definiría como inútiles o de poco valor. Muchas personas recogen y guardan un gran número de cosas de valor, que a menudo se encuentran acumuladas mezcladas con otros elementos de menor valor. Los individuos con trastorno de acumulación guardan voluntariamente sus posesiones y experimentan angustia cuando se enfrentan a la perspectiva de desecharlas (Criterio B). Este criterio enfatiza que el almacenaje de las posesiones es intencionado, lo que diferencia al trastorno de acumulación de otras formas de psicopatología que se caracterizan por la acumulación pasiva de artículos o por la ausencia de angustia cuando se deshacen de las posesiones. Las personas que acumulan un gran número de artículos abarrotan y desordenan las zonas de vida activa imposibilitándolas para su uso previsto (Criterio C). Por ejemplo, es posible que el individuo no pueda cocinar en la cocina, dormir en su cama o sentarse en una silla. Cuando el espacio se puede utilizar, esto se hace sólo con una gran dificultad. El desorden se define como un gran grupo de objetos por lo general no relacionados o marginalmente relacionados apilados juntos de una manera desorganizada en espacios diseñados para otros fines (p. ej., mesas, suelo, pasillo).

El criterio C incide en áreas "activas" de vida de la casa, en lugar de las zonas periféricas, como garajes, áticos o sótanos, que están a veces desordenados en los hogares de las personas sin trastorno de acumulación. Sin embargo, los individuos con trastorno de acumulación a menudo tienen posesiones que ocupan más que las zonas de vida activa y pueden ocupar e imposibilitar el uso de otros espacios, tales como vehículos, patios, lugares de trabajo y viviendas de amigos o familiares.

En algunos casos, las zonas de vida pueden no estar alteradas gracias a la intervención de terceros (p. ej., miembros de la familia, limpiadores, autoridades locales). Las personas que han sido obligadas a limpiar sus casas todavía tienen un cuadro sintomático que cumple con los criterios para el trastorno de acumulación, puesto que la falta de desorden se debe a la

intervención de terceros. El trastorno de acumulación contrasta con el comportamiento de recogida normal, el cual es organizado y sistemático, incluso si en algunos casos la cantidad real de bienes puede ser similar a la cantidad acumulada por un individuo con trastorno de acumulación.

La recogida normal no produce el desorden, la angustia o el deterioro típico del trastorno de acumulación. Los síntomas (p. ej., las dificultades de deshacerse y/o el desorden) deben causar un malestar clínicamente significativo o un deterioro en importantes ámbitos sociales, laborales o de otro tipo de funcionamiento, incluido el mantenimiento de un ambiente seguro para uno mismo y los demás (Criterio D). En algunos casos, sobre todo cuando hay poca conciencia de la enfermedad, el individuo puede referir la angustia y el deterioro que quizá experimente. Sin embargo, cualquier intento de deshacerse o de limpiar las posesiones por terceros tiene como resultado altos niveles de angustia.

**Prevalencia** No se dispone de estudios nacionales de prevalencia representativos del trastorno de acumulación. Las encuestas comunitarias estiman que la prevalencia puntual del trastorno de acumulación clínicamente significativo en Estados Unidos y en Europa está aproximadamente entre el 2 y el 6 %. El trastorno de acumulación afecta tanto a los varones como a las mujeres, pero algunos estudios epidemiológicos han concluido que la prevalencia es significativamente mayor entre los varones. Esto contrasta con las muestras clínicas, que están predominantemente formadas por mujeres. Los síntomas de acumulación parecen ser casi tres veces más frecuente en los adultos mayores (con edades de 55 a 94 años) que en los adultos más jóvenes (con edades de 34 a 44 años).

### **Tricotilomanía (trastorno de arrancarse el pelo)**

La característica esencial de la tricotilomanía (trastorno de arrancarse el pelo) es el acto recurrente de arrancarse el propio pelo (Criterio A). El acto de arrancar el pelo puede afectar a cualquier región del cuerpo en la que crezca pelo; las localizaciones más frecuentes son el cuero cabelludo, las cejas y los párpados, mientras que los sitios menos comunes son el vello axilar, el facial, el púbico y el de las regiones perirectales. Es posible que los sitios donde se producen los tirones de pelo varíen con el tiempo. El acto de arrancarse el pelo puede aparecer en forma de episodios breves repartidos durante todo el día o en períodos menos frecuentes pero más sostenidos, de horas de duración, y tales tirones de pelo pueden durar meses o años.

El criterio A requiere que el acto de arrancarse el pelo dé lugar a una pérdida del mismo,



aunque las zonas de donde se arranca el pelo pueden estar ampliamente distribuidas (p. ej., arrancarse pelos individuales en cada uno de los sitios) de tal manera que la pérdida de pelo puede no ser claramente visible. Por otra parte, los individuos pueden tratar de ocultar o camuflar la pérdida de pelo (p. ej., mediante el uso de maquillaje, bufandas o pelucas). Los individuos con tricotilomanía han llevado a cabo repetidos intentos para disminuir o detener el acto de arrancarse el pelo (Criterio B).

El Criterio C indica que el tirarse del pelo provoca un malestar clínicamente significativo o un deterioro social, laboral o de cualquier otra área de funcionamiento. El término malestar se refiere a los efectos negativos que pueden experimentar los individuos en el acto de arrancarse el pelo, como un sentimiento de pérdida de control, molestia y vergüenza. El deterioro significativo puede ocurrir en las diferentes áreas del funcionamiento (p. ej., social, laboral, académico y de ocio), en parte debido a la evitación del trabajo, la escuela u otras situaciones públicas.

**Prevalencia** En la población general, la prevalencia anual estimada para la tricotilomanía en los adultos y los adolescentes está entre el 1 y el 2 %. Las mujeres se ven afectadas con más frecuencia que los varones, en una proporción de aproximadamente 10:1. Esta estimación refleja probablemente la proporción verdadera del género en la afección, aunque también puede reflejar diferencias en la búsqueda de tratamiento según el género o actitudes culturales en cuanto a la apariencia (p. ej., la aceptación de la pérdida del cabello es normal entre los varones). Entre los niños con tricotilomanía, los varones y las mujeres están representados por igual.

### **Trastorno de excoriación (rascarse la piel)**

La característica esencial del trastorno de excoriación (rascarse la piel) es el rascado recurrente de la propia piel (Criterio A). Los sitios más frecuentemente escogidos son la cara, los brazos y las manos, pero muchas personas eligen múltiples lugares del cuerpo. Las personas pueden rascarse la piel sana, las irregularidades menores de la piel y las lesiones, como granos o callos, o las costras de anteriores rascados. La mayoría de los individuos lo realizan con sus uñas, aunque muchos utilizan pinzas, alfileres u otros objetos. Además del rascado de la piel puede haber frotamiento, presión, punción y mordedura de la piel. Los individuos con trastorno de excoriación a menudo pasan una cantidad significativa de su tiempo realizando

comportamientos de rascado, a veces varias horas al día, y esta excoriación de la piel puede durar meses o años.

El Criterio A requiere que rascarse la piel conduzca a lesiones en la piel, aunque las personas con este trastorno a menudo tratan de ocultar o camuflar dichas lesiones (p. ej., con el maquillaje o con la ropa). Los individuos con trastorno de excoriación han realizado repetidos intentos de disminuir o cesar el rascado de la piel (Criterio B). El Criterio C indica que el rascado de la piel provoca un malestar clínicamente significativo o un deterioro en el ámbito social, laboral o de otras áreas importantes del funcionamiento. El término malestar incluye los efectos negativos de la angustia que pueden experimentar las personas al rascarse la piel, como un sentimiento de pérdida de control, molestia y vergüenza. El deterioro significativo puede ocurrir en diferentes áreas de funcionamiento (p. ej., social, laboral, académica y de ocio), en parte debido a la evitación de situaciones sociales. **Prevalencia** En la población general, la prevalencia de por vida para el trastorno de excoriación en los adultos es del 1,4 % o algo mayor. Las tres cuartas partes o más de las personas con este trastorno son mujeres. Esto probablemente refleja la proporción verdadera del género para la afección, aunque también puede reflejar diferencias en la búsqueda de tratamiento en función del género o actitudes culturales con respecto a la apariencia.

### **Trastorno obsesivo-compulsivo y trastornos relacionados inducidos por sustancias/medicamentos**

Las características esenciales del trastorno obsesivo-compulsivo y los trastornos con él relacionados inducidos por sustancias/medicamentos son síntomas prominentes del trastorno obsesivo compulsivo y sus trastornos relacionados (Criterio A) que se consideran que son atribuibles a los efectos de una sustancia (p. ej., drogas de abuso, medicación). Los síntomas del trastorno obsesivo-compulsivo y sus trastornos relacionados deben haberse desarrollado durante o poco después de la intoxicación o abstinencia de alguna sustancia o después de la exposición a un medicamento o un tóxico, y dicha sustancia /medicamento debe ser capaz de producir los síntomas (Criterio B).

El trastorno obsesivo-compulsivo y los trastornos relacionados inducidos por una medicación prescrita para un trastorno mental o una afección médica general debe tener su inicio mientras el individuo está recibiendo tal medicación. Una vez que el tratamiento se interrumpe, el trastorno obsesivo-compulsivo y los síntomas del trastorno suelen mejorar o remitir entre unos pocos días y varias semanas hasta llegar a un mes (dependiendo de la vida media de la

sustancia/ medicamento).

El trastorno obsesivo-compulsivo y los trastornos relacionados inducidos por sustancias/ medicamentos no se deberían diagnosticar si el inicio de los síntomas del trastorno obsesivo-compulsivo y los trastornos relacionados precede a la intoxicación de la sustancia o al uso del medicamento, o si los síntomas persisten durante un periodo sustancial de tiempo, por lo general superior a un mes, a partir del momento de la intoxicación o de la abstinencia grave. Se deben considerar otras causas si los síntomas del trastorno obsesivo-compulsivo y relacionados persisten durante un período sustancial de tiempo. Además del diagnóstico de intoxicación por sustancias debe hacerse el diagnóstico de trastorno obsesivo-compulsivo y trastornos relacionados sólo cuando los síntomas del Criterio A predominen en el cuadro clínico y sean lo suficientemente graves como para merecer una atención clínica independiente.

En la población general, la escasez de datos disponibles indica que el trastorno obsesivo-compulsivo inducido por sustancias y sus trastornos relacionados son muy raros.

## VII. Diseño Metodológico

### A. Tipo de estudio

#### **Revisión sistemática, de tipo pronóstica, ambispectiva con enfoque cualitativo**

Esta revisión según inicio el estudio en relación a la cronología u ocurrencia de los hechos y registro de la información es *ambispectiva* porque las unidades de análisis (artículos, tesis) registran información ocurrida en tiempo pasado (retrospectiva) y según el registro y búsqueda de la información haciendo uso de las herramientas (Base de datos, repositorios, metabuscadores, etc.) es prospectiva. Tiene un *enfoque cualitativo ya que* el procesamiento y análisis de la información se limitó a registrar y describir los hallazgos relevantes extraídos de las unidades de análisis en base a las variables PECOS establecidas para esta investigación, dicho esto no se realizó ningún procesamiento estadístico inferencial (metaanálisis).

### B. Criterios de elegibilidad

#### **Criterios de inclusión**

- A. **Tipo de publicación:** Artículos científicos y/o literatura gris con diseño metodológico  
Estudios observacionales (descriptivos: Informes de caso, serie de casos, transversales descriptivos, Analíticos: (Casos y Controles, cohorte, transversales), experimentales (ensayos clínicos) y revisiones sistemáticas.
- B. **Calidad metodología o grado de evidencia:** para homogenizar el nivel de evidencia analizado, para ello se optó por estandarizar el diseño de investigación incluido en este estudio (Ver acápite, control de sesgo).
- C. **Accesibilidad:** Artículos científicos con acceso abierto (Open Access), es decir que no solo pueda leerse el artículo o tesis monográfica en la página web de la revista o repositorio, sino que también pueda descargarse en formato pdf.
- D. **Idioma de publicación:** Artículos científicos y tesis monográficas publicadas en idioma español y/o inglés ya que este último representa hasta el 90% de la evidencia publicada.

- E. Periodo de publicación:** Artículos científicos publicados durante 2019-2023 disponibles durante el periodo de búsqueda bibliográfica establecido en esta revisión.
- F. Contenido de publicación:** Estudios que aborden los aspectos clínicos en adultos del trastorno obsesivo compulsivo y comorbilidades relacionadas .

#### **Criterios de exclusión**

- A. Estudios publicados idioma que no sean inglés o español
- B. Estudios publicados fuera del periodo de estudio y periodo de búsqueda.
- C. Estudios con acceso restringido.
- D. Estudios que no aborden la temática en cuestión.

#### **C. Fuentes de obtención de información**

Artículos científicos y tesis monográficas incluidos en esta revisión.

### **2. Técnica de búsqueda de información (Artículos y/o tesis monográficas)**

#### **2.1 Herramientas seleccionadas para realizar la búsqueda de información:**

La búsqueda de los artículos científicos primarios se llevó a cabo haciendo uso de las siguientes herramientas, tales como metabuscadores y bases de datos con acceso libre en línea, la búsqueda de las tesis monográficas se llevó a cabo en repositorios institucionales nicaragüenses.

##### **2.1.1 Base de datos**

**MEDLINE** a través del motor de búsqueda de PUBMED:

<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/>

**LILACS** (Literatura Latinoamericana y del Caribe en Ciencias de la Salud)

<https://lilacs.bvsalud.org/es/>

**Cochrane Controlled Trials Register (CENTRAL) y Cochrane Database of Systematic** <https://www.cochranelibrary.com/central/about-central>

**BIREME.BR:** <https://bvsalud.org/es/>

##### **4.1.2 Metabuscadores**

**Google Académico** (Google Scholar): <https://scholar.google.com.ni>

### 4.1.3 Repositorios

Repositorio CNU, Nicaragua: <https://repositorio.cnu.edu.ni/>

Repositorio UNICA, Nicaragua: <https://repositorio.unica.edu.ni/>

Repositorio UNAN, Managua:

## D. Procedimientos utilizados en la búsqueda de obtención de información:

### 2.1.2 Estrategia de búsqueda bibliográfica

Para identificar los artículos que potencialmente fueron elegibles en esta investigación se siguieron los pasos detallados a continuación, estos pasos se describen en el artículo realizado por Pineda-Gea et al. (2023) en donde se detalla la metodología aplicada en la redacción de trabajos monográficos de tipo revisión sistemática y se abordan los aspectos metodológicos para llevar a cabo una búsqueda bibliográfica de manera sistemática. La estrategia de búsqueda implementada en esta revisión cumple de manera rigurosa tres pasos descritos por los autores antes mencionados, los cuales se detallan a continuación.

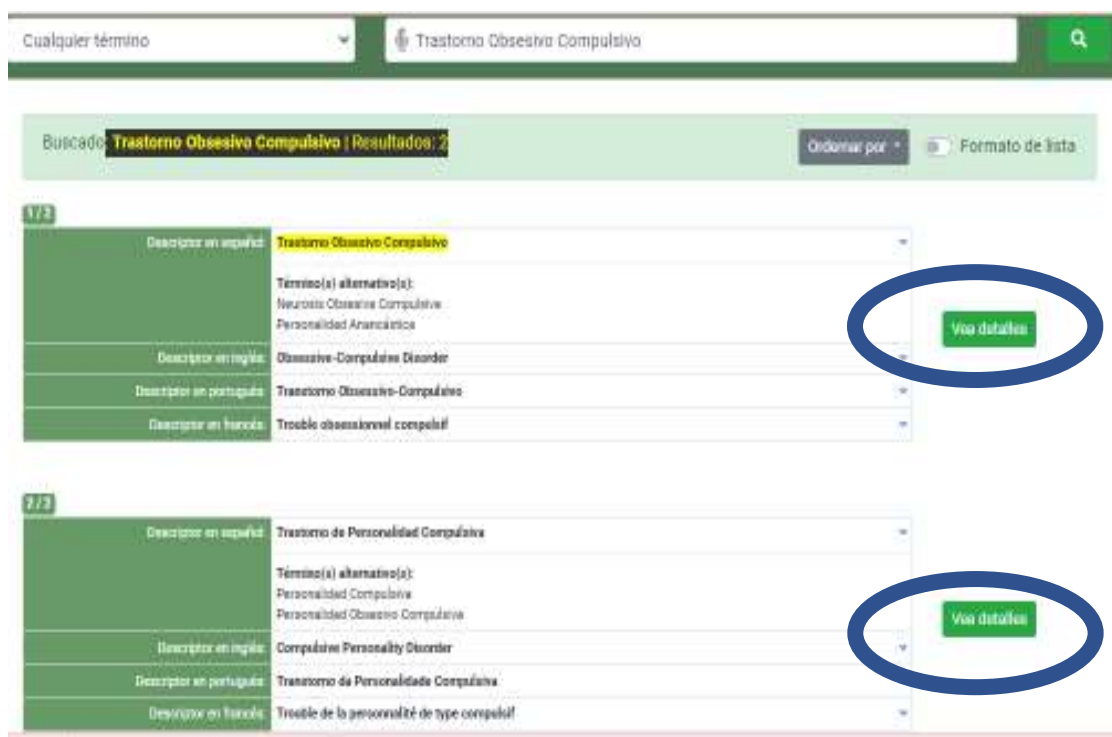
#### 2.1.3 Paso 1: Identificación de términos de búsquedas (tesauros): DeSC (Descriptor en Ciencias de la Salud)

Se accedió al link de la página de descriptores de la salud (<https://decs.bvsalud.org/es/>), estando en la página se procedió a teclear los términos de búsqueda que se relacionaban a las variables PECOS expresadas en términos clínicos, con el objetivo de convertirlos en tesauros y posteriormente ser utilizados en la estrategia de búsqueda diseñada previamente para ser aplicada en la base de datos, haciendo uso de los metabuscadores seleccionado como herramientas de búsqueda implementados en esta investigación.

**Imagen 1.** Vista de la página web DeCS/MeSH. Se observa sombreado en amarillo el termino clínico que se desea convertir en tesoro facilitar su búsqueda dentro de las bases de datos.



**Imagen 2.** Vista de la página web DeCS/MeSH una vez tecleado el termino clínico y seleccionado la opción buscar. Se observa que término clínico *Trastorno obsesivo compulsivo* se asocia a dos resultados, corroborándose que el término clínico es considerado como un descriptor, tal y como se muestra en esta imagen. Se observan las opciones **ver detalles** circuladas en color azul.

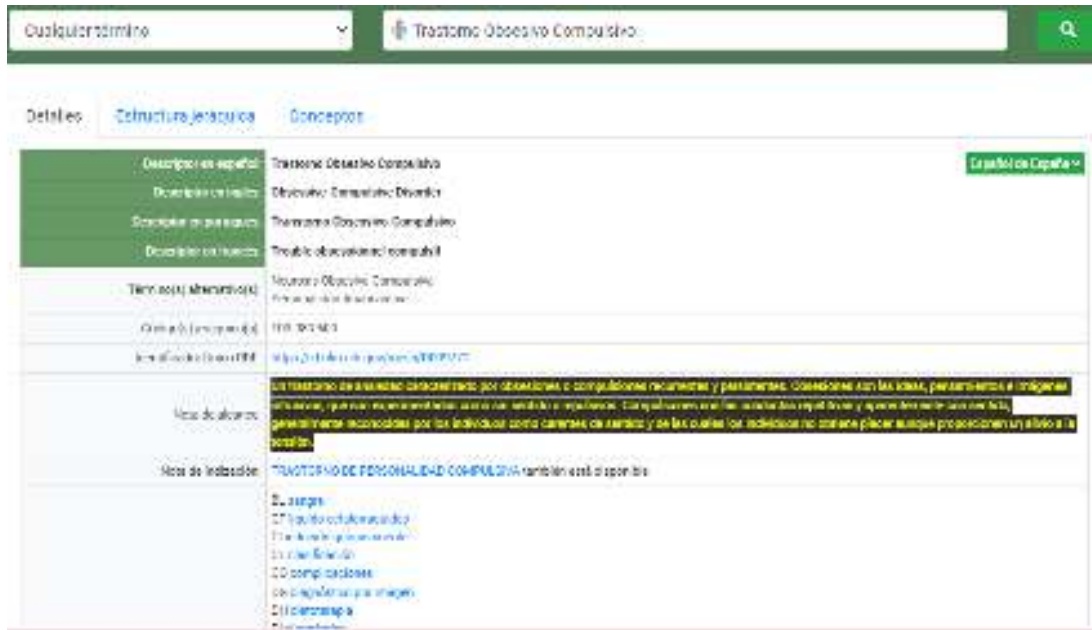


#### 2.1.4 Paso 2: Comprobación de similitudes de descriptores DeSC con los descriptores MeSH

Para poder ejecutar la búsqueda dentro de las diferentes bases de datos, fue necesario corroborar si los descriptores DeSC son similares a los MeSH, para ello se seleccionó la opción ver detalles circulada en color azul mostradas en la imagen 2, una vez desplegado esta opción se procedió a

leer el concepto del descriptor( resaltado en color amarillo) corroborando que este hacía referencia a la definición conceptual atribuida al termino clínico adoptada en esta investigación, acto seguido se corroboró que el número de identificador del descriptor para el término de *búsqueda trastorno obsesivo compulsivo* es D009771 tal y como se observa en la imagen 3, cabe mencionar que el procedimiento anterior se realizó para cada variable PECOS definida previamente en el acápite pregunta clínica, cabe aclarar que si ambos tesauros DeSH/MeSH eran similares se incluyeron en la estrategia de búsqueda la cual se presenta en el paso número tres.

**Imagen 3.** Vista de la página web tras desplegar la opción ver detalles (Imagen 2) donde se observa los descriptores en cuatro idiomas: español, inglés, portugués, francés.



Tras ejecutar los pasos uno y dos mencionados con anterioridad con el fin de dejar evidencia de la ejecución de estos pasos y con ello facilitar a investigadores que repliquen la estrategia de búsqueda implementada en esta investigación, se optó por seguir las directrices expuestas en artículo realizado por Pineda-Gea et al. (2023) por lo que realizó un cuadro comparativo entre los descriptores MeSH y DeSH seleccionados para formar parte de estrategia de búsqueda implementada en esta revisión, el cual se muestra a continuación:



**Cuadro 1.** Similitud de los descriptores encontrados en DeSC y MeSH

Variables PECO expresada en termino Natural		Descriptores DeSC	ID del descriptor	Descriptores MeSH
<b>P</b>	<b>Adulto</b>	Adulto	D000328	Adult
<b>E</b>	<b>Trastorno Obsesivo Compulsivo</b>	Trastorno Obsesivo Compulsivo Neurosis Obsesiva Compulsiva Personalidad Anancástica	D009771	Obsessive-Compulsive Disorder
		Trastorno de Personalidad Compulsiva Personalidad Compulsiva Personalidad Obsesivo Compulsiva	D003193	Compulsive Personality Disorder
	<b>Comorbilidad</b>	Comorbilidad	D015897	Comorbidity
<b>C</b>	No se estableció ninguna variable de comparación			
<b>O</b>	<b>Perfil epidemiológico</b>	<b>Edad</b> Grupo de Edad Grupo Etario Grupos Etarios Grupos por Edad	D009273	Age Groups
		<b>Edad Inicio</b>	DDCS050271	Age and Sex Distribution
		<b>Sexo</b>	D017668	Age of Onset
		<b>Sexo</b>	D012723	Sex
		<b>Escolaridad</b>	D004522	Educational Status
		<b>Estado Civil</b>	D017533	Marital Status
		<b>Antecedente Familiar</b>	D008487	Medical History Taking
		<b>Profesión de salud</b>	D006281	Health Occupations
		<b>Ocupación</b>	D009790	Occupations
		<b>Edad de Diagnostico enfermedad</b>	D017668	Age of Onset
<b>S</b>	<b>Dimensiones de síntomas del TOC</b>	<b>Patrón de contaminación</b> <b>Patrón de duda patológica</b> <b>Patrón de pensamientos intrusivos</b> <b>Patrón de simetría</b>	D012816	Signs and Symptoms
		<b>Estudios</b>	D064888	Observational Study

### 2.1.5 Paso 3: Construcción y definición de cadena de búsqueda

Para hacer más sensible y específica la búsqueda bibliográfica dentro de las bases de datos y repositorios se utilizó como estrategia, el uso de operadores booleanos para poder unificar los términos de búsqueda y definir frases de búsqueda dentro de las bases de datos y repositorios seleccionados con el fin de ampliar la estrategia de búsqueda y a la vez volviéndola más sensible y

específica para localizar la evidencia científica que responda a la pregunta clínica planteada en esta revisión.

#### 5.1.4.1 Utilización de operadores boléanos

Los operadores lógicos o booleanos que se utilizaron en la estrategia de búsqueda fueron: AND, OR, a continuación, se muestran unos ejemplos que se emplearon en las bases de datos, metabuscadores y repositorios elegidos en esta investigación mostrados en la primera y segunda columna, la tercera columna se completa al ejecutar la búsqueda en las diferentes herramientas seleccionadas para la búsqueda bibliográfica.

**Cuadro 2.**

Ejemplo de ejecución de cadena de búsqueda y los resultados obtenidos en algunas de las herramientas seleccionadas para la búsqueda de información

Combinación	Base de Datos / repositorios/ Metabuscadores	Numero de artículos identificados
<b>Trastorno Obsesivo Compulsivo</b>	BIREME.BR	1,432 artículos (Ver anexo figura 1)
<b>Trastorno Obsesivo Compulsivo AND Adulto</b>	BIREME.BR	446 artículos (Ver anexo figura 2)
<b>Trastorno Obsesivo Compulsivo AND Comorbilidad</b>	BIREME.BR	250 artículos (Ver anexo figura 3)
<b>Obsessive-Compulsive Disorder AND Comorbidity</b>	MEDLINE	17 artículos (ver anexo figura 4)
<b>Obsessive-Compulsive Disorder AND adult AND Comorbidity</b>	MEDLINE	17 artículos (ver anexo figura 5)
<b>Obsessive-Compulsive Disorder AND adult AND Comorbidity</b>	Cochrane Database	213 artículos (ver anexo figura 6)
<b>Trastorno Obsesivo Compulsivo AND Comorbilidad</b>	Repositorio UNAN	0 artículos/ tesis (Ver anexo figura 7)
<b>Trastorno Obsesivo Compulsivo AND Comorbilidad</b>	Google Académico	2,240 artículos (Ver anexo figura 8)

Es importante mencionar que los operadores booleanos se utilizaron haciendo combinaciones con otros tesauros, por lo que cabe aclarar que no solo se utilizaron las combinaciones contempladas en el cuadro 2 sin embargo, los resultados pueden ser variables al momento de aplicar los tesauros de manera aislada o combinados en la estrategia de búsqueda, sin embargo para homogenizar la búsqueda en las herramientas seleccionadas se optó por utilizar la combinación entre estos dos términos de búsqueda para representar de manera visual como se

implementó el uso de los operadores booleanos como estrategia dentro de las herramientas elegidas para la búsqueda bibliográfica.

#### **2.1.6 Paso 4: Aplicación de estrategias de búsqueda**

Para esta revisión sistemática se utilizaron los descriptores MeSH y DeSC cuya similitud se corroboró mediante el número de identificador único. Dentro de las bases de datos, repositorios y metabuscadores utilizados en esta revisión, se siguieron los pasos descritos a continuación:

1. Se teclearon los tesauros, en forma independiente para cada uno de los términos MeSH o DeSC identificados en el paso uno y dos de la estrategia de búsqueda.
2. Luego se realizaron combinaciones entre ellos, haciendo uso de los operadores booleanos descritos en el paso tres y consignados en el cuadro dos.
3. Una vez tecleado el término de búsqueda combinado o no en el buscador de las herramientas utilizadas (bases de datos, metabuscadores y repositorios) se procedió a ejecutar los filtros o límites de la estrategia de búsqueda, los cuales fueron:
  - Año de publicación 2019-2023
  - Idioma de publicación: inglés-español
  - Tipo de artículo: Estudios observacionales, experimentales y revisiones sistemáticas.
  - Edad: Adultos
  - Sin restricción del sexo
  - Texto completo disponible
  - Open Acces

#### **2.1.7 Periodo de búsqueda bibliográfica**

**Periodo de estudio:** últimos 5 años (2019- 2023)

**Fecha de búsqueda bibliográfica:**

**Inicio:** 23 de septiembre 2023

**Fin:** 15 de octubre 2023

#### **E. Método de revisión bibliográfica**

Una vez identificados y seleccionados en la base de datos y Metabuscadores la evidencia científica potencialmente elegible para ser incluida en esta revisión, fue leída de manera minuciosa

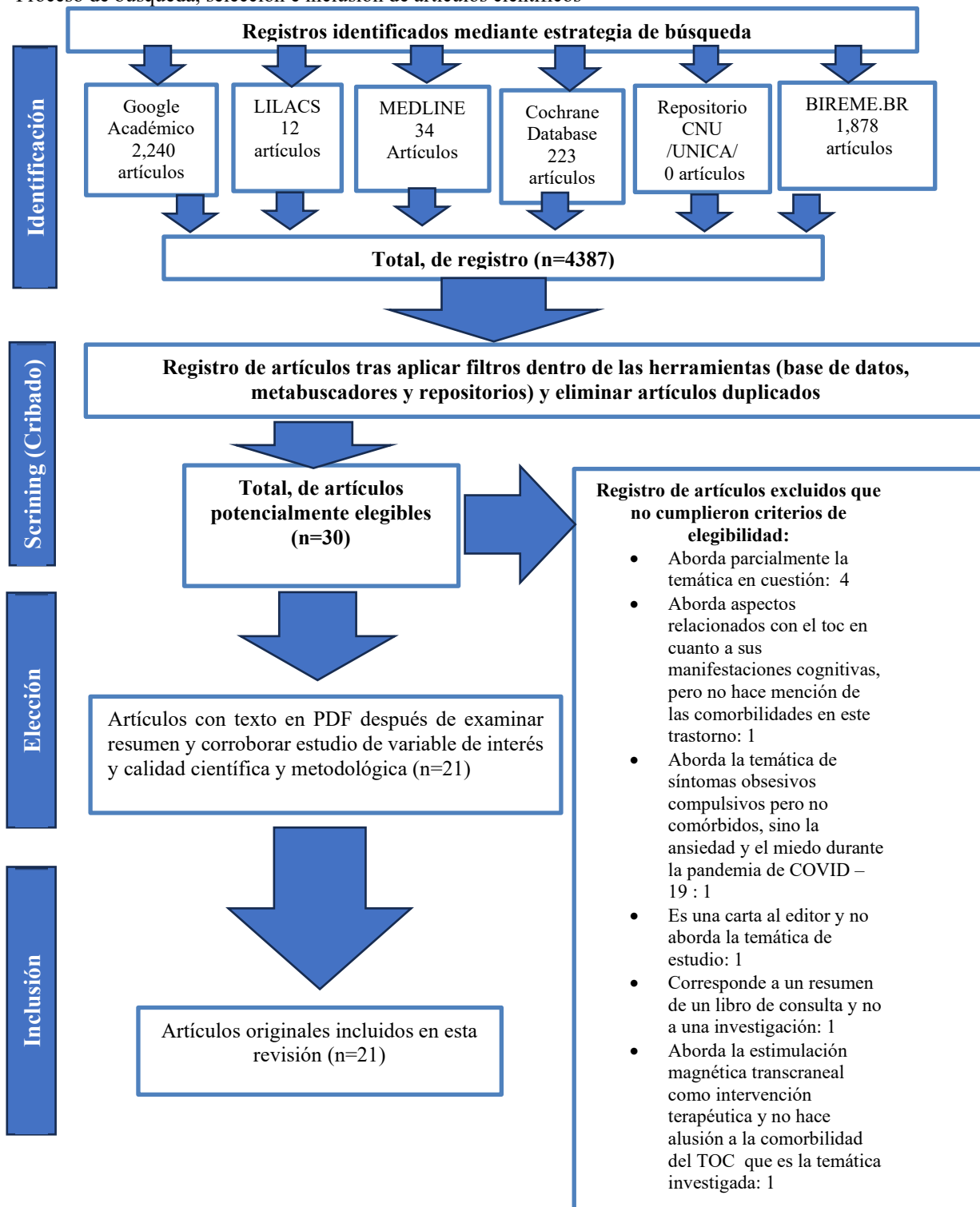
tomando en consideración lo descrito en el título y el resumen de los artículos y/o tesis monográficas posterior a la depuración realizada tras la lectura crítica se excluyeron los artículos que se encontraron duplicados en las herramientas de búsquedas ya sea porque se encontró el mismo artículo publicado en otros idiomas o en el mismo idioma o bien no contemplaban las variables PECOS definidas en nuestra investigación, procediendo a eliminar aquellos artículos, no relevantes con el objetivo de la revisión ya que no cumplieron los criterios de elegibilidad (Ver acápite, Proceso de extracción de datos: Análisis de los datos) Acto seguido, los investigadores descargaron los artículos y/o tesis monográfica en formato pdf, con el fin de evaluar mediante lectura crítica todo el contenido y evaluando que estos cumplieran de manera rigurosa los criterios de elegibilidad, previo a su elección final, cada artículo fue evaluado de forma crítica e intensivamente de acuerdo a nuestros criterios de inclusión y exclusión que tenía este tipo de diseño.

En consecuencia de lo antes mencionado, se incluyeron artículo y/o tesis monográficas en los que se logró acceder al documento y que cumplan con los criterios de elegibilidad, sin embargo es importante recalcar que la accesibilidad de estos artículos puede variar con respecto al periodo de búsqueda dentro de la base de datos, por lo que se expresara, si durante el periodo de búsqueda bibliográfica (23 de septiembre 2023 al 15 de Octubre del 2023) el hecho que se encuentre o no habilitada la opción de descargar el documento en formato pdf o solo consultar en línea el documento completo sin descargarlo. Así mismo se expresa que el número de artículos científicos y/o tesis indexadas en las herramientas seleccionadas y utilizadas en esta revisión puede variar al momento de ejecutar la cadena de búsqueda y eso es debido a las actualizaciones de estas bases de datos las cuales pueden declinar la publicación de artículos o anexar nueva evidencia.

Se tomaron en cuenta los repositorios institucionales nacionales, al evaluar la evidencia se corroboró la existencia o no de evidencia científica publicadas en los repositorios y evidenciar el estudio de esta línea de investigación en nuestro país. Se estableció la calidad de la evidencia científica para cada artículo, mediante el enfoque de Calificación de Recomendaciones, Evaluación, Desarrollo y Evaluación [Grading of Recommendations, Assessment, Development and Evaluation] (GRADE) para ello se tomó en cuenta el diseño de investigación el nivel de evidencia que este representa en la pirámide de conocimiento (Ver anexo )

## F. Diagrama Prisma

Proceso de búsqueda, selección e inclusión de artículos científicos



**Fuente:** Adaptado de Pineda et al. (2023) Aspectos metodológicos a evaluar en una revisión sistemática y PRISMA (2020).

## G. Proceso de extracción de datos: Análisis de los datos

Las características más relevantes de los estudios se unificaron haciendo uso de tabla de resumen de hallazgo, en la cual se reflejarán los datos referentes a la publicación del artículo (tabla 1) y los otros aspectos sobre el contenido (tabla 2), así mismo, se muestra la tabla de resumen de artículos excluidos (tabla 3), presentados a continuación:

**Tabla 1. Resumen de hallazgos: Datos de publicación**

Nº Art.	Autor (es) / año de publicación	Tipo de publicación	País realización investigación	Idioma de publicación	Título de la investigación	Revista en donde se publicó
1	Christine Lochner et al. (2019)	Investigación Original	Estados Unidos y Sudáfrica	Ingles	Comorbidity in trichotillomania (hair-pulling disorder): A cluster analytical approach	Brian and Behavior  DOI: 10.1002/brb3.1456
2	Jean-Paul et al. (2022)	Artículo Científico	Sudáfrica	Ingles	Shape analysis of subcortical structures in obsessive-compulsive disorder and the relationship with comorbid anxiety, depression, and medication use: A meta-analysis by the OCD Brain Imaging Consortium	Brian and Behavior
3	Ying-ying ZHANG et al. (2019)	Artículo Científico	China	Ingles	Incidence and clinical correlates of anger attacks in Chinese patients with obsessive-compulsive disorder	Journal of Zhejiang University-SCIENCE B (Biomedicine & Biotechnology)
4	Raffaele Gaetano et al.(2020)	Mini revisión	Croacia	Ingles	Impact Of Bipolar Disorder and Obsessive - Compulsive Disorder Comorbidity on Neurocognitive Profile : A MINI-REVIEW	Psychiatria Danubina
5	J. Klein Breteler et al.(2021)	Artículo de Investigación	Países Bajos	Ingles	Comorbid depression and treatment of anxiety disorders, OCD, and PTSD: Diagnosis versus severity	Journal of Affective Disorders 295 (2021) 1005–1011

6	Atefeh Homayuni (2023)	Artículo Científico	Irán	Ingles	Investigating the correlation between perceived stress and health anxiety with obsessive-compulsive disorder and quality of life during COVID-19 pandemic	Homayuni BMC Psychology (2023) 11:54
7	Shafighi et al.(2023)	Artículo de Investigación	Irán	Ingles	Prevalence and predictors of COVID-centred obsessive compulsive disorder among Iranian COVID-19 recovered individuals: a Bayesian analysis	BMC Psychiatry (2023) 23:310
8	Barbara Cludius et al ( 2022)	Artículo de Investigación	Alemania	Ingles	Direct and indirect assessment of perfectionism in patients with depression and obsessive-compulsive disorder	PLoS ONE 17(10): e0270184. <a href="https://doi.org/10.1371/journal.pone.0270184">https://doi.org/10.1371/journal.pone.0270184</a>
9	Masahiro Miyauchi et al. ( 2023)	Artículo Científico	Japón	Ingles	A prospective investigation of impacts of comorbid attention deficit hyperactivity disorder (ADHD) on clinical features and long-term treatment response in adult patients with obsessive-compulsive disorder (OCD)	Comprehensive Psychiatry 125 (2023) 152401 journal homepage: <a href="http://www.elsevier.com/locate/comppsy">www.elsevier.com/locate/comppsy</a>
10	J. Klein Breteler et al ( 2021)	Artículo de Investigación	Países Bajos	Ingles	Comorbid depression and treatment of anxiety disorders, OCD, and PTSD: Diagnosis versus severity	Journal of Affective Disorders 295 (2021) 1005–1011
11	Buchholz et al. (2019)	Artículo Científico	No Reportado	Ingles	Predictors of concurrent depressive symptoms in patients with obsessive-compulsive disorder	Psychiatry Research 279 (2019) 267–271
12	Simkin et al. ( 2022)	Artículo Científico	No Reportado	Ingles	The relationship between symptoms of obsessive compulsive disorder and depression during therapy: A random intercept cross-lagged panel model	Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry 76 (2022) 101748

13	Viswasam et al.(2021)	Artículo Científico	Australia	Ingles	Prevalence and onset of anxiety and related disorders throughout pregnancy: A prospective study in an Australian sample	Psychiatry Research 297 (2021) 113721
14	Hollie A.L. Burton ( 2020)	Artículo Científico	Gran bretaña	Ingles	How women with established obsessive compulsive disorder experience pregnancy and postpartum: an interpretative phenomenological analysis	Journal of reproductive and infant psychology <a href="https://doi.org/10.1080/02646838.2020.1718628">https://doi.org/10.1080/02646838.2020.1718628</a>
15	Orozco et al. ( 2021)	Artículo Original	España (Alcalá de Henares district)	Ingles	Obsessive---compulsive symptoms in anxiety and depressive disorders: Influence and/or of recent traumatic life events	Revista de psiquiatría y salud mental (Barcelona) 14 (2021) 218---226
16	Ferentinos et al.( 2020)	Artículo de Revisión	Grecia	Ingles	Comorbidity of obsessive-compulsive disorder in bipolar spectrum disorders: Systematic review and meta-analysis of its prevalence	Journal of Affective Disorders 263 (2020) 193–208
17	FUSS et al. ( 2019)	Informe Completo	Alemania	Ingles	Compulsive sexual behavior disorder in obsessive–compulsive disorder: Prevalence and associated comorbidity	Journal of Behavioral Addictions 8(2), pp. 242–248 (2019) DOI: 10.1556/2006.8.2019.23
18	Chegeni et al. ( 2019)	Artículo de Investigación	Armenia	Ingles	Relationship between toxoplasmosis and obsessive compulsive disorder: A systematic review and meta-analysis	PLOS Neglected Tropical Diseases   <a href="https://doi.org/10.1371/journal.pntd.007306">https://doi.org/10.1371/journal.pntd.007306</a> April 10, 2019
19	Williams y Levinson (2020)	Artículo de Investigación	Estados Unidos	Ingles	Intolerance of uncertainty and maladaptive perfectionism as maintenance factors for eating disorders and obsessive-compulsive disorder symptoms	Eur Eat Disorders Rev. 2020;1–11. <a href="http://wileyonlinelibrary.com/journal/erv">wileyonlinelibrary.com/journal/erv</a>
20	Turna et al. (2019)	Artículo Científico	Canadá	Ingles	Higher prevalence of irritable bowel syndrome and greater gastrointestinal	Journal of Psychiatric



					symptoms in obsessive-compulsive disorder	Research 118 (2019) 1–6
21	Chasson et al. (2022)	Artículo Científico	Estados Unidos	Inglés	Comorbidity of Obsessive-Compulsive Disorder and Symptoms with Nicotine Dependence: Observational Epidemiologic Evidence from US-Representative and Psychiatric Outpatient Population-Based Samples	J Psychiatr Res. 2022 February ; 146: 156–162. doi:10.1016/j.jpsychires.2021.12.020.

**Tabla 2: Contenido de publicaciones extraídos en base a las variables PECOS establecidas en esta investigación**

Nº Art.	Diseño de investigación	Periodo / muestra	Variables Principales estudiadas	Principales resultados	Conclusiones del estudio	Grado de evidencia
1	Transversal analítico	304	Demográficos, incluida la edad en la que el participante se incorporó al estudio y el nivel de estudios más alto. Para ser incluidos, los participantes cumplían los criterios del Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM-IV TR o DSM-5) para un diagnóstico primario de TTM. Se utilizó la Entrevista Clínica Estructurada para los Trastornos del Eje I (SCID-I/P) (First, Spitzer, Gibbon y Williams, 1998) para determinar la comorbilidad a lo largo de la vida y la gravedad de los tirones de pelo y la sintomatología depresiva, la Escala de Tirones de Pelo del Hospital General de Massachusetts, el Inventario de	Se incluyeron en los análisis los datos de 304 pacientes adultos con TTM (287 mujeres, 94,4%), con edades comprendidas entre los 18 y los 73 años (media: 32,8; DE: 12,1). En el grupo total, la edad de inicio de los tirones oscilaba entre 1 y 45 años (media: 13,4; DE: 5,8), las puntuaciones de gravedad de los tirones de pelo (puntuación total MGHHPs) entre 1 y 26 (media: 14,8; DE: 4,8), y las puntuaciones de depresión (puntuación total BDI-I) entre 0 (sin síntomas de depresión) y 36 (media: 10,85; DE: 8,43). En cuanto a la gravedad de la sintomatología depresiva, sólo se disponía de datos del BDI para un subconjunto de participantes (55 de 304, o el 18,1%). En esta submuestra, los participantes de los grupos 2 (p = 0,04) y 3 (p = 0,003) presentaban una	En conclusión, los resultados del análisis de los datos de una de las cohortes de TTM con diagnóstico clínico más largas hasta la fecha subrayan la importancia de la depresión en este trastorno, así como una asociación entre el aumento de la comorbilidad y la gravedad de los tirones de pelo y la sintomatología depresiva. En la clínica, debe tenerse en cuenta la posible presencia de comorbilidad, y de depresión en particular, que podría influir en la elección del tratamiento, la respuesta y los resultados. En presencia de comorbilidad, puede ser necesario modificar el tratamiento del TTM. Se necesitan más estudios para replicar estos resultados y determinar si la pertenencia a grupos basada en el perfil de comorbilidad puede predecir la respuesta al tratamiento y los resultados. Por último, el grado en que los conglomerados identificados se	Moderado

			Depresión de Beck versión I (BDI-I)	<p> sintomatología depresiva significativamente más grave que los casos del grupo 1, La gravedad del tirón de pelo no se correlacionó con la gravedad de los síntomas depresivos en los grupos 1 y 2, pero hubo una tendencia a que el tirón y la gravedad de la depresión se correlacionaran positivamente en los casos del grupo 3 (<math>r = 0,3</math>; <math>p = 0,06</math>). </p>	<p> corresponden con subtipos previamente identificados (p. ej., estilo de atracción o tipos de personalidad) requiere una mayor exploración para garantizar que estamos construyendo una comprensión acumulativa de la subtipificación del TTM. </p>	
2	Revisión Sistemática Metaanálisis	708	<p> Datos demográficos: Edad (años), Nivel educativo (años), Origen étnico, Nivel educativo (años)  Características clínicas: Puntuación YBOCS (IQR), Edad de inicio de los síntomas clínicos (años, intervalo), Uso de medicación en el momento de la exploración, Comorbilidad actual : Comorbilidad a lo largo de la vida, Inicio del TOC en la prepubertad, Dimensiones de los síntomas del TOC (YBOCS), Agresión/comprobación (IQR), Contaminación/limpieza (IQR), Simetría/ordenación (IQR), Sexual/religioso (IQR), Acaparamiento (IQR), superficie de la forma son un entre pacientes con TOC y controles sanos y grosor de la forma </p>	<p> Pacientes con TOC primario (<math>n = 412</math>) y controles sanos (<math>n = 368</math>) se emparejaron en sexo, lateralidad y etnia en cohortes individuales. Sin embargo, los pacientes eran significativamente mayores (grupo TOC: 32,1 años [DE = 9,6]; grupo de control: 30,2 años [DE = 9,3], <math>t = 2,9</math>, <math>p = 4 \times 10^{-3}</math>) y tenían un nivel educativo inferior (grupo TOC: 13,7 años [DE = 2,8]; grupo de control: 14,6 años [DE 3,1], <math>t = -4,0</math>, <math>p &lt; 1 \times 10^{-3}</math>) que el grupo de control en la cohorte agregada. El grupo con TOC tenía una puntuación media en la Escala Obsesivo Compulsiva de Yale-Brown (Y-BOCS) de 24,9 (DE = 6,2) y una edad media de inicio clínico de 20,1 años (DE = 8,7). Véase De Wit et al. (2014) y Fouche et al. (2017), Forma subcortical en pacientes con TOC en comparación con controles sanos. Área de superficie de forma No hubo diferencias significativas (<math>p &lt; 0,05</math> corregida por FDR) en el área de superficie de forma de ninguna de las estructuras subcorticales al comparar los pacientes con TOC (<math>n = 412</math>) con los controles sanos (<math>n = 368</math>). Tampoco hubo una </p>	<p> En resumen, encontramos que la comorbilidad y el uso de medicación estaban asociados con alteraciones en el grosor de la forma y el área de superficie en estructuras subcorticales como el hipocampo, el pálido y el tálamo. Esto concuerda en parte con trabajos previos sobre la forma y los volúmenes subcorticales en el TOC. Además, nuestros hallazgos avanzan en el trabajo previo al sugerir que las diferencias en la forma de las regiones subcorticales pueden ocurrir principalmente en pacientes con TOC con depresión comórbida, ansiedad y uso de edicamentos. Se necesitan más estudios para delinear los mecanismos exactos que contribuyen a la forma subcortical en todo el espectro de pacientes con TOC. </p>	Alto

				<p>interacción significativa entre la edad y el diagnóstico ni entre la edad y el diagnóstico para el área de superficie de forma. Grosor de la forma No hubo diferencias significativas (<math>p &lt; 0,05</math> con corrección FDR) en el grosor de la forma de ninguna de las estructuras subcorticales al comparar los pacientes con TOC (<math>n = 412</math>) con los controles sanos (<math>n = 368</math>). Tampoco hubo una interacción significativa entre la edad y el diagnóstico ni entre la edad y el diagnóstico para el grosor de la forma. Diferencias de grupo en la forma subcortical: Trastorno depresivo comórbido Área de superficie de la forma Los pacientes con TOC y depresión comórbida (<math>n = 101</math>) mostraron un área de superficie menor en el hipocampo derecho (d de Cohen = -0,173, cambio del 2,3%) y un área de superficie mayor en el pallidum derecho (d de Cohen = 0,174, cambio del 4,5%) en comparación con los controles (<math>n = 386</math>). Otras regiones que mostraron una superficie menor fueron el tálamo izquierdo (d de Cohen = -0,184, cambio del 4,7%), el núcleo caudado izquierdo (d de Cohen = -0,150, cambio del 7,5%), el núcleo accumbens izquierdo (d de Cohen = -0,162, cambio del 1,3%), así como el putamen derecho (d de Cohen = -0,139, cambio del 6,7%). No hubo diferencias significativas en el área de superficie de forma entre los pacientes con TOC sin depresión comórbida (<math>n = 287</math>) y los controles (<math>n = 368</math>). Tampoco hubo diferencias significativas entre los pacientes con TOC</p>	
--	--	--	--	--	--

				<p>con (n = 101) y sin (n = 287) depresión comórbida. Grosor de la forma Los pacientes con TOC y depresión comórbida (n = 101) presentaban un menor grosor en el hipocampo izquierdo (d de Cohen = -0,135, cambio del 5,4%) y un mayor grosor en el pálido derecho (d de Cohen = 0,159, cambio del 7,8%) en comparación con los controles. Para las otras regiones, hubo un menor grosor en el núcleo caudado izquierdo (d de Cohen = -0,132, cambio del 2,8%) y un mayor grosor en el putamen derecho (d de Cohen = 0,167, cambio del 6,5%) de los pacientes con TOC en comparación con los controles. No hubo diferencias significativas en el grosor de la forma ni en la superficie entre los pacientes con TOC</p>		
3	Transversal analítico	90	<p>Los participantes que cumplían los siguientes criterios fueron clínicas psiquiátricas: (1) diagnóstico primario de TOC confirmado por un psiquiatra psiquiatra mediante una entrevista clínica. (3) capacidad cognitiva para responder a las preguntas y cuestionarios (según criterio clínico). cuestionarios (según criterio clínico). Rage Outbursts and Anger Rating Scale (ROARS), Brown Assessment of Beliefs Scale (BABS), Obsessive-Compulsive Inventory-Revised (OCI-R)</p>	<p>Características demográficas y clínicas de los participantes Se incluyó en este estudio a un total de 90 participantes, de los cuales 46 eran varones y 44 mujeres. La edad media de los participantes era de 33,6 años (desviación estándar [DE]=14,2), y la duración media de la educación era de 13,1 años (DE=3,5). La edad de inicio del TOC oscilaba entre los 7 y los 70 años (media (M)=24,0, DE=12,6), y la duración media de los síntomas del TOC fue de 11,3 años (DE=8,9). Las pruebas de Kolmogorov Smirnov indicaron que las puntuaciones de ROARS, BABS, lavado, acaparamiento, orden y neutralización mental no se distribuían normalmente. Las puntuaciones de otras variables clínicas mostraban una distribución normal. El análisis de correlación de</p>	<p>Sería conveniente que en el futuro nuevos estudios investigaran por qué estos dos graves trastornos con etiopatogenia, mecanismos fisiopatológicos y circuitos neurobiológicos tan diversos mostraban similares perfiles de deterioro neurocognitivo, tanto por separado como en comorbilidad. Además, la detección del perfil neurocognitivo de estos pacientes en el momento de la primera evaluación clínica podría tener implicaciones clínicas también en el manejo terapéutico y rehabilitador de este tipo de pacientes. De hecho, sería deseable desarrollar un nuevo modelo de rehabilitación menos diferenciado tanto para el TB como para el TOC o para su comorbilidad, también para que la rehabilitación</p>	Moderado

			<p>Escala de Depresión, Ansiedad y Estrés 21 (DASS-21)</p>	<p>Spearman reveló que la puntuación del ROARS estaba correlacionada con el nivel educativo (<math>r=-0,349</math>; <math>P&lt;0,01</math>), sólo con la subescala obsesiva del OCI-R (<math>r=0,222</math>; <math>P&lt;0,05</math>) y con la subescala de ansiedad del DASS-21 (<math>r=0,220</math>; <math>P&lt;0,05</math>). Además, la frecuencia de los ataques de ira se correlacionó con la edad (<math>r=-0,211</math>; <math>P&lt;0,05</math>), y la intensidad de los ataques de ira se correlacionó con el nivel educativo (<math>r=-0,385</math>; <math>P&lt;0,01</math>) y la subescala de ansiedad de la DASS-21 (<math>r=0,216</math>; <math>P&lt;0,05</math>). Además, la duración de la rabia se correlacionó con el nivel educativo (<math>r=-0,346</math>; <math>P&lt;0,01</math>), la subescala de obsesión del OCI-R (<math>r=0,236</math>; <math>P&lt;0,05</math>) y la subescala de ansiedad del DASS-21 (<math>r=0,237</math>; <math>P&lt;0,05</math>). No se encontraron correlaciones significativas entre la puntuación del ROARS y otras variables clínicas, como el Y-BOCS-II, el BABS o la duración de la enfermedad.</p>	<p>cognitiva sea más rápida y menos costosa.</p>	
4	Mini Revision	68 artículos	<p>Se realizaron búsquedas en PubMed, Embase, MEDLINE, PsychINFO y en la Cochrane Library hasta diciembre de 2019 utilizando términos genéricos para la evaluación de la neurocognición en la comorbilidad entre el trastorno bipolar y el trastorno obsesivo compulsivo sin restricción de idioma o tiempo. Dos autores (RdF y RG) revisaron la búsqueda de forma independiente. Se revisaron las listas de referencias para encontrar datos</p>	<p>Sólo se identificó un estudio (de Filippis et al. 2018) que abordaba la neurocognición en la comorbilidad entre el trastorno Bipolar (TB) y el TOC incorporando datos de un total de 68 pacientes (22 TB, 26 TB-TOC, 20 TOC). Debido a la falta de datos y de evidencias suficientemente numerosas sobre el tema en la literatura, no fue posible realizar una revisión sistemática ni ningún tipo de análisis cualitativo o cuantitativo respecto a la neurocognición en la comorbilidad entre trastorno Bipolar y TOC. Por lo tanto, todas las fuentes de datos actualmente</p>	<p>Sería conveniente que en el futuro nuevos estudios investigaran por qué estos dos graves trastornos con etiopatogenia, mecanismos fisiopatológicos y circuitos neurobiológicos tan diversos mostraban similares perfiles de deterioro neurocognitivo, tanto por separado como en comorbilidad. Además, la detección del perfil neurocognitivo de estos pacientes en el momento de la primera evaluación clínica podría tener implicaciones clínicas también en el manejo terapéutico y rehabilitador de este tipo de pacientes. De</p>	Moderado

			adicionales. Sólo se incluyeron y citaron en esta revisión las publicaciones elegibles.	disponibles fueron reunidas y discutidas en esta mini-revisión narrativa.	hecho, sería deseable desarrollar un nuevo modelo de rehabilitación menos diferenciado tanto para el TB como para el TOC o para su comorbilidad, también para que la rehabilitación cognitiva sea más rápida y menos costosa.	
5	Transversal analítico	740	Edad, Sexo (% Mujeres), Tamaño de la muestra, Comorbilidad, Duración del tratamiento (días), Tiempo total pasado con terapias (minutos), Intensidad del tratamiento, Medicación consulta, Síntomas depresivos (IDS)	<p>En general, los pacientes refirieron síntomas de ansiedad menos/menos graves (BAI: <math>\Delta M = - 6,86</math>, <math>t(688) = 15,4</math>, <math>p &lt; 0,001</math>) y menos discapacidad relacionada con la ansiedad (OQ: <math>\Delta M = 15,5</math>, <math>t(739) = - 18,4</math>, <math>p &lt; 0,001</math>) después del tratamiento que antes del mismo, y <b>los pacientes con trastornos comórbidos refirieron síntomas significativamente más/más graves</b> que los pacientes sólo con ansiedad, TOC o TEPT tanto antes (BAI: <math>\Delta M = 4,61</math>, <math>t(684,2) = 4,90</math>, <math>p &lt; 0,001</math>; OQ: <math>\Delta M = 17,10</math>, <math>t(736,96) = 10,61</math> y <math>p &lt; 0,001</math>). <math>61</math>, <math>t(684,2) = 4,90</math>, <math>p &lt; 0,001</math>; OQ: <math>\Delta M = 17,10</math>, <math>t(736,96) = 10,61</math>, <math>p &lt; 0,001</math>) y después del tratamiento (BAI: <math>\Delta M = 4,45</math>, <math>t(678,8) = 4,12</math>, <math>p &lt; 0,001</math>; OQ: <math>\Delta M = 15,86</math>, <math>t(718,133) = 4,03</math>, <math>p &lt; 0,001</math>). El primer paso, que incluía las variables de control y el grupo de tratamiento (trastornos de ansiedad, TEPT, TOC), explicaba entre el 2,3 y el 2,9% de la varianza (todas <math>p &lt; 0,003</math>). La intensidad del tratamiento fue un predictor negativo de la reducción de los síntomas del BAI y del OQ (<math>\beta = -,16</math>, <math>p &lt; 0,001</math> y <math>\beta = -,12</math>, <math>p = 0,003</math>, respectivamente), lo que indica que los pacientes que habían recibido tratamientos más intensivos también informaron de una mayor reducción de los síntomas. No se encontraron</p>	<p>En resumen, en nuestro estudio casi la mitad de los pacientes tratados por trastornos de ansiedad, TOC o TEPT en centros de atención secundaria tenían un diagnóstico comórbido de depresión y casi todos refirieron síntomas de depresión leves o (más) graves antes del tratamiento. Aún así, observamos que todos ellos se beneficiaron del tratamiento centrado en el trastorno y de forma similar a los pacientes sin depresión comórbida. Así pues, nuestros hallazgos respaldan las directrices terapéuticas actuales que recomiendan el tratamiento específico del trastorno basado en la evidencia para los pacientes con síntomas depresivos comórbidos. Además, nuestros resultados subrayan que los enfoques terapéuticos actuales son eficaces para reducir los síntomas de ansiedad, TOC y TEPT, así como los síntomas depresivos comórbidos. Es importante destacar que, tanto antes como después del tratamiento, los pacientes con trastornos depresivos comórbidos presentaron síntomas específicos del trastorno más graves, lo que pone de relieve que la evolución de sus síntomas sigue siendo peor que la de los pacientes con ansiedad, TOC o TEPT únicamente. Cuantificamos los efectos de la depresión comórbida en el</p>	Moderado

				<p>diferencias significativas (<math>p &lt; 0,05</math>) para los tres grupos de tratamiento, ni tampoco la edad, el sexo y el número de consultas de medicación se relacionaron significativamente con la mejoría de los síntomas. La adición de trastornos depresivos comórbidos en el segundo paso no aumentó significativamente la varianza explicada (cambio <math>R^2 = 0,06-0,08\%</math>, todos <math>p &gt; 0,05</math>) lo que significa que la depresión comórbida no afectó significativamente a la mejoría antes y después del tratamiento. El tercer paso tampoco fue significativo (<math>R_{change} = 0,06-0,13\%</math>, todos <math>p &lt; 0,05</math>), es decir, la mejoría de los síntomas no difirió significativamente en función del tipo de tratamiento y del diagnóstico de depresión comórbida.</p>	<p>tratamiento de la ansiedad, el TOC y el TEPT en un número tan elevado de pacientes utilizando tanto la significación de la hipótesis nula (es decir, la regresión convencional) y pruebas de equivalencia, proporcionando así información detallada sobre el impacto de la depresión en la respuesta al tratamiento. Los estudios futuros tendrán que determinar si la reducción de la depresión comórbida durante el tratamiento centrado en el trastorno puede ser un mejor predictor de la eficacia del tratamiento que un diagnóstico previo al tratamiento y descubrir si el tratamiento reduce directa o indirectamente los síntomas depresivos.</p>	
6	Descriptivo Correlacional	559	<p>Las características demográficas evaluadas fueron sexo, estado civil, nivel educativo, edad, situación laboral y enfermedades crónicas, Inventario breve de ansiedad por la salud (SHAI), Escala de estrés percibido (PSS), Cuestionario de calidad de vida de la Organización Mundial de la Salud (WHOQOL-BREF), Inventario de Padua</p>	<p>En este estudio participaron 559 sujetos con una edad media de <math>37,34 \pm 11,19</math> años. El 21,5% de los participantes eran hombres y el 78,5% mujeres. Más de la mitad de los participantes estaban casados (71,6%) y el resto eran solteros (26,8%), divorciados (1,1%) o viudos (0,5%). a La mayoría de ellos tenía un título de licenciatura (42,9%) y el resto de bachillerato (6,5%), diplomatura (17,9%), grado asociado (7,7%) y máster y superior (25%). En relación con la situación laboral, el 40,9% de los participantes estaban empleados y el resto eran estudiantes (3,6%), estudiantes universitarios (7%), desempleados (4,5%) y el resto tenían estudios secundarios (6,5%). universitario (7%), desempleado (4,5%), ama de casa (32,4%) y autónomo</p>	<p>El presente estudio demostró que la pandemia de COVID-19 afectó negativamente a la salud mental de las personas, lo que a su vez disminuyó su calidad de vida. Teniendo en cuenta la importancia de la salud psicológica de las personas durante esta pandemia, la identificación de los trastornos psicológicos y la investigación de su posible impacto en la calidad de vida ayudarán a los responsables políticos y a los profesionales de la salud a mantener y mejorar la salud mental de las personas proporcionando soluciones y estrategias psicológicas adecuadas.</p>	Moderado

				(11,6%). Sólo el 14,5% de los participantes eran miembros del personal médico, sanitario y de tratamiento, y el 83,4% de ellos no tenían antecedentes de enfermedades crónicas.		
7	Transversal Analítico	300	Prevalencia del TOC y disparidades sociodemográficas y de salud entre las personas recuperadas del COVID - 19. Clasificación de Coronavirus 2019 basada en la gravedad de los signos y síntomas, la edad, el sexo, el estado civil, el nivel educativo, la situación laboral, la situación económica, el número de hijos, el lugar de nacimiento, el lugar de residencia, el tipo de residencia, el estado de salud, las enfermedades previas, los antecedentes de medicación, la saturación arterial de oxígeno mínima (SaO2) durante la hospitalización, número de días pasados en hospital debido a COVID -19, número de días recuperados de COVID- 19, y finalmente historia de hospitalización en unidad de cuidados intensivos (UCI). Los instrumentos de investigación utilizados en el presente estudio fueron el "Cuestionario de Información Demográfica Clínica" y el "Inventario Obsesivo Compulsivo - Revisado (OCI-R)". El "Cuestionario de Información Demográfica Clínica", que fue creado y editado por los autores	Participaron en este estudio un total de 300 sujetos, de los cuales 100 correspondían al hospital A del norte de Teherán (33,3%), 100 al hospital B del centro de Teherán (33,3%) y, por último, 100 al hospital C del sur de Teherán (33,3%). Además, la mayoría de los participantes eran mujeres (55,3%), tenían un nivel educativo superior (59,7%), trabajaban (53,3%), estaban casados (88%) y estaban hospitalizados (79,3%). Además, sólo 34 participantes (11,3%) y 24 participantes (8%) del total de 300 participantes estaban ingresados en la UCI o tenían de intubación, respectivamente. La edad de los participantes oscilaba entre los 18 y los 65 años, con una media de $41,69 \pm 9,06$ años. Además, el número medio de días de hospitalización de los participantes fue de $5,33 \pm 3,61$ . A partir de los registros, el valor medio de la saturación arterial mínima de oxígeno (SaO2) en los participantes en el momento del diagnóstico inicial de COVID - 19 fue del 78,99%, con una desviación estándar de 9,99. Prevalencia y severidad del TOC En este estudio, la prevalencia y severidad del TOC en individuos recuperados de COVID - 19 fueron evaluadas utilizando el OCI-R. Según este instrumento, la puntuación total del OCI-R osciló entre 0	Dado que el OCI-R es un instrumento de autoevaluación, debe tenerse en cuenta que casi el 70% de los individuos recuperados presentaban síntomas similares a los del TOC de gravedad leve y no estaban necesariamente afectados por el TOC. recuperados presentaban síntomas similares a los del TOC de gravedad leve a moderada y no fueron diagnosticados de trastorno obsesivo-compulsivo. Además, la prevalencia del TOC era mayor en los sujetos que eran mayores, mujeres, casados, desempleados, residentes en la capital, con una SaO2 más baja, de 6 a 12 meses después del inicio, no hospitalizados, hospitalizados en regiones de nivel socioeconómico bajo y alto, con más días de hospitalización, en la unidad de cuidados intensivos y con antecedentes de trastorno obsesivo-compulsivo. unidad de cuidados intensivos y con antecedentes de intubación, aunque la importancia de los aspectos anteriores varió. Por último, se observó una correlación significativa y poder predictivo entre TOC y estrés, ansiedad, depresión, trastorno del sueño y TEPT.	Moderado



				<p>y 72, y la puntuación total media del OCI-R fue de 30,58 (SD = 15,22). En consecuencia, una puntuación total igual o superior a 21 se consideró presencia de TOC. Según los datos obtenidos, 213 (71%) sujetos tenían una puntuación total de 21 o más, lo que indicaba la presencia de TOC. Predictores de TOC en individuos recuperados de COVID-19</p> <p><b>Los resultados muestran que el estrés, la depresión, la ansiedad, el TEPT, los trastornos del sueño y el sexo femenino son los predictores del TOC en los sujetos (p &lt; 0,05).</b></p>		
8	Transversal analítico	119	<p>Edad en años, Sexo (hombre/mujer), Inteligencia verbal (WST), Psicopatología, Inventario de Depresión de Beck-II; Inventario Obsesivo-Compulsivo Revisado, Trastorno comórbido (total), Trastorno depresivo mayor, Distimia, TOC, Trastorno de pánico, Agorafobia, Trastorno de ansiedad social, Trastorno de estrés postraumático, Trastorno de ansiedad generalizada, Abuso de alcohol, Medicación psicotrópica.</p>	<p>Puntuaciones demográficas y psicopatológicas: Como era de esperar, las puntuaciones psicopatológicas fueron más altas en los pacientes que en los controles sanos. Ambos grupos de pacientes presentaron síntomas depresivos significativamente más elevados, como indican las puntuaciones totales del BDI-II, en comparación con el grupo de control sano (MDD: <math>t(117) = 14,00, p &lt; 0,001, d = 2,60</math>; TOC: <math>t(115) = 10,21, p &lt; 0,001, d = 1,91</math>) y los pacientes con MDD obtuvieron puntuaciones más altas que los pacientes con TOC, <math>t(106) = 4,17, p &lt; 0,001, d = 0,81</math>. Los grupos no difirieron en cuanto a la comorbilidad de la depresión. Los grupos no diferían en cuanto a trastornos comórbidos o medicación psicotrópica. Según el M.I.N.I siete pacientes con T.M.D. cumplían también criterios de T.O.C. comórbido, 22</p>	<p>Hasta donde sabemos, éste es el primer estudio que complementa las medidas de autoinforme con una medida indirecta del perfeccionismo en pacientes con diferentes psicopatologías y evalúa directamente si los dos trastornos, es decir, el MDD y el OCD, muestran puntuaciones de perfeccionismo similares. Replicando hallazgos anteriores, tanto el factor de afán perfeccionista como el factor de preocupación perfeccionista se elevaron más en pacientes con TTM y TOC en comparación con un grupo de control sano cuando se evaluaron utilizando medidas de autoinforme. Además, los dos grupos no presentaban diferencias en cuanto a los afanes perfeccionistas. Los pacientes con TOC sólo informaron de puntuaciones más altas en las preocupaciones perfeccionistas, cuando las puntuaciones de las preocupaciones</p>	Moderado

				pacientes con T.O.C. cumplían criterios de T.M.D. y/o distimia (de esos 22 pacientes, cinco cumplían criterios tanto de T.M.D. como de distimia	perfeccionistas incluían la "preocupación por los errores", así como la subescala "dudas sobre las acciones" del FMPS. Sin embargo, la subescala "dudas sobre las acciones" muestra un fuerte solapamiento con una medida de los síntomas del TOC. Cuando sólo se tuvo en cuenta la subescala "dudas sobre los errores", los pacientes con TDM y TOC no diferían en cuanto a las preocupaciones perfeccionistas.	
9	Cohorte Prospectiva	93	Hombre, mujer, Edad (años), Rango, Edad de inicio del TOC (años) Duración de la enfermedad (años), Duración de la educación (años), Global Assessment of Functioning Scale (Axis V), Comparaciones de la prevalencia de los síntomas del TOC y los resultados de las pruebas psicométricas en las evaluaciones iniciales. Y-BOCS , Y-BOCS Obsesión, Y-BOCS Compulsión, Obsesión : Agresivo, Contaminación , Necesidad de exactitud de simetría, Sexual/religioso, Acaparamiento/ahorro , Somático Varios, Compulsión: Limpieza/lavado, Comprobación, Repetición de rituales, Contar, Ordenar/organizar, Acaparamiento, Miscelánea, STAI (ansiedad estado), STAI (ansiedad rasgo), SDS AQ total, Habilidad social, Cambio de atención, Atención a los detalles, Comunicación,	De los 93 pacientes adultos con TOC, 15 (16,1%) fueron evaluados como pacientes con TDAH comórbido durante su vida en las evaluaciones iniciales (grupo TDAH+). Las Figs. 1 y 2 muestran los resultados del CAARS autoadministrado y administrado por el observador, que sugirieron que cada participante del grupo TDAH+ estaba por encima del nivel umbral del CAARS. del grupo TDAH+ estaba por encima del nivel umbral de la puntuación de la subescala del índice de TDAH en el J-CAARS-S. Por el contrario, 25 de 78 individuos sin diagnóstico de TDAH también superaron un valor umbral en el índice de TDAH Estos 25 (26,3%) individuos se definieron como el grupo de TDAH y los 53 pacientes restantes (56,9%) se asignaron al grupo de comorbilidad sin TDAH (grupo TDAH). Por lo tanto, como se ha descrito anteriormente, posteriormente comparamos 15 participantes en el grupo TDAH+ y 53 en el grupo TDAH. Los participantes del grupo TDAH+ mostraron	Los resultados del presente estudio indican que la comorbilidad del TDAH a lo largo de la vida tiene una serie de repercusiones negativas sobre las características clínicas y los resultados del tratamiento a los 6 meses de los pacientes con TOC. Por lo tanto, en la práctica clínica, se debe prestar notable atención a la presencia de la psicopatología subyacente del TDAH, incluido el examen de las características clínicas específicas y relevantes de estos pacientes. y relevantes de estos pacientes. Además, se necesitan más estudios para desarrollar intervenciones más personalizadas y eficaces para los individuos con TOC y TDAH comórbido..	Moderado

			<p>Imaginación, Falta de planificación/pensamiento cuidadoso</p> <p>Impulsividad motora, Falta de atención/concentración, TDAH, Hiperactividad/impulsividad</p>	<p>puntuaciones significativamente mayores en todas las subescalas tanto del J-CAARS-S como del J-CAARS-O, Los participantes del grupo TDAH+ también mostraron puntuaciones significativamente mayores en las subescalas STAI (ansiedad rasgo) (<math>p &lt; 0,01</math>) y SDS (<math>p &lt; 0,01</math>) y de cambio de atención (<math>p &lt; 0,01</math>) y comunicación (<math>p &lt; 0,05</math>) del AQ, impulsividad total (<math>p &lt; 0,01</math>) y motora (<math>p &lt; 0,01</math>), falta de planificación/pensamiento cuidadoso (<math>p &lt; 0,01</math>) y falta de atención (<math>p &lt; 0,01</math>).</p> <p>.01), y falta de atención/concentración (<math>p &lt; .05</math>) y puntuaciones de subescala del BIS, y también puntuaciones significativamente más bajas en la escala de Calidad de Vida de la Organización Mundial de la Salud (<math>p &lt; .05</math>) en comparación con los del grupo TDAH. El grupo TDAH+ mostró una prevalencia mayor prevalencia de trastorno depresivo mayor (<math>\chi^2 = 12,87</math> <math>p &lt; 0,01</math>) junto con cualquier TRS o BA (<math>\chi^2 = 14,78</math> <math>p &lt; 0,01</math>) en comparación con el grupo TDAH. En cuanto a los perfiles de tratamiento en cada grupo, el número de participantes que recibieron consecutivamente tratamiento estándar para el TOC durante un período de 6 meses fue de 57 (14 en el grupo TDAH + y 43 en el grupo TDAH-) sin ninguna diferencia significativa en las tasas de abandono entre los grupos (grupo TDAH+: 1/15 [6,7%], grupo TDAH 10/53 [18,9%]).</p>	
--	--	--	---	---	--

				Aunque las tasas de participantes que recibieron algún ISRS aumento de antipsicóticos o TCC mostraron una prevalencia similar en ambos grupos, el grupo TDAH+ tuvo una tasa significativamente mayor de participantes que tenían antecedentes de haber recibido tratamiento hospitalario en comparación con el grupo TDAH ( $\chi^2 = 7,77$ $p < 0,05$ ).		
10	Transversal analítico	740	Edad, Sexo (% mujeres), Tamaño de la muestra, Comorbilidad, Duración del tratamiento (días), Tiempo total dedicado a los terapeutas (minutos) Intensidad del tratamiento, Consulta de medicación, Consulta de medicación Síntomas depresivos (IDS)	<p>Demografía : En general, los pacientes refirieron menos síntomas de ansiedad o menos graves (BAI: <math>\Delta M = -6,86</math>; <math>t(688) = 15,4</math>; <math>p &lt; 0,001</math>) y menos discapacidad relacionada con la ansiedad (OQ: <math>\Delta M = 15,5</math>; <math>t(739) = -18,4</math>; <math>p &lt; 0,001</math>) después del tratamiento que antes del tratamiento, y <b>los pacientes con trastornos comórbidos refirieron síntomas significativamente más graves o más graves que los pacientes con ansiedad, TOC o TEPT sólo antes</b> (BAI: <math>\Delta M = 4,61</math>; <math>t(684,2) = 4,90</math>; <math>p &lt; 0,001</math>).</p> <p>síntomas significativamente mayores/más graves que los pacientes con ansiedad, TOC o TEPT sólo antes (BAI: <math>\Delta M = 4,61</math>, <math>t(684,2) = 4,90</math>, <math>p &lt; 0,001</math>; OQ: <math>\Delta M = 17,10</math>, <math>t(736,96) = 10,61</math>, <math>p &lt; 0,001</math>) y después del tratamiento (BAI: <math>\Delta M = 4,45</math>, <math>t(678,8) = 4,12</math>, <math>p &lt; 0,001</math>; OQ: <math>\Delta M = 15,86</math>, <math>t(718,133) = 4,03</math>, <math>p &lt; 0,001</math>). Véanse en la tabla 2 las medias y desviaciones típicas antes y después del tratamiento para todos los cuestionarios</p> <p>. Diagnóstico comórbido de depresión El primer paso, incluidas las variables de control y el grupo de tratamiento (trastornos de ansiedad, TEPT, TOC), explicó entre el 2,3 y el 2,9%</p>	En resumen, en nuestro estudio casi la mitad de los pacientes tratados por trastornos de ansiedad, TOC o TEPT en centros de atención secundaria tenían un diagnóstico comórbido de depresión y casi todos referían síntomas de depresión leve o (más) grave antes del tratamiento. Aún así, observamos que todos ellos se beneficiaron del tratamiento centrado en el trastorno y de forma similar a los pacientes sin depresión comórbida. Por lo tanto, nuestros hallazgos respaldan el tratamiento actual, las directrices que recomiendan el tratamiento específico del trastorno basado en la evidencia para los pacientes con síntomas depresivos comórbidos. Además, nuestros resultados subrayan que los enfoques terapéuticos actuales son eficaces para reducir los síntomas de ansiedad, TOC y TEPT, así como los síntomas depresivos comórbidos. Es importante destacar que, tanto antes como después del tratamiento, los pacientes con trastornos depresivos comórbidos presentaban síntomas específicos del trastorno más graves, lo que pone de relieve que la evolución de sus síntomas	Moderado

				<p>de la varianza (todas <math>p &lt; 0,003</math>). La intensidad del tratamiento fue un predictor negativo de la reducción de los síntomas del BAI y el OQ (<math>\beta = -.16, p &lt; 0,001</math> y <math>\beta = -.12, p = 0,002</math>).</p> <p><math>-.12, p = 0,003</math>, respectivamente), lo que indica que los pacientes que recibieron tratamientos más intensivos también informaron de una mayor reducción de los síntomas. No se encontraron diferencias significativas (<math>p &lt; 0,05</math>) entre los tres grupos de tratamiento, ni tampoco se relacionaron significativamente la edad, el sexo y el número de consultas de medicación con la mejoría de los síntomas.</p>	<p>sigue siendo peor que la de los pacientes con trastornos depresivos comórbidos.</p> <p>sigue siendo peor que la de los pacientes con ansiedad, TOC o TEPT únicamente. Cuantificamos los efectos de la depresión comórbida en el tratamiento de la ansiedad, el TOC y el TEPT en un número tan elevado de pacientes utilizando tanto la hipótesis nula como la de significación (es decir, la hipótesis convencional).</p> <p>hipótesis nula (es decir, regresión convencional) y pruebas de equivalencia, proporcionando así información detallada sobre el impacto de la depresión en la respuesta al tratamiento.</p> <p>depresión en la respuesta al tratamiento. Los estudios futuros tendrán que determinar si la reducción de la depresión comórbida durante el tratamiento centrado en el trastorno podría ser un mejor predictor de la eficacia del tratamiento que un diagnóstico previo al tratamiento y descubrir si el tratamiento reduce directa o indirectamente los síntomas depresivos.</p>	
11	Transversal Descriptivo	93	<p>Sexo, edad, Quick inventory of depressive symptomatology-self report (QIDS-SR, Rush et al., 2003) Escala dimensional obsesivo-compulsiva (DOCS; Abramowitz et al., 2010), Escala dimensional obsesivo-compulsiva (DOCS; Abramowitz et al., 2010). Anxiety sensitivity index (ASI; Reiss et al., 1986), Intolerance of uncertainty scale, short form (IUS-12; Carleton et al., 2007), Penn state</p>	<p>Los participantes incluyeron 93 pacientes (49,5% mujeres; <math>n = 46</math>) con un diagnóstico primario de TOC que buscaban tratamiento en programas residenciales, de hospitalización parcial y ambulatorios intensivos dentro de una red multisitio de programas de tratamiento específicos para el TOC. La edad media de los participantes fue de 31,2 años (<math>DE = 13,681</math>; rango = 18-68) y el 94,6% (<math>n = 88</math>) de los pacientes se identificaron como blancos, el 1,1% (<math>n = 1</math>) como asiáticos y el 1,1% (<math>n = 1</math>) como nativos de</p>	<p>Estos hallazgos tienen implicaciones para la teoría, evaluación y tratamiento de pacientes deprimidos con TOC. En primer lugar, sugieren que los modelos conceptuales de la depresión en el contexto del TOC deben incluir factores distintos de la mera presentación de los síntomas del TOC. Específicamente, las tendencias a preocuparse y a malinterpretar catastróficamente las sensaciones corporales relacionadas con la excitación predicen la depresión entre los</p>	Moderado

			<p>worry questionnaire (Meyer et al., 1990).</p>	<p>Hawai o de las islas del Pacífico. La gravedad de los síntomas del TOC medida por el DOCS en la muestra actual (M = 30,49, DE = 15,27) fue comparable a la de otras muestras clínicas (M = 30,06, DE = 15,49; en la Tabla 1 se presentan las correlaciones de orden cero entre las variables del estudio. A nivel bivariante, las puntuaciones del QIDS-SR se relacionaron significativa y positivamente (<math>p &lt; 0,001</math>) con todas las variables del estudio, excepto con la subescala de contaminación del DOCS. La magnitud de la relación entre el QIDS-SR y los predictores transdiagnósticos (es decir, ASI, IUS-12, y las puntuaciones PSWQ) fueron grandes. Por último, las correlaciones entre el QIDS-SR y las subescalas del DOCS oscilaron entre moderadas y grandes (<math>r</math>s entre 0,37 y 0,51).</p>	<p>individuos con TOC. En segundo lugar, nuestros hallazgos sugieren que, junto con la exposición y la prevención de la respuesta, los pacientes con TOC con síntomas depresivos importantes pueden beneficiarse de intervenciones dirigidas a la AS y la preocupación. Por ejemplo, Capron et al. (2012) demostraron una relación entre la AS y la ideación suicida, lo que les llevó a sugerir intervenciones de mejora de la AS para individuos con suicidalidad significativa. Dada la relevancia del SA tanto para el TOC como para la depresión, y la relación única que encontramos entre el SA y la depresión en nuestra muestra, los clínicos deberían tener en cuenta la relación entre el SA y la depresión. Dada la relevancia de la AS tanto para el TOC como para la depresión, y la relación única que encontramos entre AS y depresión en nuestra muestra, los clínicos deberían evaluar la AS y la preocupación junto con la depresión en pacientes con TOC. Cuando la AS es elevada, los pacientes pueden beneficiarse de la psicoeducación sobre la respuesta de ansiedad y las sensaciones fisiológicas asociadas, así como de las intervenciones dirigidas a enseñar a los pacientes que la excitación fisiológica es segura y tolerable (p. ej., el trastorno de estrés postraumático). tolerable (por ejemplo, la exposición interoceptiva). Con respecto a la preocupación, las exposiciones imaginarias dirigidas a las obsesiones</p>	
--	--	--	--	---	---	--

					también pueden generar tolerancia a la preocupación rumiativa característica de la depresión.	
12	Transversal analítico	169	<p>Depresión, Trastorno obsesivo compulsivo de la personalidad  Trastorno de ansiedad generalizada, Trastorno de pánico, Anorexia nerviosa  TDAH, Fobia social.  Trastorno de la personalidad emocionalmente inestable, Síndrome de Tourette. Trastorno bipolar, Número total de participantes con comorbilidad, The Florida Obsessive-Compulsive Inventory (FOCI), The Patient Health Questionnaire (PHQ-9), The Yale Brown Obsessive-Compulsive Scale (Y-BOCS)</p>	<p>169 adultos (88 mujeres, 81 varones) con TOC, con edades comprendidas entre 19 y 54 años (M =37,52, DE =11,81). La duración media del TOC fue de 18,1 años. La mayoría de los participantes tenían al menos otro diagnóstico concurrente del Eje I, de los cuales el más común era la depresión (Ver Tabla 1). Para facilitar la lectura, el término "depresión" en este estudio se refiere a los síntomas depresivos. Utilizando los puntos de corte recomendados por Kroenke et al. (2001), las puntuaciones del PHQ-9 al inicio del estudio indican que de los 169 participantes, el 14,8% tenía depresión leve (rango 5-9), el 26,6% tenía depresión moderada (rango 10-14), el 30,2% tenía depresión moderada-grave (rango 15-19) y el 23,1% tenía depresión grave (<math>\geq 20</math>) al inicio del estudio. La mayoría de los participantes (86%, n = 130) mostraron una buena respuesta al tratamiento para el TOC, cuantificada como al menos una reducción del 35% en el Y-BOCS (Mataix-Cols et al., 2016). Además, las pruebas t pareadas indicaron que la disminución de la gravedad de los síntomas del TOC durante el tratamiento fue significativa en ambas medidas de gravedad del TOC, la FOCI y la Y-BOCS. Estos resultados son indicativos de una buena respuesta al tratamiento. De acuerdo con los resultados anteriores, las pruebas t pareadas también indicaron que la</p>	<p>En resumen, mediante el uso de un RI-CLPM para examinar la relación entre el TOC y la depresión, este estudio ha hecho una contribución novedosa a la literatura.  contribución novedosa a la literatura. A diferencia de hallazgos anteriores, que sugerían que la influencia de la depresión en el TOC es modesta, nuestros hallazgos sugieren que el TOC y la depresión se influyen mutuamente por igual. La divergencia con la literatura anterior puede atribuirse a los diferentes enfoques analíticos empleados. Del mismo modo, el contexto del presente estudio difiere de las investigaciones anteriores, tanto en términos de la naturaleza residencial de la unidad como de la gravedad de los síntomas del TOC y la depresión. Esta diferencia en el entorno y en la gravedad de los síntomas puede haber dado lugar a resultados diferentes. Por lo tanto, si bien el presente estudio sugiere que las mejoras en el estado de ánimo pueden ayudar a mejorar los síntomas del TOC y que puede ser importante tratar los síntomas de la depresión durante el tratamiento del TOC de forma simultánea, es necesario examinar más a fondo esta interacción en pacientes ambulatorios.  de esta interacción en muestras de pacientes ambulatorios con sintomatología depresiva menos elevada.</p>	Moderado

				gravedad de la depresión, medida por el PHQ-9, disminuyó significativamente durante el tratamiento.		
13	Revisión Sistemática	200 Artículos	Edad (en años), Estado civil, Nivel de estudios, País de nacimiento: Situación laboral actual, Primer embarazo, Embarazo planeado, Aborto o pérdida previos. La Mini Entrevista Neuropsiquiátrica Internacional (MINi), trastorno depresivo mayor (TDM)	<p>El estudio se llevó a cabo durante un periodo de tres años (2015-2017) en la clínica de ecografía perinatal y prenatal del Hospital Nepean, Penrith, Australia. Durante este período, 876 mujeres embarazadas en su primer trimestre que asistieron a la clínica fueron informadas del estudio a través de folletos y de boca en boca. De estas 876 mujeres, 200 aceptaron participar y cumplieron los criterios de inclusión y exclusión.</p> <p>de edad y tenían un embarazo de bajo riesgo en el momento del reclutamiento (es decir, en ausencia de afecciones médicas graves y complicaciones obstétricas externas/fetales). Las mujeres con antecedentes actuales o de por vida de esquizofrenia, otros trastornos psicóticos, trastorno afectivo bipolar o una anomalía confirmada del feto</p> <p>del feto. La edad media de las participantes era de 30,5 años, y el 77,7% indicó Australia como país de nacimiento. La mayoría de las mujeres (81,1%) estaban casadas o mantenían una relación de hecho. Más de un tercio de la muestra (37,8%) tenía estudios universitarios y cerca de dos tercios (67,6%) trabajaba a tiempo completo o parcial. La proporción de mujeres que estaban embarazadas por primera vez era del 37,2%, mientras que el 68,2% de las participantes declararon un embarazo planificado y el 29,1% experimentaron un</p>	<p>Aunque la muestra del estudio no es necesariamente ni totalmente representativa de las mujeres embarazadas australianas, el presente estudio contribuye a la literatura de varias maneras. En primer lugar, apoya la idea de que la EP y el TOC son frecuentes durante el embarazo. Además, el MDD y el GAD también pueden ser comunes durante el embarazo. En segundo lugar, la prevalencia del TOC puede aumentar de forma constante desde el primer al tercer trimestre del embarazo. En tercer lugar, además de la frecuente aparición del TOC durante el embarazo, la aparición de la EP, el TDM y el TAG también puede ser relativamente común durante este período.</p> <p>relativamente frecuente durante este periodo. Por último, la remisión de algunos trastornos que se produce en el tercer trimestre del embarazo puede ser espontánea o debida al tratamiento, dependiendo del trastorno concreto y del tipo de tratamiento. Estos hallazgos tienen importantes implicaciones no sólo para la comprensión de la ansiedad y los trastornos relacionados durante el embarazo, sino también para su prevención y tratamiento. para su prevención y tratamiento. Sugerimos que en futuros estudios se considere la realización de evaluaciones diagnósticas y la determinación de la</p>	Alto



				<p>aborto espontáneo o una pérdida previa. El trastorno de ansiedad más prevalente fue el TP (prevalencia del 16,2% en cualquier momento del embarazo), seguido del TAG (12,8%) y el TOC (11,4%). La prevalencia del TDM también fue elevada (18,9%). Excepto en el caso del TAS, todos los trastornos coexistían frecuentemente con otros trastornos en cada trimestre.</p>	<p>gravedad de todos los trastornos de ansiedad y afines en cada trimestre del embarazo, con el fin de obtener una visión más profunda de la prevalencia, la aparición y el curso de estos trastornos a lo largo del embarazo.</p>	
14	<p>Estudio de análisis fenomenológico interpretativo</p>	5	<p>Edad media (intervalo) años, Origen étnico, Estado civil, Nivel educativo más alto, Número de hijos previos antes del embarazo más reciente, Edad de inicio del TOC, Medicación/terapia Puntuaciones de la escala obsesivo-compulsiva dimensional* Intervalo de tiempo en que tuvieron lugar las entrevistas después de nacimiento del hijo más reciente</p>	<p>Exacerbación La exacerbación de los síntomas del TOC en mujeres con eOCD durante el embarazo/postparto se ha identificado en varios estudios (Forray et al., 2010; Labad et al., 2005; Uguz et al., 2011). Sin embargo, en estos estudios la exacerbación solo se definió vagamente como un aumento del "empeoramiento" o la "gravedad". En el estudio que aquí se presenta, se demostró que la exacerbación implica una combinación de aumento de la "gravedad" y cambios en el "contenido"/"forma", no descritos anteriormente. Estos hallazgos tienen implicaciones para el tratamiento y los resultados. Por ejemplo, el desarrollo de la "forma" del daño podría causar problemas de vinculación y desarrollo posterior si la madre evita a su bebé (Rook, 2015), reduciendo en consecuencia la calidad de vida de la madre (Gezginç et al., 2008) y la de su bebé. Responsabilidad Los sentimientos de hiperresponsabilidad surgieron en la mayoría de las entrevistas y condujeron a comportamientos que reforzaron las obsesiones. También llevó a algunas</p>	<p>Conclusiones: La exacerbación implicó un aumento de la gravedad de los síntomas, así como cambios angustiosos en los síntomas. Se necesitan estrategias para identificar y apoyar a las mujeres con eOCD antes, durante y después del embarazo para que las mujeres que experimentan una exacerbación de los síntomas del TOC puedan acceder a la asistencia sanitaria. La experiencia de las mujeres con eOCD durante el embarazo y el posparto está poco estudiada y este estudio proporciona una comprensión preliminar de este fenómeno para el que se requiere más investigación. El significado de "exacerbación" ha sido esclarecido por las mujeres entrevistadas, y además de un aumento de la gravedad, también implicó un cambio en el "contenido" y la "forma", lo que aumentó su angustia. Para fomentar la confianza, es necesario centrarse en todo el Reino Unido en reducir el estigma y la vergüenza, y aumentar los conocimientos sobre el TOC entre la población general y los profesionales sanitarios. Esto puede reducir las barreras y animar</p>	Moderado

				<p>mujeres a anteponer la salud de su bebé a la suya propia, por miedo a que la medicación pudiera perjudicarlo. En poblaciones con ppOCD se ha descrito el fracaso en el inicio de la medicación por el mismo motivo (Arnold, 1999). Varias participantes eran conscientes de que el estrés durante el periodo perinatal puede tener efectos adversos en el desarrollo de su bebé, lo que exacerbaba el ciclo de estrés y preocupación; la evidencia sugiere que el estrés durante el periodo perinatal puede, por ejemplo, aumentar el riesgo de bajo peso al nacer y/o prematuridad (Rice et al., 2010). Algunas de las participantes en el presente estudio intentaron proteger a su hijo de los efectos de su TOC accediendo a terapia o no permitiendo que su hijo vea su comportamiento obsesivo, por ejemplo, lavarse las manos en exceso; un fenómeno no descrito antes en este contexto. Control Algunas de las participantes describieron sentirse fuera de control durante el periodo perinatal, y varias mencionaron la importancia de sentirse en control durante el nacimiento de su bebé. Se sabe que el "control" durante el parto es un factor importante que influye en el bienestar emocional de las madres en general (Green &amp; Baston, 2003). Gina relacionó su falta de control durante el parto traumático con su experiencia de TOC tras el nacimiento. Maina, Albert, Bogetto, Vaschetto y Ravizza (1999) sugirieron que puede haber un mayor riesgo de desarrollar ppOCD después de complicaciones</p>	<p>a los individuos a buscar apoyo. Sería vital centrarse en la comprensión por parte de los médicos de cabecera y los trabajadores sociales de lo que constituye un TOC frente a alguien que realmente presenta un alto riesgo para su bebé, con el fin de reducir las barreras para el tratamiento. Discutir los pensamientos intrusivos normales y típicos con los futuros/recién nacidos padres de forma sensible para tranquilizar a las poblaciones no clínicas y con TOC de que estos pensamientos son normales puede reducir la angustia. Al mismo tiempo, es importante concienciar de que el apoyo de un equipo especializado en salud mental perinatal puede reducir la angustia.</p>	
--	--	--	--	--	--	--

				<p>obstétricas. Confianza</p> <p>Muchos individuos con trastornos de salud mental experimentan vergüenza y estigma, sin embargo, debido a la naturaleza perturbadora de algunas obsesiones, muchos individuos con TOC se sienten particularmente estigmatizados (Weingarden y Renshaw, 2015), lo que reduce la confianza entre los individuos afectados y los profesionales de salud mental (Verhaeghe y Bracke, 2011). Esta falta de confianza crea una barrera para el tratamiento al impedir que los individuos revelen sus</p> <p>síntomas (Marques et al., 2010). Esto fue magnificado para los participantes actuales, que temían que los servicios sociales les quitaran a su bebé. Lamentablemente, este temor ya se ha hecho realidad en el caso de algunas madres con ppOCD que fueron consideradas de "alto riesgo" para su bebé y, en consecuencia, fueron ingresadas de forma inadecuada en unidades especializadas para madres y bebés en las que se restringía el acceso a su bebé, reforzando así sus obsesiones por el daño (Challacombe y Wroe, 2013).</p>		
15	Transversal analítico	248	<p>Sexo, Mujer, Hombre, Años, media, D.S., Marital, estado civil Soltero, Casado, Separado/divorciado, Viudo Educación, Ocupación, Jubilado, Diagnóstico, DSM-5, trastorno: Mayor Depresivo Trastorno de pánico Pánico (TP), Trastorno Depresivo Persistente (TDP), Ansiedad</p>	<p>El 54% de la muestra presentó SCOs, vida. y el 30,5% presentó uno o más TEs a lo largo En la visita basal, la presencia de síntomas de SCOs se asoció con la gravedad de los síntomas depresivos (<math>p=0,028</math>), la presencia de TEs (<math>p&lt;0,01</math>), síntomas de trastorno de estrés postraumático (<math>p&lt;0,01</math>) y el número de RLEs (<math>p &lt;0,01</math>). La tasa de respuesta en el</p>	<p>Nuestros resultados sobre la persistencia alta prevalencia y de síntomas obsesivos compulsivos en pacientes con órdenes, trastornos ansioso-depresivos, y su asociación con acontecimientos vitales y/o traumáticos recientes, sugieren la realización transdiagnóstica de nuevos estudios sobre esta naturaleza psicopatológica, abordando su diagnóstico,</p>	Moderado

			<p>Generalizada (TAG), Hamilton Anxiety Rating (HARS), Escala Hamilton de Calificación de la Depresión 17 ítems (HRSD-17), Síntomas Obsesivo-Compulsivos (SCO). Trastorno obsesivo-compulsivo (TOC). Inventario Obsesivo-Compulsivo Revisado (OCI-R).</p>	<p>seguimiento fue del 38%, y la persistencia de OCSs se encontró en el 60,5% de los pacientes, independiente fue de los síntomas depresivos o ansiosos, pero asociado con el número de RLEs (<math>p &lt; 0,01</math>). muestra de pacientes ambulatorios OCSs (OCI-R <math>\geq 21</math> puntos). OCSs De ellos, el 18% se presentaba de forma aislada, y el 36% cumplía criterios TOC para un probable (OCI-R <math>\geq 28</math> puntos) 2).</p>	<p>relevancia clínica, estrategias terapéuticas y eficaces.</p>	
16	<p>Revisión Sistemática y metaanálisis</p>	63 Artículos	<p>Estudios clínicos que investiguen la prevalencia transversal (actual o puntual) del TOC en pacientes con Trastorno Bipolar, Estudios clínicos que investiguen la prevalencia a lo largo de la vida del TOC en pacientes con Trastorno Bipolar.</p>	<p>Se incluyeron 29 estudios que informaron de la prevalencia transversal (N = 6109) y 39 estudios que informaron de la prevalencia a lo largo de la vida (N = 8205); ocho estudios informaron de ambas. La prevalencia combinada de TOC comórbido en BD a lo largo de la vida y transversal se estimó en 10,9% (IC 95%: 7,8-14,4%) y 11,2% (7,6-15,3%), respectivamente, en el modelo de efectos aleatorios. Las estimaciones respectivas en la población general fueron del 2,5% y el 1,6%. El contexto del estudio (epidemiológico o clínico), los criterios y procedimientos diagnósticos, el sexo, el subtipo de TB y el estado de remisión no pudieron explicar la heterogeneidad de las estimaciones de prevalencia en las metarregresiones. La edad tuvo una correlación negativa pequeña pero significativa con la prevalencia a lo largo de la vida. La prevalencia del TOC en el TB no fue significativamente diferente que en el TDM. En detalle, los estudios transversales procedían de EE.UU. (n = 6), Europa (n = 11; Italia, n = 4;</p>	<p>La prevalencia del TOC a lo largo de la vida en el TB fue 4,4 veces mayor que en la población general. La prevalencia transversal fue tan alta como la vitalicia, lo que sugiere que el TOC en el TB es más crónico/persistente que en la población general, donde la prevalencia transversal es aproximadamente dos tercios de la vitalicia.</p>	Alto

				Turquía, n = 4), Australia (n = 3), India (n = 3) y otros lugares (n = 4; Brasil, Canadá, Israel, Corea del Sur) o de colaboraciones multinacionales (n = 2). Los estudios de toda la vida procedían de EE.UU. (n = 16), Europa (n = 12: Turquía, n = 4; Francia, n = 3; Italia, n = 3), Brasil (n = 2)		
17	Transversal Analítico	539	TDC: trastorno de conducta sexual compulsiva; TOC: trastorno obsesivo-compulsivo; TIE: trastorno explosivo intermitente, Edad (media ± DE; años), Edad de inicio del TOC (media ± DE; años) Puntuación YBOCS (media ± DE), Nivel más alto de educación : Sólo educación escolar, Educación postescolar, Síndrome de Tourette Hipocondría, Cleptomanía, Trastorno bipolar, Juego patológico, Compras compulsivas, Distimia, Abuso de alcohol Trastorno de pánico sin agorafobia, Dependencia del alcohol Comportamiento autolesivo, Trastorno de pánico con agorafobia Abuso de sustancias, Trastorno de estrés postraumático, Bulimia nerviosa Dependencia de sustancias, Fobia social, Fobia específica, Trastorno depresivo mayor, Anorexia nerviosa, Piromanía, Agorafobia sin trastorno de pánico	Participaron en este estudio pacientes ambulatorios adultos con TOC actual (N = 539; 260 hombres y 279 mujeres), con edades comprendidas entre los 18 y los 75 años (media = 34,8; DE = 11,8 años). La prevalencia a lo largo de la vida del TDC fue del 5,6% (n = 30) en pacientes con TOC actual. En los pacientes varones, la prevalencia a lo largo de la vida fue significativamente mayor en comparación con los pacientes femeninos [ $\chi^2(1) = 10,3$ , p = 0,001; Tabla 1]. En general, el 3,3% (n = 18) de la muestra informó de CSBD actual. Una vez más, este porcentaje fue significativamente mayor en los pacientes varones que en las mujeres [ $\chi^2(1) = 6,5$ ; p = 0,011; el TCCI fue el segundo trastorno del control de los impulsos más prevalente evaluado en esta cohorte de pacientes con TCCI. evaluado en esta cohorte de pacientes con TOC después del IED. Las tasas de prevalencia de otros trastornos del control de los impulsos y de la ludopatía (que aparece en la lista cruzada de Trastornos del Control de los Impulsos de la CIE-11). En comparación con los pacientes con TOC sin TCEI, los pacientes con TOC con TCEI presentaron una edad comparable, una edad de inicio del TOC, una	En conclusión, nuestros datos indican que las tasas de prevalencia del TDC en el TOC son comparables a las de la población general y a las de otras cohortes diagnósticas. Además, encontramos que el TDC en el TOC era más probable que fuera comórbido con otros trastornos impulsivos, compulsivos y del estado de ánimo, pero no con trastornos conductuales y del comportamiento. con otros trastornos impulsivos, compulsivos y del estado de ánimo, pero no con adicciones conductuales o relacionadas con sustancias. Este hallazgo apoya la conceptualización del TCSB como un trastorno compulsivo-impulsivo. De cara al futuro, se necesitan medidas estandarizadas con propiedades psicométricas sólidas para evaluar la presencia y gravedad del TCSB. La investigación futura debe seguir consolidando la conceptualización de este trastorno y recopilando datos empíricos adicionales, con el fin último de mejorar la atención clínica.	Moderado

				<p>puntuación YBOCS actual, así como un nivel educativo y un origen étnico comparables. Las tasas de prevalencia de trastornos comórbidos en pacientes con y sin TDC de por vida. Es importante destacar que el síndrome de Tourette, la hipocondriasis, la cleptomanía, el trastorno bipolar, las compras compulsivas, el IED y la distimia presentaron un odds ratio superior a 3 con un intervalo de confianza superior a 1.</p>		
18	Revisión Sistemática y metaanálisis	392 Artículos	<p>Los criterios de inclusión incluían: (1) estudios publicados hasta el 30 de julio de 2018, (2) estudios de casos y controles y transversales sobre la relación entre la toxoplasmosis y el TOC, (3) artículos originales de investigación, (4) estudios con textos completos disponibles, y (5) estudios con información sobre el tamaño exacto de la muestra total y las muestras positivas en los grupos de casos y controles. Los criterios de exclusión fueron: (1) estudios sin información exacta sobre el tamaño de la muestra en los grupos de casos y controles (2) artículos de revisión y (3) estudios no realizados en humanos.</p>	<p>De los 2.500 artículos identificados, se excluyeron 392 artículos debido a la duplicación, y también se eliminaron 2.056 artículos sobre la base de sus títulos y resúmenes. Tras leer el texto completo de los artículos, se incluyeron 12 trabajos en nuestra revisión sistemática . Finalmente, 11 de estos 12 artículos se incluyeron en este metanálisis con respecto a los criterios de inclusión/exclusión . Uno de los artículos fue excluido debido a la falta de información detallada sobre el número de pacientes con TOC . Los estudios se publicaron entre 2006 y 2018. En consecuencia, 9 de los 12 estudios tenían un diseño de casos y controles, y 3 de ellos eran estudios transversales . Uno de los artículos no se analizó debido a los datos poco claros sobre el número exacto de pacientes con TOC . El número total de participantes en los 11 estudios incluidos en el metanálisis fue de 9873, incluidos 389 pacientes con TOC y 9484 controles. Los estudios se realizaron en Turquía, República Checa, China, EE.UU., México,</p>	<p>Según los datos actualmente disponibles, la infección por <i>T. gondii</i> era más frecuente en los pacientes con TOC que en el grupo de control. Los resultados de este estudio eran indicativos de una probabilidad de asociación positiva entre la tasa de prevalencia de la toxoplasmosis y el TOC. Sin embargo, quedaban muchas preguntas por responder en futuros estudios. Por lo tanto, deberían realizarse más investigaciones para evaluar la tasa de reducción relativa a la prevalencia del TOC tras el tratamiento de la toxoplasmosis y el reconocimiento de los mecanismos fisiopatológicos implicados en la infección por <i>T. gondii</i> en el TOC. Asimismo, es muy conveniente obtener datos empíricos de otras partes del mundo.</p>	Alto

				<p>Arabia Saudí e Irán. Los anticuerpos antitoxoplasma (IgG e IgM) se determinaron mediante ensayo inmunoenzimático, ensayo de inmunofluorescencia indirecta, prueba de fijación del complemento e inmunoensayos enzimáticos [26]. Uno de los estudios no abordó el método a través del cual se diagnostica Toxoplasma. Los resultados del metanálisis mostraron que la OR de la probabilidad de toxoplasmosis en pacientes con TOC en comparación con los grupos de control fue de 1,96 (IC del 95%: 1,32-2,90) La prueba de heterogeneidad mostró una heterogeneidad moderada entre los estudios incluidos en el metanálisis (chi = 15,37, p = 0,119, I2= 34,9%).</p> <p>El sesgo de publicación se evaluó mediante la prueba de Egger y los resultados no mostraron sesgo de publicación (p = 0,540). El análisis de sensibilidad mediante la técnica de "eliminación de un estudio cada vez" demostró que el impacto de cada estudio en el metanálisis no era significativo en las estimaciones globales.</p>		
19	Transversal Analítico	168	<p>EDE-Q Global, Cuestionario de Examen de Trastornos de la Conducta Alimentaria Global score; FMPS MEC, Frost Multidimensional Perfectionism Scale maladaptive perfectionism; IUS Total, Intolerance of Uncertainty Scale total score; OCI-R Total, Obsessive-Compulsive Inventory-Revised total score.</p>	<p>Encontramos que la IU se asociaba tanto con los síntomas de DE como con los de TOC, y que el perfeccionismo desadaptativo se asociaba con los síntomas de DE. También El perfeccionismo desadaptativo y el CI predijeron prospectivamente los síntomas del TOC, pero no los del trastorno alimenticio</p>	<p>Encontramos que el perfeccionismo desadaptativo es un correlato compartido de los síntomas de TCA y TOC entre las personas con TCA. con TCA. Encontramos apoyo para el perfeccionismo desadaptativo y el CI como factores de mantenimiento para los síntomas de TOC, pero no para los síntomas de DE. Por lo tanto, puede ser beneficioso centrarse en el perfeccionismo desadaptativo y el IU para</p>	Moderado

					minimizar los síntomas del TOC entre los individuos con un diagnóstico actual de DE.	
20	Transversal analítico	21	<p>Edad (media ± DE),Sexo, Masculino, Femenino,Índice de masa corporal,,(media ± DE),Raza, Educación, Empleo, Relación , TOC-SII = Pacientes con trastorno obsesivo-compulsivo y síndrome de intestino irritable Trastorno obsesivo-compulsivo y síndrome del intestino irritable; OCD-noIBS = Pacientes con trastorno obsesivo-compulsivo sin síndrome del intestino irritable.</p>	<p>Veintiún pacientes ambulatorios con TOC y 22 controles emparejados por edad y sexo se inscribieron en el estudio del microbioma intestinal. No se observaron diferencias demográficas entre los dos grupos. En general, la gravedad de los síntomas gastrointestinales, evaluada por la GSRs, fue mayor en el grupo de TOC que en los controles. Aunque las puntuaciones de dispepsia (SF-LDQ) no variaron, las náuseas (n = 5, 23,8%) y la indigestión (n = 5, 23,8%) fueron los problemas más frecuentes en el grupo de TOC. Prevalencia del SII Casi la mitad (47,6%, n = 10) de los pacientes con TOC cumplían los criterios de Roma III para el SII (TOC-SII) en comparación con el 4,5% (n = 1) de los controles ( 2 (1) = 10,47, p = 0,001). En el grupo de SII-ODC, el SII con predominio de diarrea era el más común (n = 6, 60%), y el resto cumplía criterios de SII con predominio de estreñimiento (n = 2, 20%) o mixto (n = 2, 20%). Diferencias en el grupo TOC-SII El número de trastornos comórbidos era equivalente en ambos grupos [TOC-SII media = 3,10 ± 1,37) frente a TOC-no-SII media = 2,73 ± 1,35, t (19) = 0,62, p &gt; 0,005). El TAG fue la comorbilidad más común en los pacientes con TOC y SII (Tabla 3). Ni el autoinforme ni la gravedad de los síntomas del TOC evaluada por el observador variaron entre los dos grupos. Sin embargo, los resultados sugerían menos</p>	<p>La alta prevalencia y gravedad de los síntomas gastrointestinales puede ser una consideración clínica importante en el tratamiento de pacientes con TOC. Más específicamente, la evaluación del SII y de los síntomas gastrointestinales puede ser útil a la hora de considerar opciones de tratamiento farmacoterapéutico para los pacientes. Dada la elevada comorbilidad con el SII, un trastorno del "eje intestino-cerebro", los resultados pueden sugerir un mecanismo fisiopatológico compartido entre el trastorno psiquiátrico y el gastrointestinal. entre los trastornos psiquiátricos y gastrointestinales que debería explorarse en futuras investigaciones.</p>	Moderado



				compulsiones, y probablemente menos graves, entre los pacientes con TOC-SII [subescala media de compulsiones: $13,40 \pm 1,78$ frente a $15,45 \pm 2,29$ ; $t(19) = -2,27$ , $p = 0,035$ ]; no se observaron diferencias con las obsesiones [subescala media de obsesiones: $13,50 \pm 2,17$ frente a $11,73 \pm 3,52$ ; $t(19) = 1,20$ , $p > 0,005$ ].		
21	Casos y Controles	3345	<p>NCS-R.-Las entrevistas NCS-R incluyeron la versión 3.0 de la Entrevista Diagnóstica Internacional Compuesta de la OMS , una entrevista estructurada administrada por legos de trastornos DSM-IV. El NCS-R incluía módulos que evaluaban el TOC, la EN y otros trastornos, con una concordancia sobresaliente con la Entrevista Clínica Estructurada para el DSM-IV (SCID-IV) (AUCs: .62 - .95) . El diagnóstico de ND según el DSM-IV se clasificó como una variable tricotómica en la NCS-R (actual [últimos 30 días] vs. anterior [antes de los últimos 30 días] vs. nunca). Debido a un error en los patrones de omisión del protocolo de entrevista del NCS-R para el módulo de TOC, los datos de diagnóstico de TOC son MIDAS.-La Entrevista Clínica Estructurada para el DSM-IV (SCID). El diagnóstico de DN del DSM-IV en MIDAS se clasifica como</p>	<p>Las estadísticas descriptivas para la EN y las covariables sociodemográficas y psiquiátricas para ambas muestras se proporcionan en la Tabla 1. La muestra del NCS-R (n=2088) estaba equilibrada en cuanto al sexo y era mayoritariamente blanca no hispana, con una edad media (DE) de 43,39 (17,15). 80 (4,2%) y 149 (7,3%) participantes cumplían los criterios de ND actual y previa, respectivamente. Los diagnósticos de depresión mayor y ansiedad en los últimos 12 meses fueron bastante frecuentes en la NCS-R (26 y 45%, respectivamente). La muestra MIDAS (n=1.257) era mayoritariamente femenina (62,2%) y de raza blanca no hispana (86,8%), con una edad media(DE) de 37,18(12,27). En MIDAS, 310 (24,7%) y 167 (13,3%) participantes cumplían los criterios de EN actual y previa, respectivamente. Más del 60% de la muestra MIDAS tenía un diagnóstico de trastorno depresivo mayor o trastorno de ansiedad en los últimos 12 meses. La puntuación media del GAF en el grupo MIDAS indicaba una gravedad de los síntomas en el rango moderado, según el DSM-IV. Resultados descriptivos:</p>	<p>Dada la carga para la salud pública que suponen el tabaquismo y los OCDS, los resultados del presente estudio aportan más claridad sobre una coocurrencia relativamente poco estudiada. Las tasas de base de ND en muestras clínicas (MIDAS) y no clínicas (NCS-R) son apreciablemente más altas en participantes con OCDS, y estas tasas aumentan linealmente a medida que aumenta el recuento de OCDS. En ambas muestras, para los participantes con el nivel más alto de OCDS, las tasas de ND superan las tasas base de ND en la población general (4,2% para la población general en NCR-S). Para MIDAS en particular, la tasa de ND en el subgrupo de participantes con OCDS alto fue superior al 40%, lo que no es inusual para una muestra clínica . Esto sugiere que los individuos con OCDS y ND concurrentes pueden representar un segmento importante del público al que dirigir la intervención. Aunque no se han llevado a cabo investigaciones para identificar técnicas de tratamiento dirigidas a la singular coexistencia de ND y OCDS, puede estar justificada la investigación futura en esta área. Las</p>	Moderado

			<p>una variable tricotómica (actual [últimos 2 meses], pasado y nunca). Debido al pequeño tamaño de las celdas cuando se separaron el TOC pasado y el actual, el TOC de toda la vida (sí/no) y el actual (últimas 2 semanas; sí/no) se clasificaron como dos variables binarias. El recuento de síntomas del TOC se midió por trastorno = .95; K=1.0 para ND)</p>	<p>la Tabla 2 muestra las tasas de diagnóstico de TOC a lo largo de la vida (9,6%) y actual (7,5%) en la muestra MIDAS, mientras que la Tabla 3 ilustra la prevalencia del recuento de síntomas de TOC en ambas muestras. Las distribuciones de los síntomas de TOC fueron positivamente asimétricas en ambas muestras, con un 46,2% de los participantes del MIDAS que informaron de &gt;1 síntoma de TOC en las últimas 2 semanas y un 32,9% de los participantes del NCS-R que informaron de &gt;1 síntoma de TOC a lo largo de su vida. Se observó un patrón graduado en el que la prevalencia de las ND actuales generalmente aumentaba con cada nivel más alto de síntomas de TOC en ambas muestras; la variación en las ND pasadas según el recuento de síntomas de TOC fue menos sistemática. Entre los participantes que declararon el nivel más alto de TOC y aquellos con cero síntomas de TOC, respectivamente, en cada muestra, la dependencia actual de la nicotina fue del 41,4% frente al 18,3% en MIDAS y fue del 10,8% frente al 3,1% en NCS-R. La DN actual estaba presente en el 33,1% frente al 23,8% de los pacientes con diagnóstico de TOC a lo largo de la vida frente a los que no lo tenían, y en el 33,0% frente al 24,0% con diagnóstico de TOC actual frente a los que no lo tenían.</p>	<p>técnicas de tratamiento existentes o de nuevo desarrollo para las ENT y los TOC, o su concurrencia, podrían reducir de forma sinérgica el tabaquismo y mejorar los TOC con el fin de mejorar la salud pública.</p>	
--	--	--	---	--	---	--

**Tabla 3. Artículos potencialmente elegibles que fueron excluidos durante la fase de Cribado**

<b>Características de artículos excluidos</b>				
<b>Nº Art</b>	<b>Autor (es) / Año</b>	<b>Título de la investigación</b>	<b>Criterios que no cumple</b>	<b>Publicado en</b>
1	Victoria Edwards et al. (2023)	Do they really care? Specificity of social support issues in hoarding disorder and obsessive compulsive disorder	Aborda parcialmente la temática en cuestión	The british Psychological Society
2	Emre Bora (2022)	Social cognition and empathy in adults with obsessive compulsive disorder: A meta-analysis	Aborda aspectos relacionados con el toc en cuanto a sus manifestaciones cognitivas pero no hace mención de las comorbilidad en este trastorno	Psychiatry Research 316 (2022) 114752 ELSEVIER
3	Heidi J. Ojalehto et al.(2021)	Predicting COVID-19-related anxiety: The role of obsessive-compulsive symptom dimensions, anxiety sensitivity, and body vigilance	Aborda la temática de síntomas obsesivos compulsivos, pero no comórbidos, sino la ansiedad y el miedo durante la pandemia de COVID - 19	Journal of Anxiety Disorders 83 (2021) 102460
4	Westby et al. (2021)	Depression, anxiety, PTSD, and OCD after stillbirth: a systematic review	Aborda la temática como factores de riesgos para la incidencia pero no por la comorbilidad	BMC Pregnancy and Childbirth (2021) 21:782
5	Abramovitch et al. (2021)	The OCI-4: An ultra-brief screening scale for obsessive-compulsive disorder	Aborda el trastorno obsesivo compulsivo pero su abordaje es sobre una intervención diagnóstica y no comórbida	Journal of Anxiety Disorders 78 (2021) 102354
6	Chittaranjan et al. (2019)	Obsessive-compulsive symptoms in schizophrenia	Es una carta al editor y no aborda la temática de estudio.	Asian Journal of Psychiatry 40 (2019) 23
7	Bersani et al.(2023)	A preliminary study on similarities and dissimilarities of Neurological Soft Signs in schizophrenic and obsessive-compulsive disorders suggests a common maldevelopmental model	Aborda el tema de Trastorno obsesivo compulsivo, pero no desde un evento comórbido	Rivista di psichiatria 2023; 58: 21-26
8	ATTINA et al. (2020)	Obsessivecompulsive and related disorders	Corresponde a un resumen de una libro de consulta y no a una investigación	Handbook of Clinical Neurology, Vol. 175 (3rd series) Sex Differences in Neurology and Psychiatry R. Lanzenberger, G.S. Kranz and I. Savic, Editors <a href="https://doi.org/10.1016/B978-0-444-64123-6.00025-4">https://doi.org/10.1016/B978-0-444-64123-6.00025-4</a>

				Copyright © 2020 Elsevier B.V. All rights reserved
9	Yu et al. ( 2022)	Transcranial Magnetic Stimulation for Obsessive-Compulsive Disorder and Tic Disorder: A Quick Review	Aborda la estimulación magnética transcraneal como intervención terapéutica y no hace alusión a la comorbilidad del TOC que es la temática investigada	J. Integr. Neurosci. 2022; 21(6): 172 <a href="https://doi.org/10.31083/j.jin2106172">https://doi.org/10.31083/j.jin2106172</a>

### H. Análisis cualitativo de los datos

Se expresan en frecuencia y porcentaje las características correspondientes a cada artículo evaluado con el fin de sintetizar los hallazgos más relevantes que respondan a la pregunta clínica planteada en esta revisión.

### I. Control de sesgo los estudios

Tal y como se observa en la tabla número tres y el diagrama de PRISMA, se excluyeron aquellos estudios que no cumplieron los criterios de elegibilidad, para que fuesen potencialmente elegibles en la fase de cribado. En la fase de selección se leyó en tres ocasiones los resúmenes y títulos de los artículos/ tesis monográficas potencialmente elegibles posterior a la lectura crítica.

Se analizó la calidad metodológica o bien aspectos de contenido de los artículos incluidos cotejando las directrices dispuestas en las herramientas STROBE (2009) según el diseño de cada artículo incluido, con el objetivo de homogenizar los aspectos metodológicos de cada artículo. Se optó por incluir los artículos según el diseño, en este caso solo se incluyeron artículos con una variedad de diseños aplicando las listas de chequeo STROBE, PRISMA, GRADE, de esta forma se controló el sesgo de selección en esta investigación. Durante la fase de cribado se excluyó artículos que no cumplieron con al menos 10 puntos de los aspectos metodológicos plasmados en las listas de chequeo en los anexos del presente documento se ubican los formatos utilizados que garantizaron la calidad metodológica de los artículos científicos analizados en esta revisión sistemática.

Acto seguido se procedió a la fase de inclusión de los artículos con el fin de obtener el número total de unidades de análisis incluidas en esta revisión, tomando en consideración los aspectos antes descritos.

### **Consideraciones éticas**

Se cumplieran los principios bioéticos expuestos por Piura (2012) mencionados a continuación

#### **Principio respeto por las personas**

No se excluirá ningún artículo tomando como criterio el sexo o filiación de los investigadores (Autores de los artículos).

#### **Principio de justicia**

Todos los artículos incluidos en esta revisión pasaron por el mismo proceso de evaluación con el objetivo de que sus características sean lo más homogéneas posibles y den respuesta a la pregunta clínica establecida.

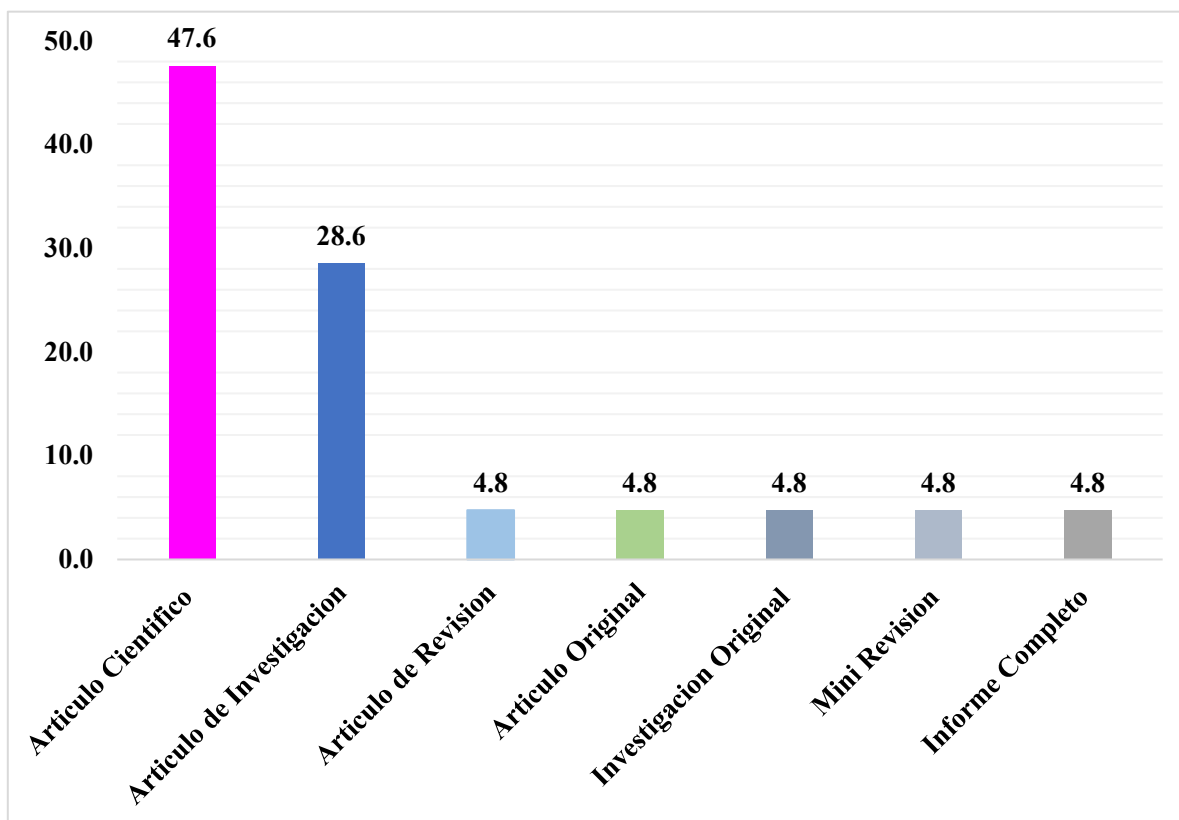
#### **Principio de no maleficencia**

Es una investigación que no evidencia riesgo para los humanos porque no se realiza sobre individuos si no sobre artículos y/o tesis publicadas.

En la presente investigación no se presenta conflicto de intereses los hallazgos presentados solo representan las afirmaciones de la investigadora y no de la Universidad Católica Redemptoris Mater (UNICA).

## VIII. Resultados y Discusión de Resultados

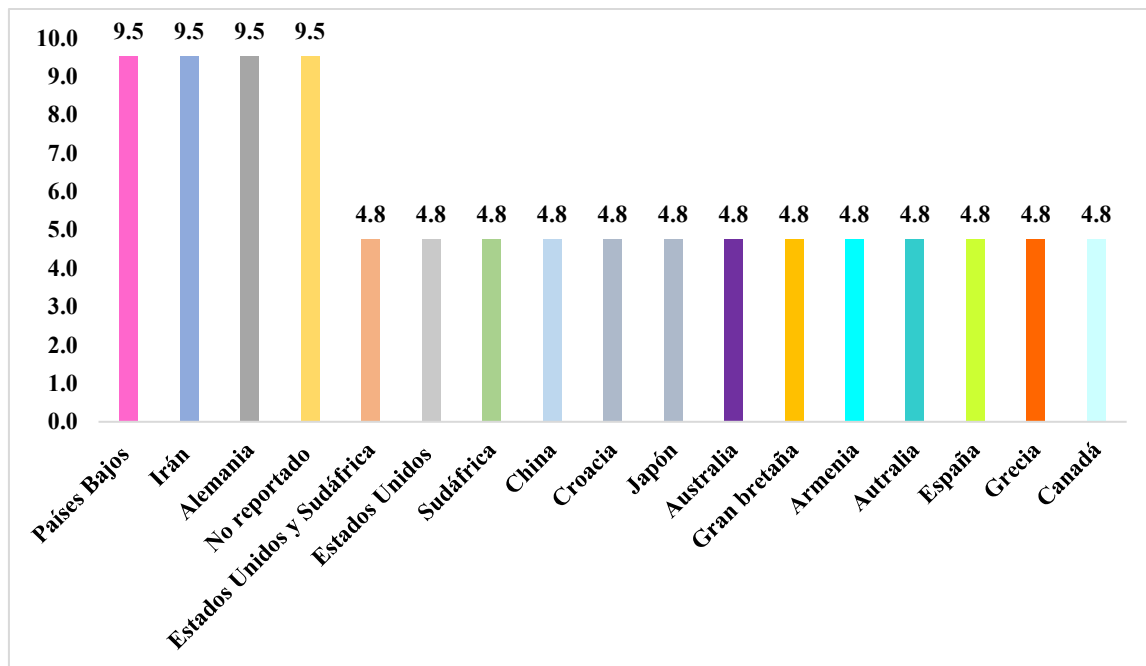
**Figura 1** Tipo de publicación declarado en la publicaciones, Trastorno obsesivo compulsivo y comorbilidades asociadas, 2019-2023



**Fuente:** Evidencia científica descrita en tabla de resumen de hallazgos uno.

Se puede mencionar que toda la revisión consultada y revisadas son artículos científicos, pero en la presentación del mismo hay varias modalidades de declararlo, esto es un consenso que el equipo de investigadores acuerdan en función con la metodología utilizada, la profundidad y alcance del mismo, en este sentido cerca del 48 por ciento de los artículos consultados se postularon con artículos científicos y es notorio mencionar la variedad de clasificación de las investigaciones que estudian el trastorno obsesivo compulsivo en un ámbito comórbido.

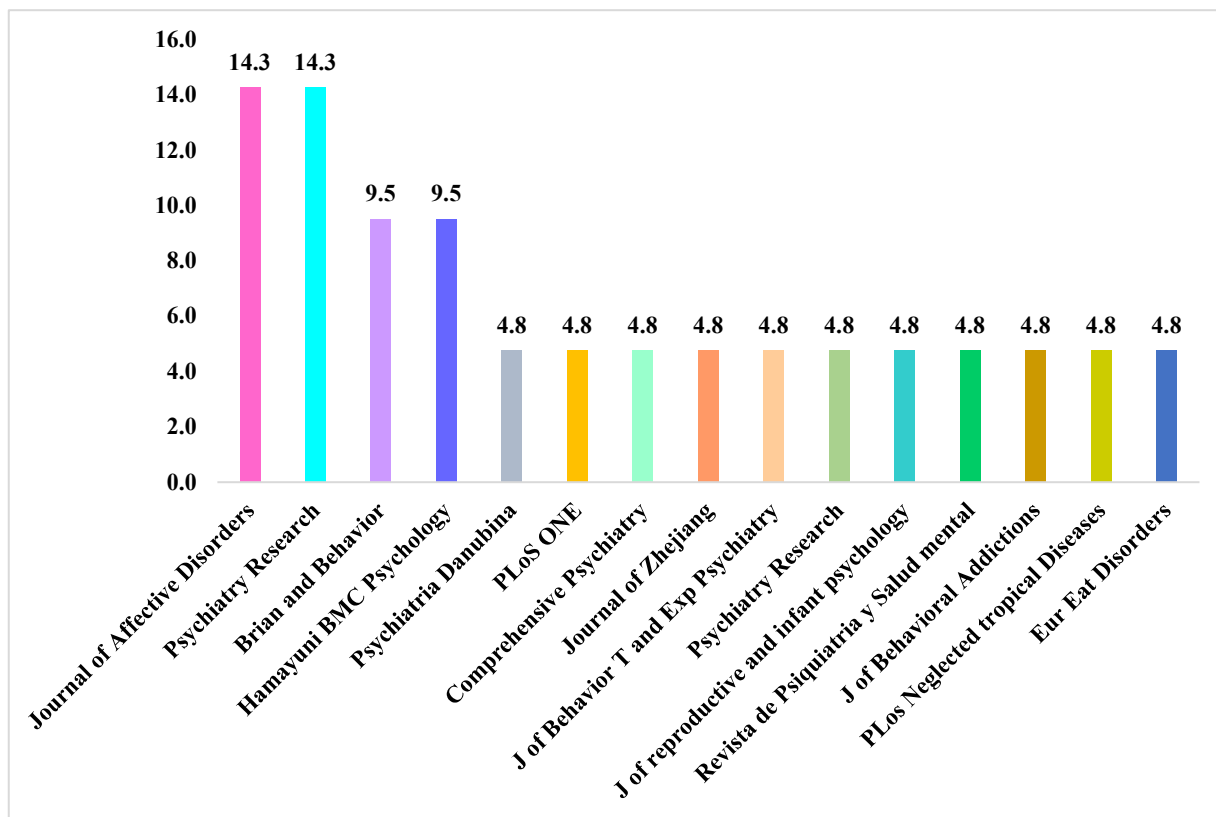
**Figura 2** País de origen donde se realizó la investigación, Trastorno obsesivo compulsivo y comorbilidades



**Fuente:** Evidencia científica descrita en tabla de resumen de hallazgos uno.

Se muestra claramente que la temática del trastorno obsesivo compulsivo es relevante para la salud mundial, se muestran 16 países de diferentes continentes, escritos en idioma Inglés en el 100% que es el idioma universal para la publicación científica, tener presente que mas del 90% de las ciencias médicas están en este idioma. Se puede ver que tres países alcanzaron el 9.5% cada uno de ellos, también es notable que el 9.5% de los 21 artículos estudiados en esta revisión no se pudo conocer el país donde se llevó a cabo las investigaciones.

**Figura 3** Revista utilizadas para la publicación científica, Trastorno obsesivo compulsivo y comorbilidades asociadas, 2019-2023

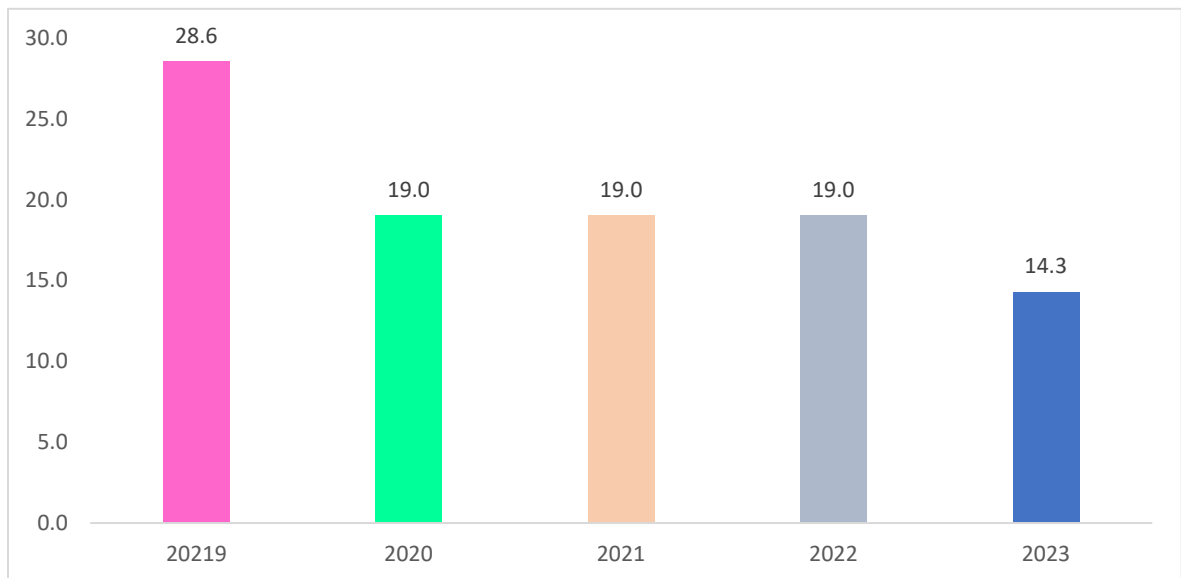


**Fuente:** Evidencia científica descrita en tabla de resumen de hallazgos uno.

Se observa una variedad de revistas que publican sobre la línea de Salud mental con temática prevalente del trastorno obsesivo compulsivo comórbido lo cual refleja la importancia de estudiar, analizar, comprender y difundir toda la ciencia producida, destacan dos revistas con el 14.3% cada una de ellas, es meritorio mencionar que todas estos espacios de divulgación científica están en idioma Inglés que es el lenguaje universal en el ámbito de las ciencias médicas.



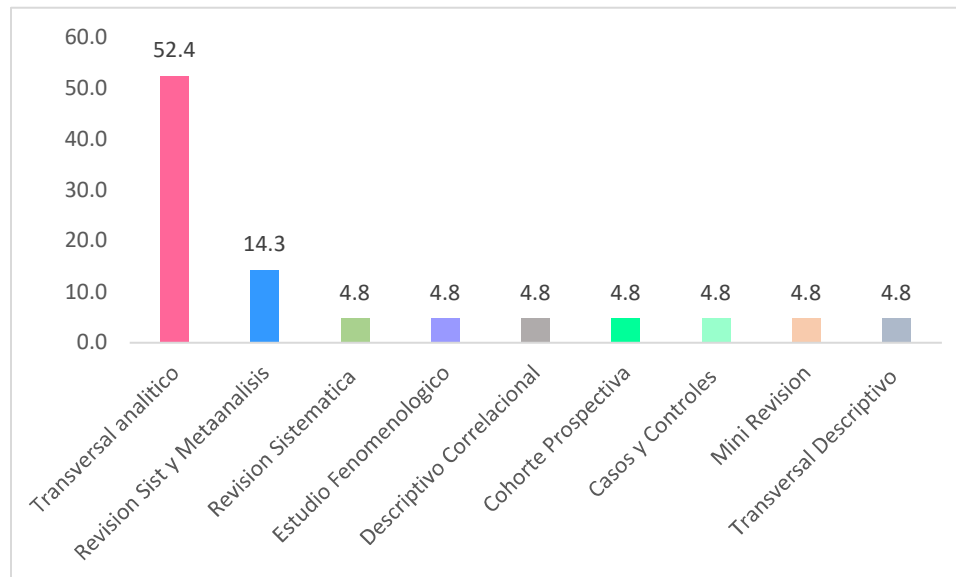
**Figura 4** Año de publicación de las investigaciones científica, Trastorno obsesivo compulsivo y comorbilidades asociadas, 2019-2023



**Fuente:** Evidencia científica descrita en tabla de resumen de hallazgos dos.

En el 2019 fue el año donde se publicaron cerca del 30% de la producción científica en esta temática y esta claro que por ser un aspecto de interés en salud publica no se deja de estudiar y de compartir los hallazgos encontrados en los diferentes procesos investigativos.

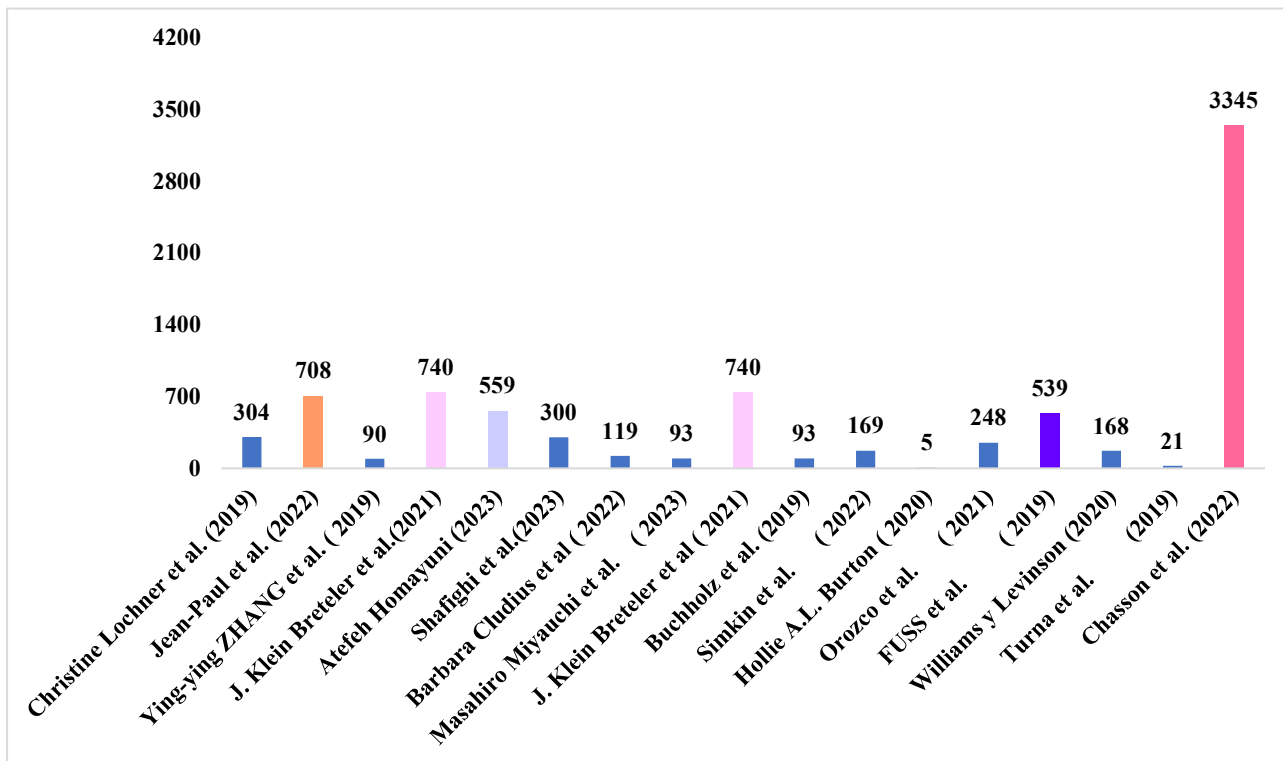
**Figura 5** Diseños de investigaciones científica, Trastorno obsesivo compulsivo y comorbilidades asociadas, 2019-2023



**Fuente:** Evidencia científica descrita en tabla de resumen de hallazgos dos.

Observamos que mas del 50% de la literatura revisada corresponde a estudios observacionales analíticos de corte transversal lo que permite conocer la prevalencia de este trastorno en las poblaciones estudiadas, este tipo de diseño permite conocer algunos factores de riesgos asociados al trastorno obsesivo compulsivo comórbido, le siguió el diseño de revisión sistemática más revisión sistemática que en la escala de GRADE tiene un alto nivel de evidencia científica muy útil para la medicina basada en evidencia, lo que permite conocer y hacer conciencia sobre este trastorno, conocer el cuadro clínico, sus obsesiones y compulsiones, los esquemas de tratamiento farmacológico y psicoterapias, factores de riesgos y sobre todo la formulación y actualización de guías de practica clínica. Se debe resaltar que en esta revisión se logra observar una gran variedad de diseños unos aportando elementos básicos y otros permitiendo las actualizaciones en el avance de esta enfermedad neuropsiquiátrica.

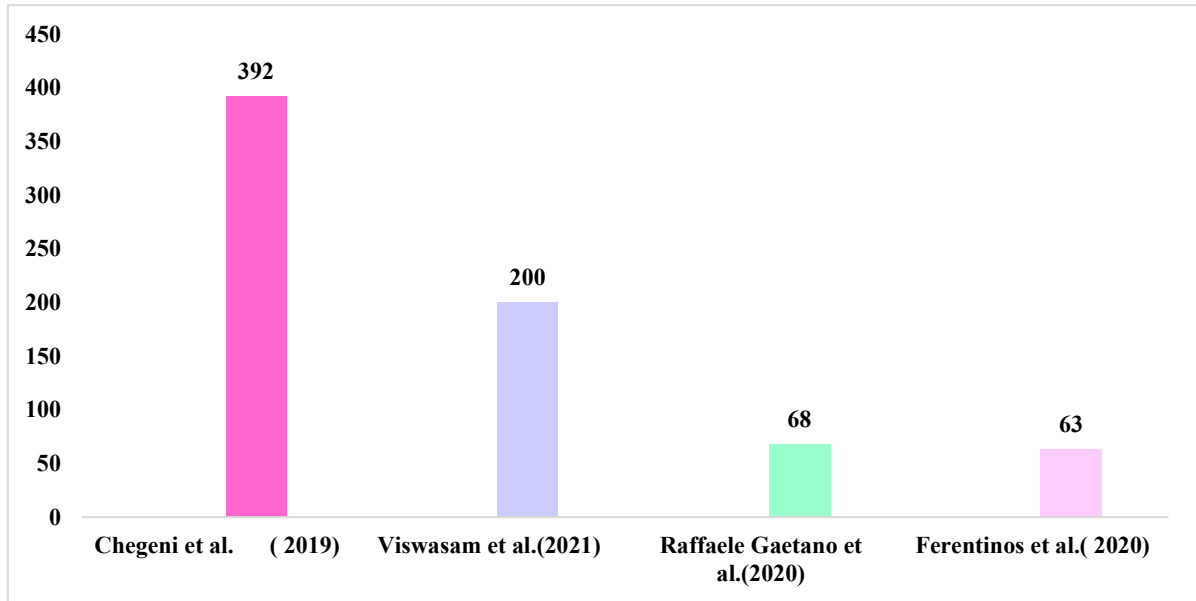
**Figura 6** Población incluida en la evidencia científica que asocia el Trastorno obsesivo compulsivo y comorbilidades, 2019-2023



**Fuente:** Evidencia científica descrita en tabla de resumen de hallazgos dos.

El total de pacientes estudiados en esta revisión sistemática fue de 8241, se observa que el estudio de Chasson et al. (2022) fue el estudio con mayor cantidad de personas estudiadas con el 40.5% (3345), seguidos de Ying-ying ZHANG et al. (2019) y Masahiro Miyauchi et al. ( 2021) con el 8.9% cada uno (740) , si esta claro que en el estudio de esta temática hay una diversidad de diseños que van desde observacional descriptivo y analíticos asi como una diversidad en cuanto al numero de personas estudiadas.

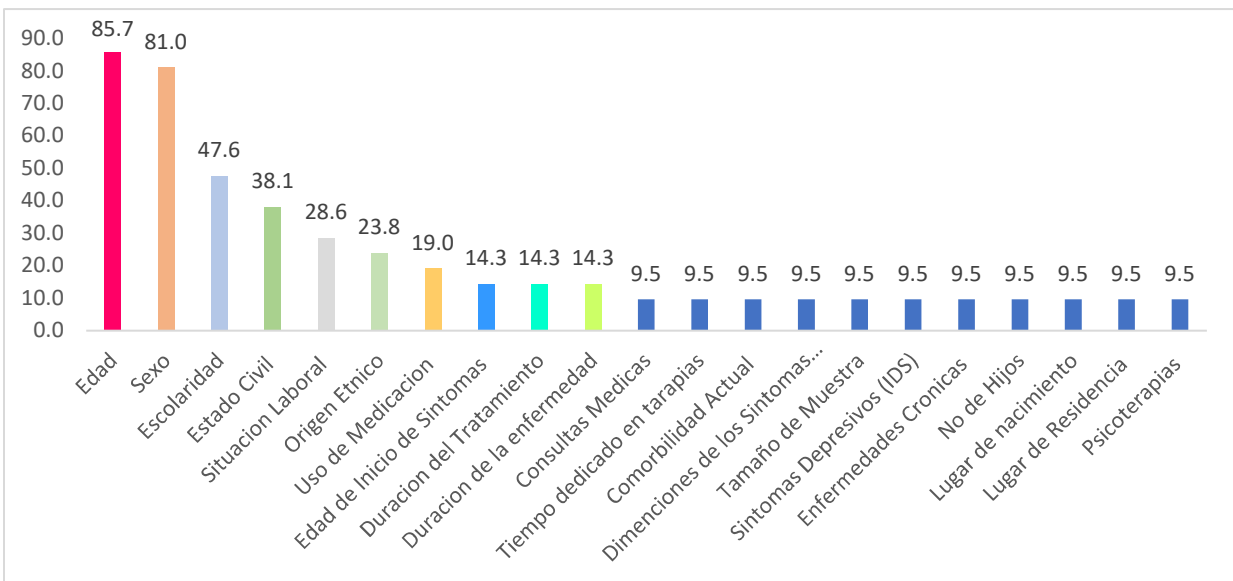
**Figura 7** Artículos analizados en las revisiones sistemáticas, Trastorno obsesivo compulsivo y comorbilidades asociadas, 2019-2023



**Fuente:** Evidencia científica descrita en tabla de resumen de hallazgos dos

El total de artículos revisados fue de 723, con un promedio de 180, de las cuatro revisiones el 81.8% de los documentos analizados correspondieron a revisiones sistemáticas que implementaron metaanálisis correspondiente a un alto nivel de evidencia científica, mostrando claramente lo fascinante que resulta este tipo de investigaciones sobre todo por que se requiere de un equipo de investigadores con alta capacidad y habilidades metodológicas y estadísticas para la interpretación y la redacción de los resultados provenientes de estos tipos de estudios.

**Figura 8** Variables revisadas en los artículos científicos, Trastorno obsesivo compulsivo y comorbilidades asociadas, 2019-2023



**Fuente:** Evidencia científica descrita en tabla de resumen de hallazgos dos

Esta claro que las variables sociodemográficas ocupan los primeros lugares al estudiar el trastorno obsesivo compulsivo comórbido, afecta todos los ámbitos personales, iniciando desde los aspectos biológicos que son características no modificables y luego todas las esferas: sociales, laborales, familiares, económicas, culturales y desde luego los aspectos relacionados con su atención integral.

**Tabla 1** Variables revisadas en los artículos científicos, Trastorno obsesivo compulsivo y comorbilidades asociadas, 2019-2023

Escala Diagnostica	%
Escala de Yale Brown o YBOCS	91
DSM V	71.4
Agresión/comprobación IQR	28.5
Sexual/religioso IQR	23.8
Contaminación/Limpieza IQR	19.0
Entrevistas clínicas Estructurada Para los Trastornos del eje I (first, Spitzer, Gobbon y Williams, 1998)	19.0
Escala de Creencias (BABS)	9.5
Escala de Depresión y Ansiedad y Estrés (DASS-21)	9.5
Acaparamiento IQR	9.5
Escala de Tirones de pelo hosp. General de Massachusetts	4.7
Escala Hamilton de calificación de la depresión 17 (HRSD-17)	4.7
Escala de estrés percibido (PSS)	4.7
Escala de enojo (ROARS)	4.7
Escala de evaluación global del funcionamiento (Axis)	4.7
Escala de intolerancia a la Incertidumbre	4.7
Inventario de Beck versión I	4.7
Inventario de Beck versión II	4.7
Síntomas Depresivos	4.7
Simetría/ordenación IQR	4.7
Ordenar/Organizar	4.7
Atención/concentración	4.7
Índice de ansiedad de Hamilton (HARS)	4.7
Hiperactividad/Impulsividad	4.7
Cuestionario de calidad de Vida de OMS	4.7
Inventario obsesivo compulsivo - Revisado (OCR-R)	4.7
Inventario breve de la Ansiedad (SHAI)	4.7

**Fuente:** Evidencia científica descrita en tabla de resumen de hallazgos dos

Se puede ver que para el diagnóstico del trastorno obsesivo compulsivo y comorbilidades asociadas se utilizaron 26 escalas diagnósticas de las cuales el 91% de los 21 artículos estudiados reporto el uso de la escala de Yale Brown, seguidos del manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales, pero esta claro que se utilizaron escalas o índices para el diagnóstico de la ansiedad, depresión, hipocondría, trastornos de ansiedad generalizadas, dimensiones obsesivos compulsivos, trastornos de la conducta, estrés percibido, entre muchos otras comorbilidades, esta claro que nada se ha dejado al azar y para el abordaje del TOC se hace necesario la implementación de muchas estrategias diagnósticas para poder llegar a determinar el abordaje correcto que

garantice la estabilidad de los pacientes y sus familias.

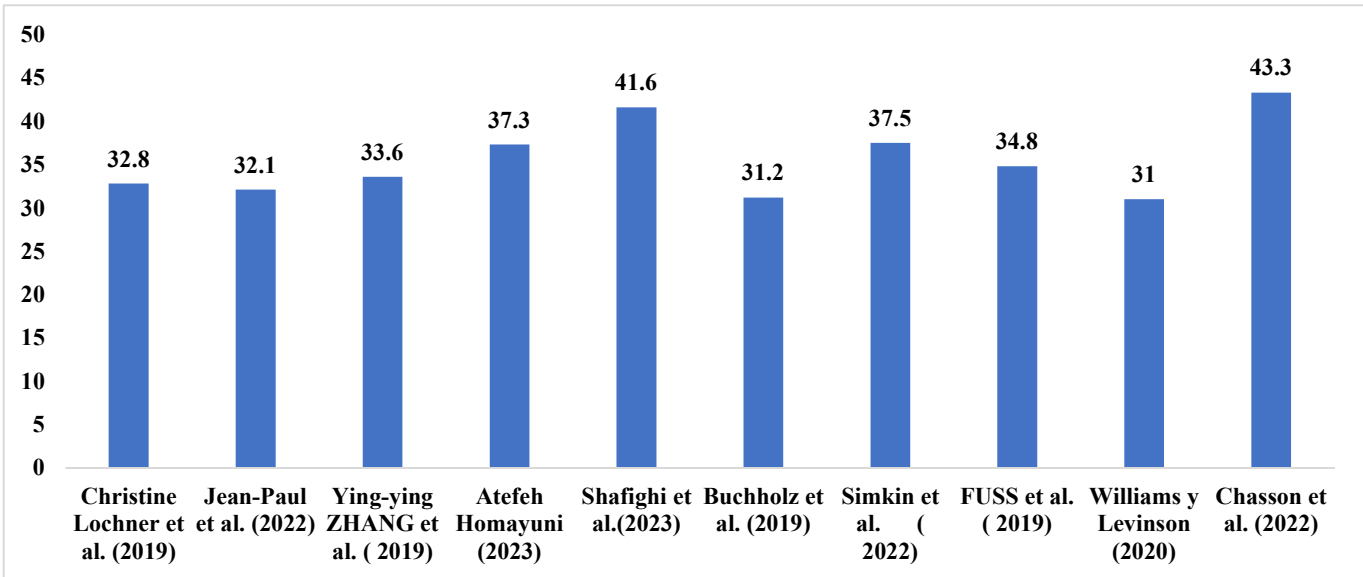
**Tabla 2** Comorbilidades estudiadas en los artículos científicos, Trastorno obsesivo compulsivo y comorbilidades asociadas, 2019-2023

Comorbilidades Estudiadas	%
Trastorno de Pánico (TP)	28.5
Trastorno de Depresión Mayor	19
Abuso de Alcohol	19
Trastorno de estrés postraumático	14.3
Trastorno Depresivo Persistente (TDP)	14.3
Distimia	14.3
Trastorno de Ansiedad Generalizada (TAG)	9.5
Trastorno Explosivo Intermitente	9.5
Trastorno de Ansiedad Social	9.5
Trastorno por déficit de atención e hiperactividad (TDAH)	9.5
Síndrome de Tourette	9.5
Agorafobia	9.5
agorafobia sin trastorno de Pánico	9.5
Anorexia nerviosa	9.5
Fobia Social	9.5
Piromanía	4.7
Hipocondría	4.7
Trastorno Bipolar	4.7
Trastorno de Ansiedad generalizada	4.7
Trastorno de personalidad	4.7
Trastorno de la Conducta Alimentaria (EDE-Q)	4.7
Compras compulsivas	4.7
Cleptomanía	4.7
Comportamiento Autolesivo	4.7
Bulimia nerviosa	4.7
Toxoplasmosis	4.7
Síndrome de Colon Irritable	4.7

**Fuente:** Evidencia científica descrita en tabla de resumen de hallazgos dos

Se puede apreciar que fueron 27 comorbilidades estudiadas en los documentos revisados, lo que muestra claramente que el Trastorno obsesivo compulsivo puede estar enmascarado o formando parte de otros trastorno por eso se informa que puede estar comórbido hasta un 40% y hay una gran variedad de trastornos con los cuales puede compartir su presencia clínica prevalente, inclusive puede estar presente en procesos infecciosos o bien en trastornos orgánicos funcionales.

**Figura 9** Edad promedio de pacientes con Trastorno obsesivo compulsivo y comorbilidades asociadas, 2019-2023



**Fuente:** Evidencia científica descrita en tabla de resumen de hallazgos dos

El 47.6% (10) de los artículos analizados reportaron la edad promedio de los pacientes estudiados en cada una de las investigaciones, podemos observar que de la mayoría de las personas estudiadas superan los 30 años como media aritmética lo que indica que el 50% tiene menos de 30 años o hasta los 30 años y el otro 50% tiene una edad de 30 años o más de esta edad, está claro que el TOC afecta mayoritariamente a población joven, económicamente activa que al afectarles sus ámbitos sociales, personales, familiares, educativos se corre el riesgo de incapacitarlos afectando su entorno cercano de múltiples formas por lo que es imperativo divulgar estos estudios para sensibilizar y visibilizar esta enfermedad mental facilitando su abordaje integral y multi disciplinario.



**Tabla 3** Asociación demostrada entre las comorbilidades comprobadas en pacientes con Trastorno Obsesivo Compulsivos y sus tasas de prevalencias, 2019-2023

Investigadores	Comorbilidad	Tasa Prevalencia
Christine Lochner et al. (2019)	Tricotilomania	18
Jean-Paul et al. (2022)	Ansiedad+Depresion	14.3
Ying-ying ZHANG et al. (2019)	Ataques de Ira	31.3
Atefeh Homayuni (2023)	Ansiedad	18
Shafighi et al. (2023)	COVID - 19	70
Barbara Cludius et al (2022)	Distimia	12
Masahiro Miyauchi et al. (2023)	Trastorno de Hiperactividad	16
J. Klein Breteler et al (2021)	Ansiedad+Sd Estress post traumatico	21
Buchholz et al. (2019)	Depresión	30.49
Simkin et al. (2022)	Depresión Mayor	23.1
Hollie A.L. Burton (2020)	Embarazo/ post parto	100
Orozco et al. (2021)	Acontecimientos traumáticos	38
FUSS et al. (2019)	conducta sexual compulsiva	5.6
Williams y Levinson (2020)	trastornos alimentarios compulsivos	19
Turna et al. (2019)	Trastorno gastro intestinal	47.6
Chasson et al. (2022)	Dependencia a la Nicotina	41.4
Chegeni et al. (2019)	Toxoplasmosis	1.96

**Fuente:** Evidencia científica descrita en tabla de resumen de hallazgos dos

Se describen **17** investigaciones que estudian las comorbilidades asociadas al trastorno obsesivo compulsivo, si observamos hay múltiples trastornos mentales conviviendo conjuntamente en los pacientes con trastorno obsesivo compulsivo lo que dificulta enormemente el diagnostico, el tratamiento, seguimiento y la severidad de la sintomatología clínica es muy marcado, se puede apreciar que hay eventos vitales estresantes que detonan la génesis del trastorno, al igual que las infecciones que inducen trastornos inmunológicos causantes del TOC. No se presentan 4 investigaciones que fueron revisiones sistemáticas que abordaron una gran variedad de comorbilidades entre trastornos emocionales y entidades mentales establecidas.

Se aprecia que de forma global la tasa de prevalencia de las comorbilidades fue del **29.8%**, sin embargo, hay que mencionar que hay muchos trastornos más prevalentes como la ansiedad, depresión, ataques de ira, trastorno gastro intestinales, uso de sustancias como la nicotina en esta revisión, si esta claro que ante la presencia de un paciente con TOC no hay que dejar de hacer una atención integral y abordaje holístico para poder atender todos los posibles focos que detonan sintomatología obsesiva-compulsiva.

## **IX Conclusiones**

1. El trastorno obsesivo compulsivo afecta a todos los grupos etarios y en los adultos la edad media de presentación fue en la tercera década de la vida, con predominio del sexo femenino, escolaridad media, afecta a todas las ocupaciones y perfiles profesionales sin excepción, el estado civil casado fue el que predominó, está claro que hay eventos vitales estresantes desencadenantes del trastorno como lo fueron el embarazo, el post parto, infecciones virales o parasitarias, los pacientes sufren muchos años antes del diagnóstico y abordaje adecuado.
2. Las dimensiones sintomatológicas incluyen pensamientos intrusivos, obsesiones de dudas patológicas, de contaminación y de orden y simetría, además de una amplia gama de síntomas que involucran al sistema nervioso y gastrointestinal.
3. La comorbilidad en el trastorno obsesivo compulsivo en esta revisión fue cercana al treinta por ciento, donde incluyen trastornos de la conducta como la tricotomía, trastornos emocionales con una amplia variedad, destacándose la depresión menor y mayor, trastorno de ansiedad, trastorno de ira, trastornos alimenticios, trastorno por uso de sustancias, entre muchos otros, si se muestra claramente que la severidad de los síntomas obsesivos y compulsivos en los pacientes con TOC comórbido son más graves y de abordaje intensivo e integral y de larga duración.

## **X. Recomendaciones**

### **A la Universidad Católica Redemptoris Mater**

1. Incluir la salud mental como una línea de investigación en todas las carreras de las ciencias médicas en la que se incluye la carrera de medicina, odontología y psicología para crear evidencia científica robusta y que pueda permitir a toda la comunidad universitaria conocer y atender de forma inicial la atención de los pacientes que conviven con trastorno emocionales incluyendo al trastorno obsesivo compulsivo.
2. Capacitar a los recursos que brindan atención psicopedagógica en las terapias no farmacológicas como lo son las psicoterapias muy útiles y necesarias para la gestión de las emociones en todos los miembros de la comunidad universitaria.

### **Al personal Médico**

1. Al atender a un paciente con trastornos emocionales abordarlo de forma integral por que puede ser el comportamiento de una patología psiquiátrica que amerita atención integral, seguimiento cercano y abordaje multidisciplinario y de forma empática.
2. Capacitarse en la identificación, diagnóstico, seguimiento holístico de los pacientes con trastornos mentales incluyendo al trastorno obsesivo compulsivo para disminuir el sufrimiento y permitir sobrellevar la vida, gestionando de forma adecuada sus pensamientos y emociones.

## Lista de Referencias

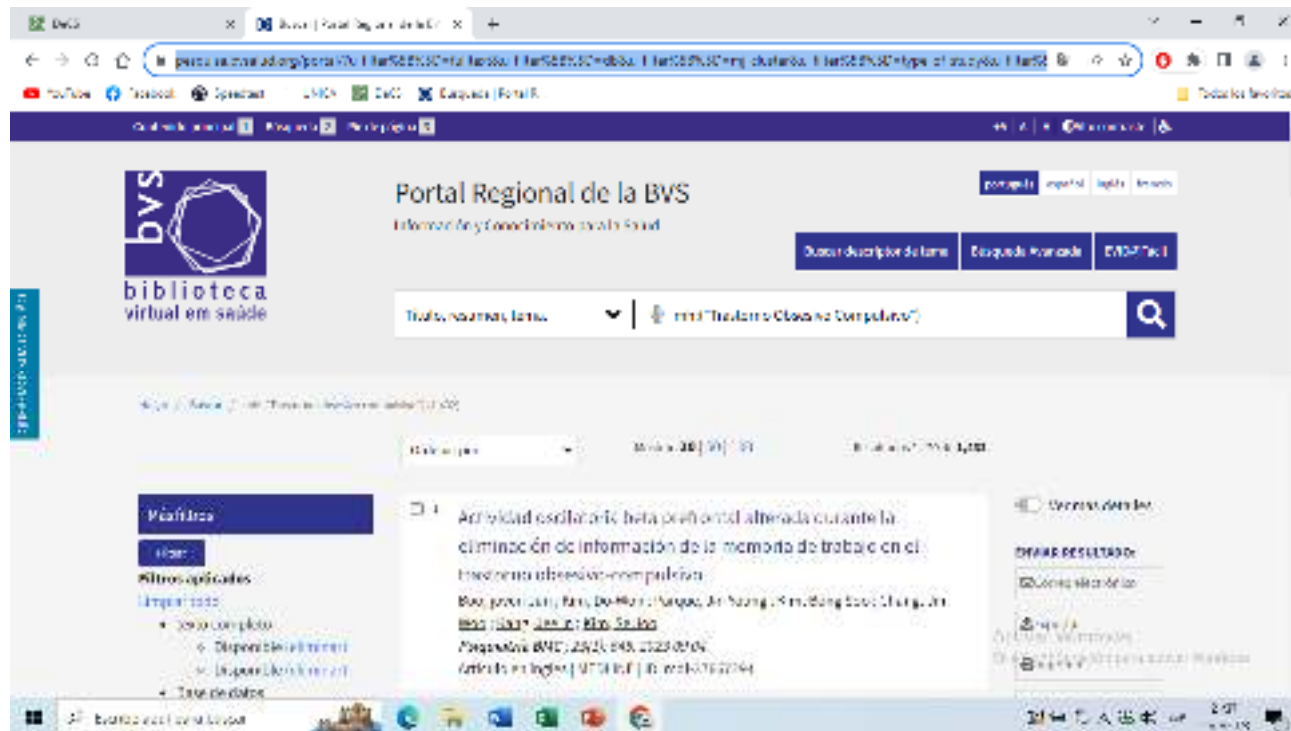
- Angelakis, I., & Pseftogianni, F. (2021). Association between obsessive-compulsive and related disorders and experiential avoidance: A systematic review and meta-analysis. *J Psychiatr Res*, 228–239. <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/mdl-33866051>
- Boedhoe, P. S., Schmaal, L., Abe, Y., Ameis, S. H., Arnold, P. D., Batistuzzo, M. C., y van den Heuvel, O. A. (2017). Distinct subcortical volume alterations in pediatric and adult OCD: A worldwide meta-and mega-analysis. *American Journal of Psychiatry*, 174(1), 60–69. <https://doi.org/10.1176/appi.ajp.2016.16020201>
- Buchholz, J. L., Blakey, S. M., Abramowitz, J. S., Leonard, R. C., & Riemann, B. C. (2019). Predictors of concurrent depressive symptoms in patients with obsessive-compulsive disorder. *Psychiatry Research*, 279, 267–271. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2019.03.052>
- Calma Almar. (31 de Agosto de 2020). Aprende sobre el TOC [Video]. you tube. <https://www.youtube.com/watch?v=4GVAcOttM-A>
- De Berardis, D., Campanella, D., Gambi, F., Sepede, G., Salini, G., Carano, A., et al. (2005). Insight y alexitimia en pacientes ambulatorios adultos con trastorno obsesivo compulsivo. *Archivos europeos de psiquiatría y neurociencia clínica*, 255(5),350–358. <http://dx.doi.org/10.1007/s00406-005-0573-y>
- De Wit, S. J., Alonso, P., Schwersen, L., Mataix-Cols, D., Lochner, C., Menchón, J. M., & Heuvel, O. A. (2014). Multicenter voxel-based morphome try mega-analysis of structural brain scans in obsessive-compulsive disorder. *American Journal of Psychiatry*, 171(3), 340–349. <https://doi.org/10.1176/appi.ajp.2013.13040574>
- Fouche, J., Groenewold, N. A., Sevenoaks, T., Heany, S. J., Löchner, C., Alonso, P., Batistuzzo, M. C., Cardoner Narcís, Christopher, Stella, Gutman, B. A., Hoexter, M. Q., Jahanshad, N., Kim, M., Jun Soo Kwon, Mataix-Cols, D., Menchón, J. M., Eurípedes Constantino Miguel, Takashi Nakamae, & Phillips, M. L. (2022). Shape analysis of subcortical

- structures in obsessive-compulsive disorder and the relationship with comorbid anxiety, depression, and medication use: A meta-analysis by the OCD Brain Imaging Consortium. *Brain and Behavior*, 12(10). <https://doi.org/10.1002/brb3.2755>
- Kaplan & Sadock Sinopsis de Psiquiatría 11ª Edición | booksmedicos. (2019, February 23). Booksmedicos. <https://booksmedicos.org/kaplan-sadock-sinopsis-de-psiquiatria-11a-edicion/>
- American Psychiatric Association. (2014). *DSM-5 : manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales*.
- Ruscio, A. M., Stein, D. J., Chiu, W. T., & Kessler, R. C. (2010). The epidemiology of obsessive-compulsive disorder in the National Comorbidity Survey Replication. *Molecular Psychiatry*, 15(1), 53–63. <https://doi.org/10.1038/mp.2008.94>
- Stein, D. J., Costa, D. L., Löchner, C., Eurípedes Constantino Miguel, Reddy, J., Roseli Gedanke Shavitt, van, & H. Blair Simpson. (2019). Obsessive–compulsive disorder. *Nature Reviews Disease Primers*, 5(1). <https://doi.org/10.1038/s41572-019-0102-3>
- Thorberg, FA, Young, RM, Sullivan, KA, Lyvers, M., Connor, JP, Landheim, AS, et al. (2012). Alexitimia en pacientes dependientes del alcohol: diferencias de género, asociaciones con el deseo y la gravedad de la dependencia. *Revista Internacional de Psicología*, 47,94.<http://dx.doi.org/10.1080/00207594.2012.709088>.
- Vahid Khosravani, Mehdi Samimi Ardestani, Farangis Sharifi Bastan, & Kamali, Z. (2017). The relationship between alexithymia and symptom dimensions in patients with obsessive-compulsive disorder. *Journal of Obsessive-Compulsive and Related Disorders*, 14, 127–133. <https://doi.org/10.1016/j.jocrd.2017.04.001>

Anexo

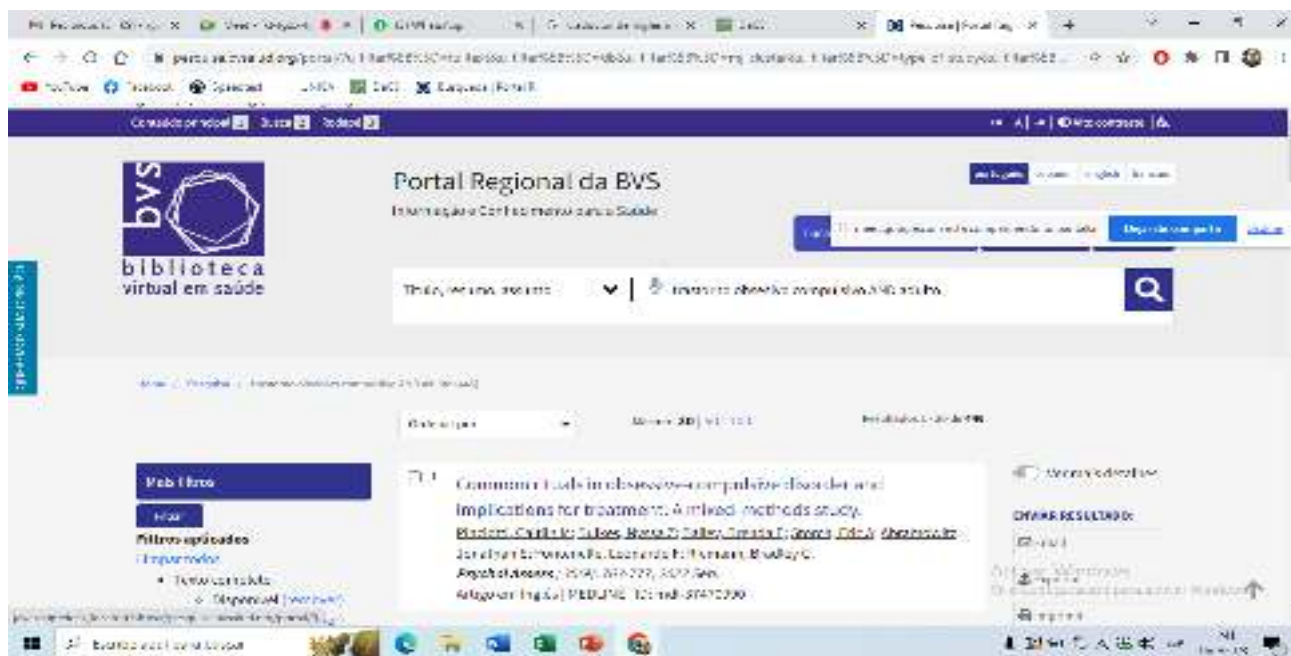
Figura 1

Trastorno obsesivo compulsivo en BIREME.BR



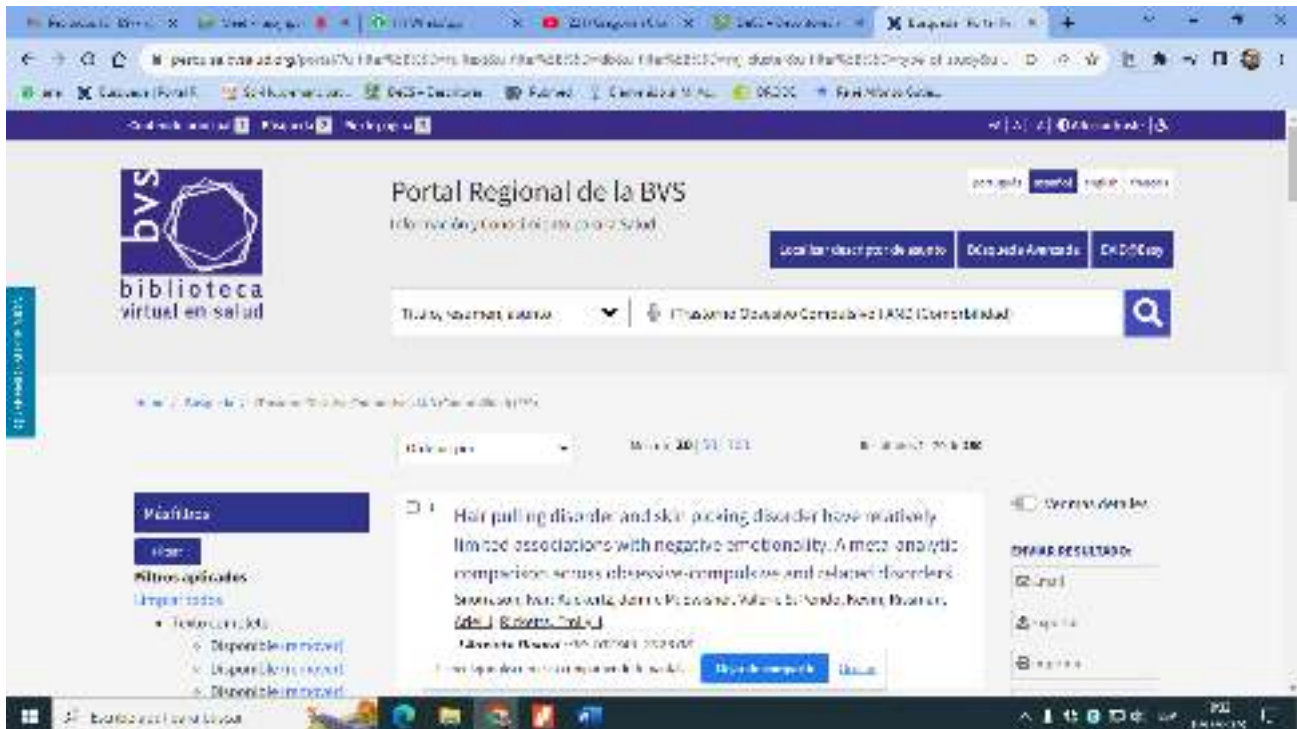
Nota. Adaptado de la búsqueda del tesaurus trastorno obsesivo compulsivo, BIREME.BR, 2023, [https://pesquisa.bvsalud.org/portal/?u\\_filter%5B%5D=fulltext&u\\_filter%5B%5D=db&u\\_filter%5B%5D=mj\\_cluster&u\\_filter%5B%5D=type\\_of\\_study&u\\_filter%5B%5D=la&fb=&q=mh%3A%28%22Trastorno+Obsesivo+Compulsivo%22%29&where=&years=on&range\\_year\\_start=2019&range\\_year\\_end=2023&filter%5Bfulltext%5D%5B%5D=1&filter%5Bdb%5D%5B%5D=MEDLINE&filter%5Bdb%5D%5B%5D=LILACS&filter%5Bmj\\_cluster%5D%5B%5D=Transtorno+Obsesivo+Compulsivo&filter%5Bmj\\_cluster%5D%5B%5D=Esquizofrenia&filter%5Bmj\\_cluster%5D%5B%5D=Transtorno+do+Deficit+de+Aten%C3%A7%C3%A3o+com+Hiperatividade&filter%5Bmj\\_cluster%5D%5B%5D=Transtorno+do+Espectro+Autista&filter%5Bmj\\_cluster%5D%5B%5D=Transtorno+Depressivo+Maior&filter%5Btype\\_of\\_study%5D%5B%5D=prognostic\\_studies&filter%5Btype\\_of\\_study%5D%5B%5D=observational\\_studies&filter%5Btype\\_of\\_study%5D%5B%5D=clinical\\_trials&filter%5Btype\\_of\\_study%5D%5B%5D=systematic\\_reviews&filter%5Btype\\_of\\_study%5D%5B%5D=prevalence\\_studies&filter%5Bla%5D%5B%5D=en&filter%5Bla%5D%5B%5D=es&range\\_year\\_start=2019&range\\_year\\_end=2023&filter%5Bfulltext%5D%5B%5D=1&filter%5Bmj\\_cluster%5D%5B%5D=S%C3%ADndrome+de+Tourette&filter%5Bmj\\_cluster%5D%5B%5D=Transtornos+Mentais](https://pesquisa.bvsalud.org/portal/?u_filter%5B%5D=fulltext&u_filter%5B%5D=db&u_filter%5B%5D=mj_cluster&u_filter%5B%5D=type_of_study&u_filter%5B%5D=la&fb=&q=mh%3A%28%22Trastorno+Obsesivo+Compulsivo%22%29&where=&years=on&range_year_start=2019&range_year_end=2023&filter%5Bfulltext%5D%5B%5D=1&filter%5Bdb%5D%5B%5D=MEDLINE&filter%5Bdb%5D%5B%5D=LILACS&filter%5Bmj_cluster%5D%5B%5D=Transtorno+Obsesivo+Compulsivo&filter%5Bmj_cluster%5D%5B%5D=Esquizofrenia&filter%5Bmj_cluster%5D%5B%5D=Transtorno+do+Deficit+de+Aten%C3%A7%C3%A3o+com+Hiperatividade&filter%5Bmj_cluster%5D%5B%5D=Transtorno+do+Espectro+Autista&filter%5Bmj_cluster%5D%5B%5D=Transtorno+Depressivo+Maior&filter%5Btype_of_study%5D%5B%5D=prognostic_studies&filter%5Btype_of_study%5D%5B%5D=observational_studies&filter%5Btype_of_study%5D%5B%5D=clinical_trials&filter%5Btype_of_study%5D%5B%5D=systematic_reviews&filter%5Btype_of_study%5D%5B%5D=prevalence_studies&filter%5Bla%5D%5B%5D=en&filter%5Bla%5D%5B%5D=es&range_year_start=2019&range_year_end=2023&filter%5Bfulltext%5D%5B%5D=1&filter%5Bmj_cluster%5D%5B%5D=S%C3%ADndrome+de+Tourette&filter%5Bmj_cluster%5D%5B%5D=Transtornos+Mentais)

**Figura 2**  
*Transtorno obsessivo compulsivo AND adulto en BIREME.BR*



*Nota.* Adaptado de la búsqueda del *tesauro transtorno obsesivo compulsivo AND adulto*, BIREME.BR, 2023, [https://pesquisa.bvsalud.org/portal/?u\\_filter%5B%5D=fulltext&u\\_filter%5B%5D=db&u\\_filter%5B%5D=mj\\_cluster&u\\_filter%5B%5D=type\\_of\\_study&u\\_filter%5B%5D=la&fb=&lang=pt&q=transtorno+obsesivo+compulsivo+AND+adulto+%&skfp=true&range\\_year\\_start=&range\\_year\\_end=&where=&filter%5Bfulltext%5D%5B%5D=1&filter%5Bdb%5D%5B%5D=MEDLINE&filter%5Bdb%5D%5B%5D=LILACS&filter%5Bmj\\_cluster%5D%5B%5D=Transtorno+Obsessivo-compulsivo&filter%5Btype\\_of\\_study%5D%5B%5D=observational\\_studies&filter%5Btype\\_of\\_study%5D%5B%5D=clinical\\_trials&filter%5Btype\\_of\\_study%5D%5B%5D=prevalence\\_studies&filter%5Bla%5D%5B%5D=en&filter%5Bla%5D%5B%5D=es&years=on&range\\_year\\_start=2018&range\\_year\\_end=2023&filter%5Bfulltext%5D%5B%5D=1](https://pesquisa.bvsalud.org/portal/?u_filter%5B%5D=fulltext&u_filter%5B%5D=db&u_filter%5B%5D=mj_cluster&u_filter%5B%5D=type_of_study&u_filter%5B%5D=la&fb=&lang=pt&q=transtorno+obsesivo+compulsivo+AND+adulto+%&skfp=true&range_year_start=&range_year_end=&where=&filter%5Bfulltext%5D%5B%5D=1&filter%5Bdb%5D%5B%5D=MEDLINE&filter%5Bdb%5D%5B%5D=LILACS&filter%5Bmj_cluster%5D%5B%5D=Transtorno+Obsessivo-compulsivo&filter%5Btype_of_study%5D%5B%5D=observational_studies&filter%5Btype_of_study%5D%5B%5D=clinical_trials&filter%5Btype_of_study%5D%5B%5D=prevalence_studies&filter%5Bla%5D%5B%5D=en&filter%5Bla%5D%5B%5D=es&years=on&range_year_start=2018&range_year_end=2023&filter%5Bfulltext%5D%5B%5D=1)

**Figura 3**  
*Trastorno Obsesivo Compulsivo AND Comorbilidad, BIREME.BR*



*Nota.* Adaptado de la búsqueda del *tesauro trastorno obsesivo compulsivo AND adulto*, BIREME.BR, 2023, [https://pesquisa.bvsalud.org/portal/?u\\_filter%5B%5D=fulltext&u\\_filter%5B%5D=db&u\\_filter%5B%5D=mj\\_cluster&u\\_filter%5B%5D=type\\_of\\_study&u\\_filter%5B%5D=la&fb=&output=&lang=es&from=1&sort=&format=&count=&page=1&skfp=&index=&q=%28Trastorno+Obsesivo+Compulsivo+%29+AND+%28Comorbilidad%29+where=&range\\_year\\_start=&range\\_year\\_end=&filter%5Bfulltext%5D%5B%5D=1&filter%5Bdb%5D%5B%5D=MEDLINE&filter%5Bdb%5D%5B%5D=LILACS&filter%5Bmj\\_cluster%5D%5B%5D=Trastorno+Obsesivo+Compulsivo&filter%5Bmj\\_cluster%5D%5B%5D=Trastornos+de+Ansiedad&filter%5Bmj\\_cluster%5D%5B%5D=S%3%ADndrome+de+Tourette&filter%5Bmj\\_cluster%5D%5B%5D=Esquizofrenia&filter%5Bmj\\_cluster%5D%5B%5D=Trastorno+por+D%3%A9ficit+de+Atenci%C3%B3n+con+Hiperactividad&filter%5Bmj\\_cluster%5D%5B%5D=Trastorno+Bipolar&filter%5Bmj\\_cluster%5D%5B%5D=Trastornos+Mentales&filter%5Bmj\\_cluster%5D%5B%5D=Trastornos+de+Tic&filter%5Bmj\\_cluster%5D%5B%5D=Trastorno+Depresivo+Mayor&filter%5Bmj\\_cluster%5D%5B%5D=Terapia+Cognitivo-Conductual&filter%5Btype\\_of\\_study%5D%5B%5D=diagnostic\\_studies&filter%5Btype\\_of\\_study%5D%5B%5D=risk\\_factors\\_studies&filter%5Btype\\_of\\_study%5D%5B%5D=observational\\_studies&filter%5Btype\\_of\\_study%5D%5B%5D=prevalence\\_studies&filter%5Btype\\_of\\_study%5D%5B%5D=clinical\\_trials&filter%5Btype\\_of\\_study%5D%5B%5D=incidence\\_studies&filter%5Bla%5D%5B%5D=en&filter%5Bla%5D%5B%5D=es&years=on&range\\_year\\_start=2018&range\\_year\\_end=2023&filter%5Bfulltext%5D%5B%5D=1&filter%5Bfulltext%5D%5B%5D=1&filter%5Bmj\\_cluster%5D%5B%5D=Depresi%C3%B3n&filter%5Bmj\\_cluster%5D%5B%5D=Ansiedad&filter%5Bmj\\_cluster%5D%5B%5D=Trastornos+Psic%C3%B3ticos&filter%5Bmj\\_cluster%5D%5B%5D=Trastornos+de+Alimentaci%C3%B3n+y+de+la+Ingesti%C3%B3n+de+Alimentos&filter%5Bmj\\_cluster%5D%5B%5D=Trastorno+Depresivo&filter%5Bmj\\_cluster%5D%5B%5D=Trastorno+de+Personalidad+Compulsiva&filter%5Bmj\\_cluster%5D%5B%5D=Trastorno+del+Espectro+Autista&filter%5Bmj\\_cluster%5D%5B%5D=Trastornos+de+la+Personalidad](https://pesquisa.bvsalud.org/portal/?u_filter%5B%5D=fulltext&u_filter%5B%5D=db&u_filter%5B%5D=mj_cluster&u_filter%5B%5D=type_of_study&u_filter%5B%5D=la&fb=&output=&lang=es&from=1&sort=&format=&count=&page=1&skfp=&index=&q=%28Trastorno+Obsesivo+Compulsivo+%29+AND+%28Comorbilidad%29+where=&range_year_start=&range_year_end=&filter%5Bfulltext%5D%5B%5D=1&filter%5Bdb%5D%5B%5D=MEDLINE&filter%5Bdb%5D%5B%5D=LILACS&filter%5Bmj_cluster%5D%5B%5D=Trastorno+Obsesivo+Compulsivo&filter%5Bmj_cluster%5D%5B%5D=Trastornos+de+Ansiedad&filter%5Bmj_cluster%5D%5B%5D=S%3%ADndrome+de+Tourette&filter%5Bmj_cluster%5D%5B%5D=Esquizofrenia&filter%5Bmj_cluster%5D%5B%5D=Trastorno+por+D%3%A9ficit+de+Atenci%C3%B3n+con+Hiperactividad&filter%5Bmj_cluster%5D%5B%5D=Trastorno+Bipolar&filter%5Bmj_cluster%5D%5B%5D=Trastornos+Mentales&filter%5Bmj_cluster%5D%5B%5D=Trastornos+de+Tic&filter%5Bmj_cluster%5D%5B%5D=Trastorno+Depresivo+Mayor&filter%5Bmj_cluster%5D%5B%5D=Terapia+Cognitivo-Conductual&filter%5Btype_of_study%5D%5B%5D=diagnostic_studies&filter%5Btype_of_study%5D%5B%5D=risk_factors_studies&filter%5Btype_of_study%5D%5B%5D=observational_studies&filter%5Btype_of_study%5D%5B%5D=prevalence_studies&filter%5Btype_of_study%5D%5B%5D=clinical_trials&filter%5Btype_of_study%5D%5B%5D=incidence_studies&filter%5Bla%5D%5B%5D=en&filter%5Bla%5D%5B%5D=es&years=on&range_year_start=2018&range_year_end=2023&filter%5Bfulltext%5D%5B%5D=1&filter%5Bfulltext%5D%5B%5D=1&filter%5Bmj_cluster%5D%5B%5D=Depresi%C3%B3n&filter%5Bmj_cluster%5D%5B%5D=Ansiedad&filter%5Bmj_cluster%5D%5B%5D=Trastornos+Psic%C3%B3ticos&filter%5Bmj_cluster%5D%5B%5D=Trastornos+de+Alimentaci%C3%B3n+y+de+la+Ingesti%C3%B3n+de+Alimentos&filter%5Bmj_cluster%5D%5B%5D=Trastorno+Depresivo&filter%5Bmj_cluster%5D%5B%5D=Trastorno+de+Personalidad+Compulsiva&filter%5Bmj_cluster%5D%5B%5D=Trastorno+del+Espectro+Autista&filter%5Bmj_cluster%5D%5B%5D=Trastornos+de+la+Personalidad)



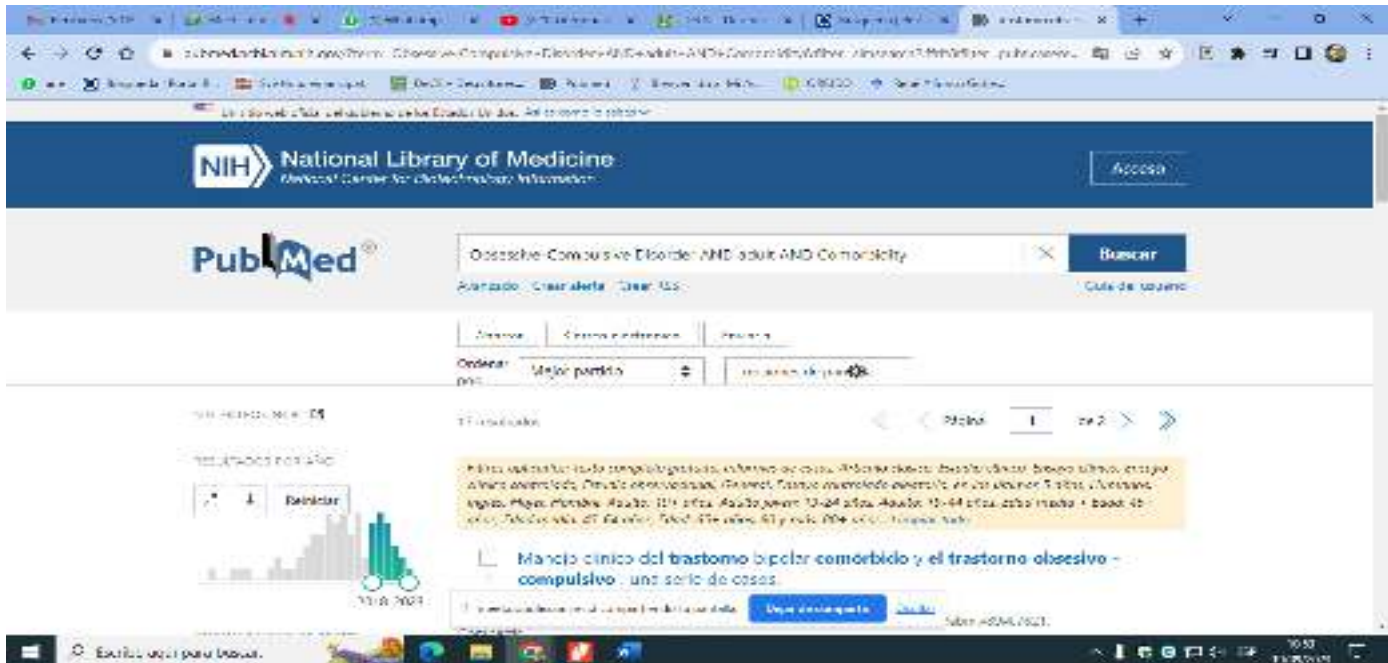
**Figura 4**  
*Obsessive-Compulsive Disorder AND Comorbidity, MEDLINE*



*Nota. Adaptado de la búsqueda del tesoro Obsessive-Compulsive Disorder AND Comorbidity, MEDLINE 2023, [https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/?term=Obsessive-Compulsive+Disorder+AND+Comorbidity&filter=simsearch2.ffrft&filter=pubt.casereports&filter=pubt.classicalarticle&filter=pubt.clinicalstudy&filter=pubt.clinicaltrial&filter=pubt.controlledclinicaltrial&filter=pubt.observationallstudy&filter=pubt.overall&filter=pubt.randomizedcontrolledtrial&filter=datesearch.y\\_5&filter=hum\\_ani.humans&filter=lang.english&filter=sex.female&filter=sex.male&filter=age.alladult&filter=age.youngadult&filter=age.adult&filter=age.middleagedaged&filter=age.middleaged&filter=age.aged&filter=age.80andover](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/?term=Obsessive-Compulsive+Disorder+AND+Comorbidity&filter=simsearch2.ffrft&filter=pubt.casereports&filter=pubt.classicalarticle&filter=pubt.clinicalstudy&filter=pubt.clinicaltrial&filter=pubt.controlledclinicaltrial&filter=pubt.observationallstudy&filter=pubt.overall&filter=pubt.randomizedcontrolledtrial&filter=datesearch.y_5&filter=hum_ani.humans&filter=lang.english&filter=sex.female&filter=sex.male&filter=age.alladult&filter=age.youngadult&filter=age.adult&filter=age.middleagedaged&filter=age.middleaged&filter=age.aged&filter=age.80andover)*

**Figura 5**

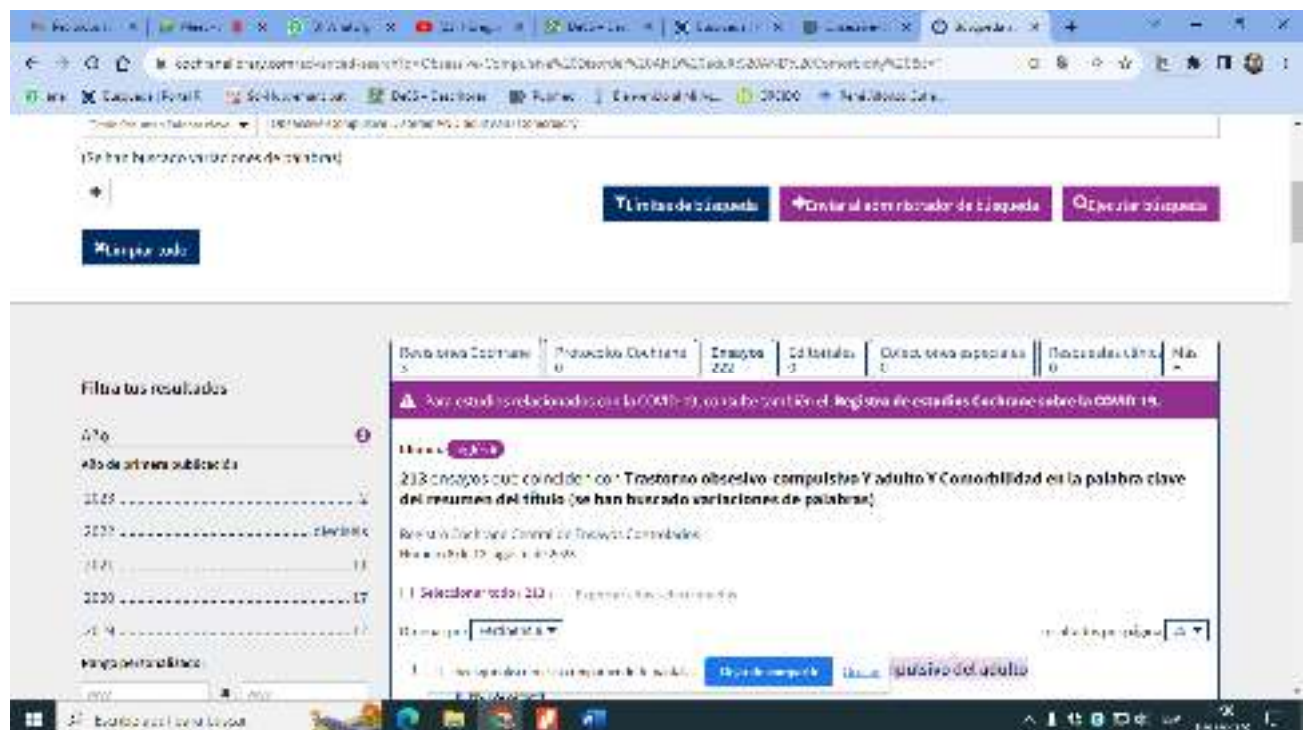
*Obsessive-Compulsive Disorder AND adult AND Comorbidity, MEDLINE*



*Nota. Adaptado de la búsqueda del tesoro Obsessive-Compulsive Disorder AND adult AND Comorbidity, MEDLINE*

[https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/?term=Obsessive-Compulsive+Disorder+AND+Comorbidity&filter=simsearch2.ffrft&filter=pubt.casereports&filter=pubt.classicalarticle&filter=pubt.clinicalstudy&filter=pubt.clinicaltrial&filter=pubt.controlledclinicaltrial&filter=pubt.observationalstudy&filter=pubt.overall&filter=pubt.randomizedcontrolledtrial&filter=datesearch.y\\_5&filter=hum\\_animalhumans&filter=lang\\_english&filter=sex\\_female&filter=sex\\_male&filter=age.alladult&filter=age.youngadult&filter=age.adult&filter=age.middleagedaged&filter=age.middleaged&filter=age.aged&filter=age.80andover](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/?term=Obsessive-Compulsive+Disorder+AND+Comorbidity&filter=simsearch2.ffrft&filter=pubt.casereports&filter=pubt.classicalarticle&filter=pubt.clinicalstudy&filter=pubt.clinicaltrial&filter=pubt.controlledclinicaltrial&filter=pubt.observationalstudy&filter=pubt.overall&filter=pubt.randomizedcontrolledtrial&filter=datesearch.y_5&filter=hum_animalhumans&filter=lang_english&filter=sex_female&filter=sex_male&filter=age.alladult&filter=age.youngadult&filter=age.adult&filter=age.middleagedaged&filter=age.middleaged&filter=age.aged&filter=age.80andover)

**Figura 6**  
*Obsessive-Compulsive Disorder AND adult AND Comorbidity, Cochrane Database*



Nota. Adaptado de la búsqueda del tesoro *Obsessive-Compulsive Disorder AND adult AND Comorbidity*, Cochrane Database, <https://www.cochranelibrary.com/advanced-search?q=Obsessive-Compulsive%20Disorder%20AND%20adult%20AND%20Comorbidity%20&t=1>

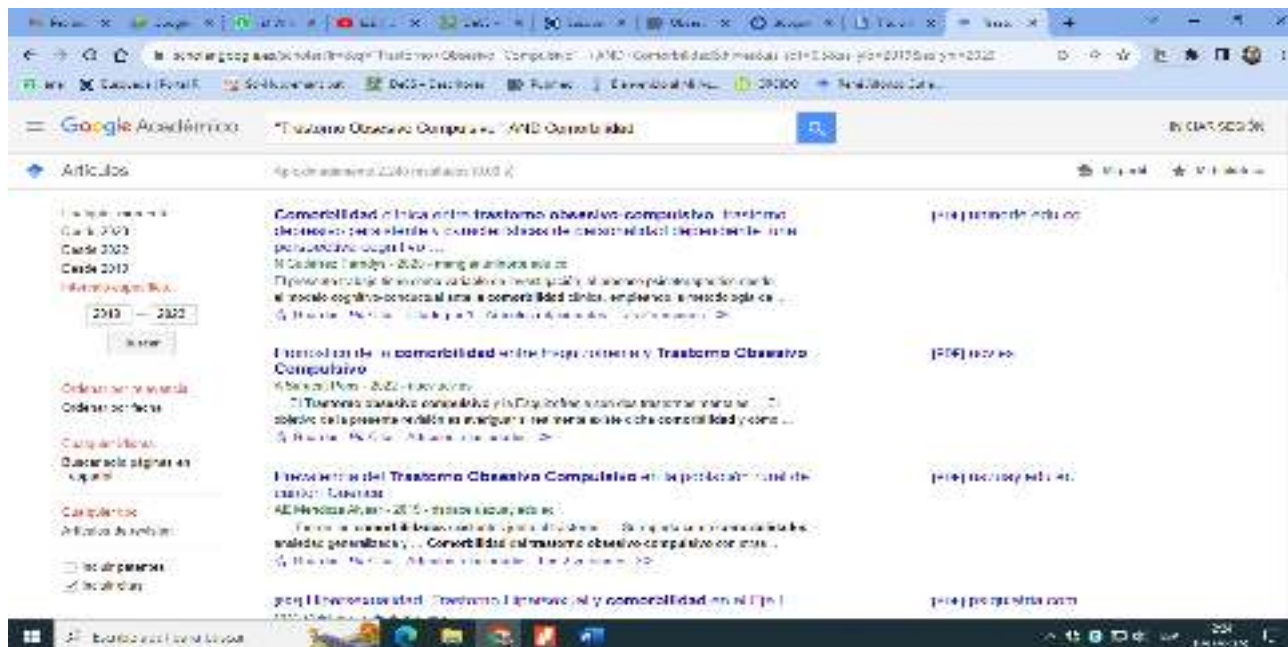
**Figura 7**  
*Trastorno Obsesivo Compulsivo AND Comorbilidad, Repositorio UNAN*



Nota. Adaptado de la búsqueda del tesoro *Trastorno Obsesivo Compulsivo AND Comorbilidad*, Repositorio UNAN, [https://repositorio.unan.edu.ni/cgi/search/archive/advanced?dataset=archive&screen=Search&documents\\_merge=ALL&documents=&title\\_merge=ALL&title=Trastorno+Obsesivo+Compulsivo+AND+Comorbilidad&creators\\_name\\_merge=ALL&creators\\_name=&abstract\\_merge=ALL&abstract=&date=&keywords\\_merge=ALL&keywords=&subjects\\_merge=ANY&type=article&type=monograph&type=thesis&thesis\\_type=masters&thesis\\_type=phd&thesis\\_type=bachelor&department\\_merge=ALL&department=&editors\\_name\\_merge=ALL&editors\\_name=&re](https://repositorio.unan.edu.ni/cgi/search/archive/advanced?dataset=archive&screen=Search&documents_merge=ALL&documents=&title_merge=ALL&title=Trastorno+Obsesivo+Compulsivo+AND+Comorbilidad&creators_name_merge=ALL&creators_name=&abstract_merge=ALL&abstract=&date=&keywords_merge=ALL&keywords=&subjects_merge=ANY&type=article&type=monograph&type=thesis&thesis_type=masters&thesis_type=phd&thesis_type=bachelor&department_merge=ALL&department=&editors_name_merge=ALL&editors_name=&re)

[fereed=EITHER&publication\\_merge=ALL&publication=&satisfyall=ALL&order=-date%2Fcreators\\_name%2Ftitle&\\_action\\_search=Buscar](https://scholar.google.es/scholar?lr=&q=%22Trastorno+Obsesivo+Compulsivo%22++AND+Comorbilidad&hl=es&as_sdt=0,5&as_ylo=2019&as_yhi=2023)

**Figura 8**  
Trastorno Obsesivo Compulsivo AND Comorbilidad, Google Académico



Nota. Adaptado de la búsqueda del tesoro Trastorno Obsesivo Compulsivo AND Comorbilidad, Google Académico,  
[https://scholar.google.es/scholar?lr=&q=%22Trastorno+Obsesivo+Compulsivo%22++AND+Comorbilidad&hl=es&as\\_sdt=0,5&as\\_ylo=2019&as\\_yhi=2023](https://scholar.google.es/scholar?lr=&q=%22Trastorno+Obsesivo+Compulsivo%22++AND+Comorbilidad&hl=es&as_sdt=0,5&as_ylo=2019&as_yhi=2023)

## ANEXO 2

### Declaración STROBE: lista de verificación de elementos que deben incluirse en informes de estudios de casos y controles

	Artículo No	Recomendación
<b>Título y resumen</b>	1	(a) Indique el diseño del estudio con un término de uso común en el título o en el resumen. (b) Proporcionar en resumen un resumen informativo y equilibrado de lo que se hizo y lo que se encontró
<b>Introducción</b>		
Antecedentes / justificación	2	Explicar los antecedentes científicos y la justificación de la investigación que se informa.
Objetivos	3	Enunciar objetivos específicos, incluida cualquier hipótesis pre especificada
<b>Métodos</b>		
Diseño del estudio	4	Presentar los elementos clave del diseño del estudio al principio del artículo.
Ajuste	5	Describir el entorno, las ubicaciones y las fechas relevantes, incluidos los períodos de reclutamiento, exposición, seguimiento y recopilación de datos.

Participantes	6	(a) Indique los criterios de elegibilidad y las fuentes y métodos de determinación de casos y selección de controles. Dar la justificación para la elección de casos y controles.
		(b) Para estudios emparejados, proporcione los criterios de emparejamiento y el número de controles por caso
Variables	7	Defina claramente todos los resultados, exposiciones, predictores, posibles factores de confusión y modificadores de efectos. Dar criterios de diagnóstico, si corresponde
Fuentes de datos / medición	8 *	Para cada variable de interés, proporcione fuentes de datos y detalles de los métodos de evaluación (medición). Describir la comparabilidad de los métodos de evaluación si hay más de un grupo.
Parcialidad	9	Describa cualquier esfuerzo para abordar las posibles fuentes de sesgo.
Tamaño del estudio	10	Explique cómo se llegó al tamaño del estudio.
Variables cuantitativas	11	Explique cómo se manejaron las variables cuantitativas en los análisis. Si corresponde, describa qué agrupaciones se eligieron y por qué
métodos de estadística	12	(a) Describa todos los métodos estadísticos, incluidos los utilizados para controlar los factores de confusión
		(b) Describa cualquier método utilizado para examinar subgrupos e interacciones.
		(c) Explique cómo se abordaron los datos faltantes.
		(d) Si corresponde, explique cómo se abordó la correspondencia de casos y controles
		(e) Describa cualquier análisis de sensibilidad.
<b>Resultados</b>		
Participantes	13 *	(a) Informar el número de personas en cada etapa del estudio, por ejemplo, números potencialmente elegibles, examinados para determinar la elegibilidad, confirmados como elegibles, incluidos en el estudio, completando el seguimiento y analizados
		(b) Explica las razones de la no participación en cada etapa.
		(c) Considere el uso de un diagrama de flujo
Datos descriptivos	14 *	(a) Proporcione las características de los participantes del estudio (por ejemplo, demográficas, clínicas, sociales) e información sobre exposiciones y posibles factores de confusión.
		(b) Indique el número de participantes con datos faltantes para cada variable de interés.
Datos de resultado	15*	Informe los números en cada categoría de exposición o medidas resumidas de exposición
Resultados principales	dieciséis	(a) Proporcione estimaciones no ajustadas y, si corresponde, estimaciones ajustadas por factores de confusión y su precisión (por ejemplo, intervalo de confianza del 95%). Aclare qué factores de confusión se ajustaron y por qué se incluyeron
		(b) Informe de límites de categoría cuando se categorizaron variables continuas
		(c) Si es relevante, considere traducir las estimaciones de riesgo relativo en riesgo absoluto para un período de tiempo significativo.
Otros análisis	17	Informar otros análisis realizados, por ejemplo, análisis de subgrupos e interacciones, y análisis de sensibilidad.
<b>Discusión</b>		
Resultados clave	18	Resumir los resultados clave con referencia a los objetivos del estudio.
Limitaciones	19	Discuta las limitaciones del estudio, teniendo en cuenta las fuentes de posibles sesgos o imprecisiones. Analice la dirección y la magnitud de cualquier sesgo potencial
Interpretación	20	Dar una interpretación general cautelosa de los resultados considerando objetivos, limitaciones, multiplicidad de análisis, resultados de estudios similares y otra evidencia relevante.

Generalizabilidad	21	Discutir la generalizabilidad (validez externa) de los resultados del estudio.
<b>Otra información</b>		
Fondos	22	Indique la fuente de financiación y el papel de los financiadores del presente estudio y, en su caso, del estudio original en el que se basa el presente artículo.

**Nota:** disponible en <http://www.strobe-statement.org>.

**Declaración STROBE: lista de verificación de elementos que deben incluirse en informes de estudios transversales**

	Artículo No	Recomendación
<b>Título y resumen</b>	1	(a) Indique el diseño del estudio con un término de uso común en el título o en el resumen.
		(b) Proporcionar en resumen un resumen informativo y equilibrado de lo que se hizo y lo que se encontró
<b>Introducción</b>		
Antecedentes / justificación	2	Explicar los antecedentes científicos y la justificación de la investigación que se informa.
Objetivos	3	Enunciar objetivos específicos, incluida cualquier hipótesis preespecificada
<b>Métodos</b>		
Diseño del estudio	4	Presentar los elementos clave del diseño del estudio al principio del artículo.
Ajuste	5	Describir el entorno, las ubicaciones y las fechas relevantes, incluidos los períodos de reclutamiento, exposición, seguimiento y recopilación de datos.
Participantes	6	(a) Indique los criterios de elegibilidad y las fuentes y métodos de selección de los participantes.
VARIABLES	7	Defina claramente todos los resultados, exposiciones, predictores, posibles factores de confusión y modificadores de efectos. Dar criterios de diagnóstico, si corresponde
Fuentes de datos / medición	8 *	Para cada variable de interés, proporcione fuentes de datos y detalles de los métodos de evaluación (medición). Describa la comparabilidad de los métodos de evaluación si hay más de un grupo.
Parcialidad	9	Describa cualquier esfuerzo para abordar las posibles fuentes de sesgo.
Tamaño del estudio	10	Explique cómo se llegó al tamaño del estudio.
VARIABLES CUANTITATIVAS	11	Explique cómo se manejaron las variables cuantitativas en los análisis. Si corresponde, describa qué agrupaciones se eligieron y por qué
MÉTODOS DE ESTADÍSTICA	12	(a) Describa todos los métodos estadísticos, incluidos los utilizados para controlar los factores de confusión
		(b) Describa cualquier método utilizado para examinar subgrupos e interacciones.
		(c) Explique cómo se abordaron los datos faltantes.
		(d) Si procede, describa los métodos analíticos teniendo en cuenta la estrategia de muestreo.
		(e) Describa cualquier análisis de sensibilidad.
<b>Resultados</b>		
Participantes	13 *	(a) Informar el número de personas en cada etapa del estudio, por ejemplo, números potencialmente elegibles, examinados para determinar la elegibilidad, confirmados como elegibles, incluidos en el estudio, completando el seguimiento y analizados
		(b) Explique las razones de la no participación en cada etapa.
		(c) Considere el uso de un diagrama de flujo

Datos descriptivos	14 *	(a) Proporcione las características de los participantes del estudio (por ejemplo, demográficas, clínicas, sociales) e información sobre exposiciones y posibles factores de confusión. (b) Indique el número de participantes con datos faltantes para cada variable de interés.
Datos de resultado	15*	Informar el número de eventos de resultado o medidas de resumen
Resultados principales	dieciséis	(a) Proporcione estimaciones no ajustadas y, si corresponde, estimaciones ajustadas por factores de confusión y su precisión (por ejemplo, intervalo de confianza del 95%). Aclare qué factores de confusión se ajustaron y por qué se incluyeron (b) Informe de límites de categoría cuando se categorizaron variables continuas (c) Si es relevante, considere traducir las estimaciones de riesgo relativo en riesgo absoluto para un período de tiempo significativo.
Otros análisis	17	Informar otros análisis realizados, por ejemplo, análisis de subgrupos e interacciones, y análisis de sensibilidad.
<b>Discusión</b>		
Resultados clave	18	Resumir los resultados clave con referencia a los objetivos del estudio.
Limitaciones	19	Discuta las limitaciones del estudio, teniendo en cuenta las fuentes de posibles sesgos o imprecisiones. Analice la dirección y la magnitud de cualquier sesgo potencial
Interpretación	20	Dar una interpretación general cautelosa de los resultados considerando objetivos, limitaciones, multiplicidad de análisis, resultados de estudios similares y otra evidencia relevante.
Generalizabilidad	21	Discutir la generalizabilidad (validez externa) de los resultados del estudio.
<b>Otra información</b>		
Fondos	22	Indique la fuente de financiación y el papel de los financiadores del presente estudio y, en su caso, del estudio original en el que se basa el presente artículo.

\*Proporcione información por separado para grupos expuestos y no expuestos.

Declaración STROBE: lista de verificación de los elementos que deben incluirse en los informes de los estudios de **cohortes**

	<b>Artículo No</b>	<b>Recomendación</b>
<b>Título y resumen</b>	1	(a) Indique el diseño del estudio con un término de uso común en el título o el resumen.
		(b) Proporcionar en resumen un resumen informativo y equilibrado de lo que se hizo y lo que se encontró
<b>Introducción</b>		
Antecedentes / justificación	2	Explicar los antecedentes científicos y la justificación de la investigación que se informa.
Objetivos	3	Enunciar objetivos específicos, incluida cualquier hipótesis preespecificada
<b>Métodos</b>		
Diseño del estudio	4	Presentar los elementos clave del diseño del estudio al principio del artículo.
Ajuste	5	Describir el entorno, las ubicaciones y las fechas relevantes, incluidos los períodos de reclutamiento, exposición, seguimiento y recopilación de datos.

Participantes	6	(a) Indique los criterios de elegibilidad y las fuentes y métodos de selección de los participantes. Describir métodos de seguimiento.
		(b) Para estudios emparejados, proporcione los criterios de emparejamiento y el número de expuestos y no expuestos
Variables	7	Defina claramente todos los resultados, exposiciones, predictores, posibles factores de confusión y modificadores de efectos. Dar criterios de diagnóstico, si corresponde
Fuentes de datos / medición	8 *	Para cada variable de interés, proporcione fuentes de datos y detalles de los métodos de evaluación (medición). Describir la comparabilidad de los métodos de evaluación si hay más de un grupo.
Parcialidad	9	Describa cualquier esfuerzo para abordar las posibles fuentes de sesgo.
Tamaño del estudio	10	Explique cómo se llegó al tamaño del estudio.
Variables cuantitativas	11	Explique cómo se manejaron las variables cuantitativas en los análisis. Si corresponde, describa qué agrupaciones se eligieron y por qué
métodos de estadística	12	(a) Describa todos los métodos estadísticos, incluidos los utilizados para controlar los factores de confusión
		(b) Describa cualquier método utilizado para examinar subgrupos e interacciones.
		(c) Explique cómo se abordaron los datos faltantes
		(d) Si corresponde, explique cómo se abordó la pérdida durante el seguimiento.
		(e) Describa cualquier análisis de sensibilidad.
<b>Resultados</b>		
Participantes	13 *	(a) Informar el número de personas en cada etapa del estudio, por ejemplo, números potencialmente elegibles, examinados para determinar la elegibilidad, confirmados elegibles, incluidos en el estudio, completando el seguimiento y analizados
		(b) Explica las razones de la no participación en cada etapa.
		(c) Considere el uso de un diagrama de flujo
Datos descriptivos	14 *	(a) Proporcione las características de los participantes del estudio (por ejemplo, demográficas, clínicas, sociales) e información sobre exposiciones y posibles factores de confusión.
		(b) Indique el número de participantes con datos faltantes para cada variable de interés.
		(c) Resuma el tiempo de seguimiento (por ejemplo, cantidad promedio y total)
Datos de resultado	15*	Informar el número de eventos de resultado o medidas de resumen a lo largo del tiempo
Resultados principales	Dieciséis	(a) Proporcione estimaciones no ajustadas y, si corresponde, estimaciones ajustadas por factores de confusión y su precisión (por ejemplo, intervalo de confianza del 95%). Aclare qué factores de confusión se ajustaron y por qué se incluyeron



		(b) Informe de los límites de las categorías cuando se categorizaron las variables continuas
		(c) Si es relevante, considere traducir las estimaciones de riesgo relativo en riesgo absoluto para un período de tiempo significativo.
Otros análisis	17	Informar otros análisis realizados, por ejemplo, análisis de subgrupos e interacciones, y análisis de sensibilidad.
<b>Discusión</b>		
Resultados clave	18	Resumir los resultados clave con referencia a los objetivos del estudio.
Limitaciones	19	Analice las limitaciones del estudio, teniendo en cuenta las fuentes de posibles sesgos o imprecisiones. Discutir la dirección y la magnitud de cualquier sesgo potencial
Interpretación	20	Dar una interpretación general cautelosa de los resultados considerando objetivos, limitaciones, multiplicidad de análisis, resultados de estudios similares y otra evidencia relevante.
Generalizabilidad	21	Discutir la generalizabilidad (validez externa) de los resultados del estudio.
<b>Otra información</b>		
Fondos	22	Indique la fuente de financiación y el papel de los financiadores del presente estudio y, en su caso, del estudio original en el que se basa el presente artículo.

\*Proporcione información por separado para grupos expuestos y no expuestos.

**Nota:** La información sobre la herramienta STROBE está disponible en <http://www.strobe-statement.org>

**CONSORT 2010** lista de comprobación de la información que hay que incluir al comunicar un ensayo clínico aleatorizado

Sección/tema	Ítem nº	Ítem de la lista de comprobación	Informado en página nº
<b>Título y resumen</b>			
	1a	Identificado como un ensayo aleatorizado en el título	
	1b	Resumen estructurado del diseño, métodos, resultados y conclusiones del ensayo (para una orientación específica, véase “CONSORT for abstracts”)	
<b>Introducción</b>			
Antecedentes y objetivos	2a	Antecedentes científicos y justificación	
	2b	Objetivos específicos o hipótesis	
<b>Métodos</b>			
Diseño del ensayo	3a	Descripción del diseño del ensayo (p. ej., paralelo, factorial), incluida la razón de asignación	

	3b	Cambios importantes en los métodos después de iniciar el ensayo (p. ej., criterios de selección) y su justificación	
Participantes	4a	Criterios de selección de los participantes	
	4b	Procedencia (centros e instituciones) en que se registraron los datos	
Intervenciones	5	Las intervenciones para cada grupo con detalles suficientes para permitir la replicación, incluidos cómo y cuándo se administraron realmente	
Resultados	6a	Especificación a priori de las variables respuesta (o desenlace) principal(es) y secundarias, incluidos cómo y cuándo se evaluaron	
	6b	Cualquier cambio en las variables respuesta tras el inicio del ensayo, junto con los motivos de la(s) modificación(es)	
Tamaño muestral	7a	Cómo se determinó el tamaño muestral	
	7b	Si corresponde, explicar cualquier análisis intermedio y las reglas de interrupción	
Aleatorización:	8a	Generación de Método utilizado para generar la secuencia de asignación aleatoria	

La secuencia	8b	Tipo de aleatorización; detalles de cualquier restricción (como bloques y tamaño de los bloques)	
Mecanismo de ocultación de la asignación	9	Mecanismo utilizado para implementar la secuencia de asignación aleatoria (como contenedores numerados de modo secuencial), describiendo los pasos realizados para ocultar la secuencia hasta que se asignaron las intervenciones	
Implementación	10	Quién generó la secuencia de asignación aleatoria, quién seleccionó a los participantes y quién asignó los participantes a las intervenciones	
Enmascaramiento	11a	Si se realizó, a quién se mantuvo cegado después de asignar las intervenciones (p. ej., participantes, cuidadores, evaluadores del resultado) y de qué modo	
	11b	Si es relevante, descripción de la similitud de las intervenciones	
Métodos estadísticos	12a	Métodos estadísticos utilizados para comparar los grupos en cuanto a la variable respuesta principal y las secundarias	
	12b	Métodos de análisis adicionales, como análisis de subgrupos y análisis ajustados	
<b>Resultados</b>			
Flujo de participantes	13 <sup>a</sup>	Para cada grupo, el número de participantes que se asignaron aleatoriamente, que recibieron el	

(se recomienda encarecidamente un diagrama de flujo)		tratamiento propuesto y que se incluyeron en el análisis principal	
	13b	Para cada grupo, pérdidas y exclusiones después de la aleatorización, junto con los motivos	
Reclutamiento	14 <sup>a</sup>	Fechas que definen los períodos de reclutamiento y de seguimiento	
	14b	Causa de la finalización o de la interrupción del ensayo	
Datos basales	15	Una tabla que muestre las características basales demográficas y clínicas para cada grupo	
Números analizados	16	Para cada grupo, número de participantes (denominador) incluidos en cada análisis y si el análisis se basó en los grupos inicialmente asignados	
Resultados y estimación	17 <sup>a</sup>	Para cada respuesta o resultado final principal y secundario, los resultados para cada grupo, el tamaño del efecto estimado y su precisión (como intervalo de confianza del 95%)	
	17b	Para las respuestas dicotómicas, se recomienda la presentación de los tamaños del efecto tanto absoluto como relativo	
Análisis secundarios	18	Resultados de cualquier otro análisis realizado, incluido el análisis de subgrupos y los análisis ajustados, diferenciando entre los especificados a priori y los exploratorios	
Daños (Perjuicios)	19	Todos los daños (perjuicios) o efectos no intencionados en cada grupo (para una orientación específica, véase "CONSORT for harms")	
<b>Discusión</b>			
Limitaciones	20	Limitaciones del estudio, abordando las fuentes de posibles sesgos, las de imprecisión y, si procede, la multiplicidad de análisis	
Generalización	21	Posibilidad de generalización (validez externa, aplicabilidad) de los hallazgos del ensayo	
Interpretación	22	interpretación consistente con los resultados, con balance de beneficios y daños, y considerando otras evidencias relevantes	
<b>Otra información</b>			
Registro	23	Número de registro y nombre del registro de ensayos	
Protocolo	24	Dónde puede accederse al protocolo completo del ensayo, si está disponible	
Financiación	25	Fuentes de financiación y otras ayudas (como suministro de medicamentos), papel de los financiadores	

\* Recomendamos de modo encarecido leer esta lista de comprobación junto con “the CONSORT 2010 Explanation and Elaboration” para aclarar dudas importantes sobre todos los ítems. Si procede, también recomendamos leer las extensiones de CONSORT para ensayos aleatorizados por conglomerados, ensayos de no-inferioridad y equivalencia, tratamientos no farmacológicos, intervenciones de medicamentos herbales y ensayos pragmáticos. Se están preparando otras extensiones: para éstas y para referencias actualizadas relevantes, relacionadas con esta lista de verificación, véase [www.consort-statement.org](http://www.consort-statement.org)

Herramienta metodológica CARE para reportes de casos no quirúrgicos



Topic	Item	Checklist item description	Reported on Line
Title	1	The diagnosis or intervention of primary focus followed by the words "case report"	_____
Key Words	2	2 to 5 key words that identify diagnoses or interventions in this case report, including "case report"	_____
Abstract (no references)	3a	Introduction: What is unique about this case and what does it add to the scientific literature?	_____
	3b	Main symptoms and/or important clinical findings	_____
	3c	The main diagnosis, therapeutic interventions, and outcomes	_____
	3d	Conclusion—(What is the main "take-away" lesson(s) from this case?)	_____
Introduction	4	One or two paragraphs summarizing why this case is unique (may include references)	_____
Patient Information	5a	De-identified patient-specific information	_____
	5b	Primary concerns and symptoms of the patient	_____
	5c	Medical, family, and psychosocial history including relevant genetic information	_____
	5d	Relevant past interventions with outcomes	_____
Clinical Findings	6	Describe significant physical examination (PE) and important clinical findings	_____
Timeline	7	Historical and current information from this episode of care organized as a timeline	_____
Diagnostic Assessment	8a	Diagnostic testing (such as ECG, laboratory testing, imaging, surveys)	_____
	8b	Diagnostic challenges (such as access to testing, financial, or cultural)	_____
	8c	Diagnosis (including other diagnoses considered)	_____
	8d	Prognosis (such as staging in oncology) where applicable	_____
Therapeutic Intervention	9a	Types of therapeutic intervention (such as pharmacologic, surgical, preventive, self-care)	_____
	9b	Administration of therapeutic intervention (such as dosage, strength, duration)	_____
	9c	Changes in therapeutic intervention (with rationale)	_____
Follow-up and Outcomes	10a	clinician and patient-reported outcomes (if available)	_____
	10b	Important follow-up diagnostic and/or test results	_____
	10c	Intervention adherence and tolerability (How was this assessed?)	_____
	10d	Adverse and unanticipated events	_____
Discussion	11a	A scientific discussion of the strengths AND limitations associated with this case report	_____
	11b	Discussion of the relevant medical literature with references	_____
	11c	The scientific rationale for any conclusions (including assessment of possible causes)	_____
	11d	The primary "take-away" lesson(s) of this case report (without references) in one paragraph conclusion	_____
Patient Perspective	12	The patient could share their perspective in one to two paragraphs on the treatment(s) they received	_____
Informed Consent	13	Did the patient give informed consent? Please provide if requested	Yes <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>

Fuente: <https://www.care-statement.org>

### Herramienta PRISMA para evaluar la calidad metodológica de las Revisiones Sistemáticas

sección / tema	Artículo #	Elemento de lista de verificación
<b>INFORMACIÓN ADMINISTRATIVA</b>		

<b>sección / tema</b>	<b>Artículo #</b>	<b>Elemento de lista de verificación</b>
<b>Título</b>		
<b>Identificación</b>	1a	Identificar el informe como protocolo de una revisión sistemática.
<b>Actualizar</b>	1b	Si el protocolo es para una actualización de una revisión sistemática previa, identifíquese como tal
<b>Registro</b>	2	Si está registrado, proporcione el nombre del registro (por ejemplo, PROSPERO) y el número de registro
<b>Autores</b>		
<b>Contacto</b>	3a	Proporcione el nombre, la afiliación institucional y la dirección de correo electrónico de todos los autores del protocolo; proporcionar la dirección postal física del autor correspondiente
<b>Contribuciones</b>	3b	Describir las contribuciones de los autores del protocolo e identificar al garante de la revisión.
<b>Enmiendas</b>	4 4	Si el protocolo representa una enmienda de un protocolo previamente completado o publicado, identifíquelo como tal y enumere los cambios; de lo contrario, plan estatal para documentar enmiendas importantes al protocolo
<b>Apoyo</b>		
<b>Fuentes</b>	5a	Indique las fuentes de apoyo financiero o de otro tipo para la revisión.
<b>Patrocinador</b>	5b	Proporcione el nombre del patrocinador de revisión y / o patrocinador
<b>Rol del patrocinador / financiador</b>	5c	Describa los roles del financiador (es), patrocinador (es) y / o institución (es), si los hay, en el desarrollo del protocolo.
<b>INTRODUCCIÓN</b>		
<b>Razón fundamental</b>	6 6	Describa los fundamentos de la revisión en el contexto de lo que ya se conoce.
<b>Objetivos</b>	7 7	Proporcione una declaración explícita de las preguntas que la revisión abordará con referencia a los participantes, intervenciones, comparadores y resultados (PICO)
<b>MÉTODOS</b>		
<b>Criterio de elegibilidad</b>	8	Especifique las características del estudio (p. Ej., PICO, diseño del estudio, entorno, marco de tiempo) y las características del informe (p. Ej., Años considerados, idioma, estado de publicación) que se utilizarán como criterios de elegibilidad para la revisión

sección / tema	Artículo #	Elemento de lista de verificación
<b>Fuentes de información</b>	9 9	Describa todas las fuentes de información previstas (por ejemplo, bases de datos electrónicas, contacto con autores de estudios, registros de ensayos u otras fuentes de literatura gris) con fechas planificadas de cobertura
<b>Estrategia de búsqueda</b>	10	El borrador actual de la estrategia de búsqueda se utilizará para al menos una base de datos electrónica, incluidos los límites planificados, de modo que pueda repetirse
<b>Registros de estudio</b>		
<b>Gestión de datos</b>	11a	Describa los mecanismos que se utilizarán para administrar registros y datos a lo largo de la revisión.
<b>Proceso de selección</b>	11b	Indique el proceso que se utilizará para seleccionar los estudios (por ejemplo, dos revisores independientes) a través de cada fase de la revisión (es decir, detección, elegibilidad e inclusión en el metanálisis)
<b>Proceso de recogida de datos</b>	11c	Describa el método planificado para extraer datos de los informes (por ejemplo, formularios piloto, realizados de forma independiente, por duplicado), cualquier proceso para obtener y confirmar datos de los investigadores
<b>Elementos de datos</b>	12	Enumere y defina todas las variables para las que se buscarán datos (por ejemplo, elementos PICO, fuentes de financiación), cualquier suposición y simplificación de datos planificada previamente
<b>Resultados y priorización</b>	13	Enumere y defina todos los resultados para los que se buscarán datos, incluida la priorización de resultados principales y adicionales, con justificación
<b>Riesgo de sesgo en estudios individuales.</b>	14	Describa los métodos anticipados para evaluar el riesgo de sesgo de los estudios individuales, incluido si esto se hará a nivel de resultado o estudio, o ambos; indicar cómo se utilizará esta información en la síntesis de datos
<b>Datos</b>		
<b>Síntesis</b>	15a	Describir los criterios bajo los cuales se sintetizarán cuantitativamente los datos del estudio.
	15b	Si los datos son apropiados para la síntesis cuantitativa, describa medidas de resumen planificadas, métodos de manejo de datos y métodos de combinación de datos de estudios, incluida cualquier exploración planificada de consistencia (por ejemplo, $I^2$ , tau de Kendall)

sección / tema	Artículo #	Elemento de lista de verificación
	15c	Describa cualquier análisis adicional propuesto (p. Ej., Análisis de sensibilidad o subgrupos, metarregresión)
	15d	Si la síntesis cuantitativa no es apropiada, describa el tipo de resumen planeado
<b>Meta sesgo (s)</b>	146	Especifique cualquier evaluación planificada de meta-sesgos (p. Ej., Sesgo de publicación entre los estudios, informes selectivos dentro de los estudios)
<b>Confianza en la evidencia acumulativa</b>	17	Describa cómo se evaluará la fuerza del cuerpo de evidencia (p. Ej., GRADE)

Fuente: <https://systematicreviewjournal.biomedcentral.com/articles/10.1186/2046-4053-4-1/tables/3>

## Calidad de la evidencia científica según diseño de estudio

**TABLA 1** Criterios GRADE para valorar la calidad de la evidencia

Calidad de evidencia	Diseño de estudio	Disminuir si*	Aumentar si*
Alta	ECA	Importante (-1) o muy importante (-2) limitación de la calidad del estudio	Asociación fuerte, sin factores de confusión, consistente y directa (+1)**
Moderada		Inconsistencia importante (-1)	Asociación muy fuerte, sin amenazas importantes a la validez (no sesgos) y evidencia directa (+2)
Baja	Estudio observacional	Alguna (-1) o gran (-2)*** incertidumbre acerca de que la evidencia sea directa	
Muy baja	Cualquier otra evidencia	Datos escasos o imprecisos (-1) Alta probabilidad de sesgo de notificación (-1)	Gradiente dosis respuesta (+1) Todos los posibles factores confusores podrían haber reducido el efecto observado (+1)

\*1 = subir o bajar un nivel (por ejemplo, de alta a intermedia); 2 = subir o bajar dos niveles (por ejemplo, de alta a baja).

\*\*Un riesgo relativo estadísticamente significativo > 2 (< 0,5), basado en evidencias consistentes en 2 o más estudios observacionales, sin factores de confusión plausibles.

\*\*\*Un riesgo relativo estadísticamente significativo > 5 (< 0,2), basado en evidencia directa y sin amenazas importantes para la validez.



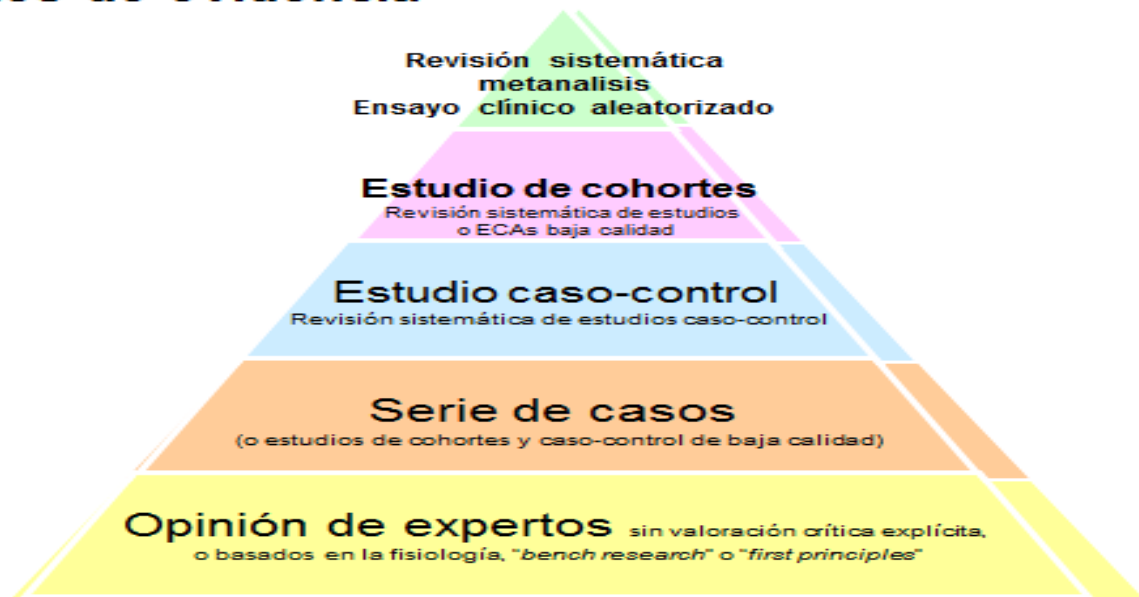
Declaración STROBE: lista de verificación de elementos que deben incluirse en informes de estudios Observacionales

### STROBE Lista de Chequeo

Lista de verificación de los elementos que deben ser incluidos en los informes de los estudios observacionales

Sección	Item No	Recomendación	Reported on Page No
<b>Título y Resumen</b>	1	(a) Identifique el artículo como un estudio de cohortes en el título o el resumen	
		(b) El resumen debería ser una síntesis estructurada y muy informativa del artículo, teniendo en cuenta los puntos desarrollados en la lista de comprobación que sigue	
<b>Introduction</b>			
Antecedentes/ fundamentos	2	Explique los antecedentes científicos y los fundamentos del estudio	
Objetivos	3	Consigne los objetivos específicos y cualquier hipótesis pre-especificada	
<b>Métodos</b>			
Diseño del estudio	4	Presente los elementos clave del diseño del estudio. Declare el objetivo general del estudio original, si el artículo es uno de varios de un estudio en curso	
Marco	5	Describa el marco, lugares y fechas, definiendo los periodos de recogida de datos	
Participantes	6	(a) Explique los criterios de inclusión y exclusión, la fuente y los métodos de selección de los participantes	
		Para los casos y los controles por separado, explique los criterios de inclusión y exclusión, la fuente y los métodos de selección	
		(b) Describa los periodos y los métodos de seguimiento	
		Dé criterios diagnósticos precisos de los casos y motivos para escoger a los controles	
VARIABLES DE INTERÉS	7	Proporcione una lista y defina claramente todas las variables de interés, indicando cuáles son tratadas como medidas de efecto o de exposición y cuáles son potenciales predictoras, variables de confusión o modificadoras	
Medidas	8*	Proporcione detalles de los métodos de determinación para cada variable de interés	
Sesgos		Si procede, describa la comparabilidad de los procedimientos en los diferentes grupos	

## Niveles de evidencia



Levels of evidence tomado de <http://www.cebm.net/index.aspx?o=1025>

## Niveles de Evidencia (GRADE)

Nivel	Descripción
Alto	Cuando se estima que más investigaciones es poco probable que vayan a mejorar el nivel de confianza del resultado estimado.
Moderado	Cuando se piensa que el desarrollo de más investigaciones pueden modificar el nivel del efecto estimado.
Bajo	Cuando se estima que el desarrollo de más investigaciones es muy probable que modifique el nivel de confianza del efecto estimado.
Muy bajo	Cuando la estimación del efecto es muy incierta.

Atkins D, Best D, Briss PA, for the GRADE working group et al (2004) Grading quality of evidence and strength of recommendations. *BMJ* 328:1490 (<http://www.bmj.com/cgi/content/full/328/7454/1490>).

### Anexos 3

#### Conceptos

**Obsesión:** es un pensamiento, una idea o una sensación recurrente e intrusiva, es un acontecimiento mental.

**Compulsión:** es una conducta consiente, estandarizada y recurrente como contar, verificar o evitar.

**Egodistónico:** Conducta no deseada, completamente en contra de la moral para el individuo.

**Fobia Específica:** miedo excesivo a un objeto, circunstancia o situación específica, es un miedo intenso y persistente a un objeto o situación, para el diagnóstico requiere la aparición de una ansiedad intensa hasta llegar al pánico cuando se expone el paciente al objeto o situación temido.

**Trastorno de Ansiedad Social (Fobia Social):** Implica el miedo a situaciones sociales incluidas las situaciones que implican el escrutinio o contacto con desconocidos, refleja la clara diferenciación con la fobia específica que es el miedo intenso y persistente a un objeto o situación, las personas tienen miedo a sentir vergüenza en situaciones sociales (reuniones sociales, presentaciones orales, conocer a gente nueva, tienen miedo específico a realizar actividades específicas como comer o hablar ante otra persona, el miedo se dirige al bochorno que se puede sentir en la situación, no a la situación en sí.

**Ansiedad:** es una respuesta normal y adaptativa a la amenaza que prepara al organismo para la lucha o la huida. Los individuos que parecen estar ansiosos ante casi todo reciben el diagnóstico de trastorno de ansiedad generalizada. Es una ansiedad y preocupación excesiva sobre diversos acontecimientos o actividades durante la mayor parte de los días, a lo largo de un periodo de 6 meses como mínimo. La preocupación es difícil de controlar y se asocia a síntomas somáticos como: tensión muscular, irritabilidad, trastorno del sueño e inquietud, es sugestivamente angustiante y deteriora áreas importantes de la vida de un individuo.

**Miedo:** Sensación de angustia provocada por la presencia de un peligro real o imaginario, sentimiento de desconfianza que impulsa a creer que ocurrirá un hecho contrario a lo que se desea.

**Neuroplasticidad:** Proceso que provoca cambios en la estructura, los circuitos, la química, y funciones cerebrales como respuesta a cambios en su entorno.

**Psicofármaco:** Es una sustancia química que induce cambios en el proceso mental. Estos agentes inciden en el sistema nervioso central, con el objetivo de mejorar y / o suprimir los signos y síntomas del paciente.

**Psicoterapia:** Es el tratamiento no farmacológico llevado a cabo por un profesional de la salud mental que tiene como objetivo la modificación de pensamientos.

**Trastono Mental:** Conjunto de síntomas y signos de significación conductual o psicológica o en la esfera emocional de origen multicausal, que altera su desarrollo psicosocial.