



SOBRE LA HETEROGENEIDAD DEL TRASTORNO OBSESIVO-COMPULSIVO: UNA REVISIÓN

GEMMA GARCÍA-SORIANO^{1,2}, AMPARO BELLOCH¹ y CARMEN MORILLO³

¹Facultad de Psicología, Universidad de Valencia

²Facultad Ciencias Humanas y Sociales, Universitat Jaume I, Castellón

³Departamento de Salud nº 5, Agencia Valenciana de Salud, Valencia

Resumen: Aunque tradicionalmente el Trastorno Obsesivo-Compulsivo (TOC) se ha considerado un trastorno unitario, cada vez son más los estudios que abordan empíricamente su heterogeneidad. En este trabajo se revisan críticamente las principales clasificaciones teóricas y empíricas propuestas en la literatura sobre el TOC, atendiendo especialmente a aquellas que se han centrado en la agrupación de la sintomatología obsesivo-compulsiva. Dentro de estos estudios se evidencian a su vez dos aproximaciones diferentes: la dimensional (utilizando metodología analítico-factorial) y la categorial (utilizando análisis cluster). Desde la primera se han estudiado tanto los pensamientos intrusos análogos a obsesiones experimentados por la población general, como las obsesiones clínicas en personas con TOC. En la mayor parte de los estudios, unos y otras se agrupan en un número de factores (grupos de síntomas) que oscila entre 4 y 6. Desde la perspectiva categorial se ha trabajado exclusivamente con población TOC, y los resultados, aunque menos consistentes, vienen a coincidir en un rango de entre 3 y 5 clusters o grupos de pacientes. Estos resultados, así como las ventajas y limitaciones de los enfoques metodológicos y conceptuales de los que surgen, se examinan y valoran con especial énfasis en sus respectivas aportaciones al conocimiento del TOC.

Palabras clave: heterogeneidad, subtipos, dimensiones, trastorno obsesivo-compulsivo.

On heterogeneity of the obsessive-compulsive disorder: a review

Abstract: Although obsessive-compulsive disorder (OCD) has been traditionally considered a homogeneous disorder, there is a growing number of studies as to its heterogeneity. In this article, we review the main theoretical and empirical classifications as found in the literature on OCD, with a special eye on those that focus on grouping together obsessive-compulsive symptoms. These studies comprise two different methodological approaches: the dimensional (using factorial-analytic methods) and the categorial (using cluster analyses). The first approach has been used to study both the intrusive thoughts analogous to obsessions as experienced by non-clinical participants, as well as the clinical obsessions in OCD patients. The main part of these studies was found to cluster a number of factors (groups of symptoms) between four and six. From a categorial perspective only OCD patients were studied and —though less consistent— the results point at a range between three and five clusters or groups of patients. These results, as well as the advantages and limitations of the methodological and conceptual approaches encountered, are examined and evaluated with special emphasis on their respective contributions to the understanding of OCD.

Keywords: heterogeneity, subtypes, dimensions, obsessive-compulsive disorder.

INTRODUCCIÓN

El Trastorno Obsesivo-Compulsivo (TOC) se ha venido considerando un trastorno unitario en

los principales sistemas nosológicos psiquiátricos de la OMS y la APA, desde sus primeras formulaciones hasta las más recientes. Sin embargo, en la clínica se observan grandes diferencias entre los pacientes diagnosticados de TOC en sus manifestaciones sintomáticas. Estas diferencias se detectan tanto en la forma

Recibido 10 junio 2008; aceptado 25 junio 2008

Correspondencia: Gemma García-Soriano, Departamento de Personalidad, Evaluación y Tratamientos Psicológicos, Facultad de Psicología, Universidad de Valencia, Avda. Blasco Ibáñez, 21, 46010 Valencia (España). Correo-e: gemma.garcia@uv.es

Agradecimientos: Este trabajo forma parte del proyecto de investigación SEJ2006/03893-PSIC (Ministerio de Ciencia y Tecnología; A. Belloch, Investigadora Principal).

como en el contenido de los síntomas, así como en los diferentes patrones de respuesta al tratamiento que no parecen ser explicables apelando únicamente a factores como la comorbilidad, la duración del trastorno, o aspectos de tipo demográfico (vgr., nivel educativo, género, edad, etc.). Es asimismo relativamente frecuente observar la coexistencia, en un mismo paciente, de modalidades y/o contenidos muy distintos de obsesiones y compulsiones, o incluso la transición de unas a otras a lo largo del curso evolutivo del trastorno. Esta complejidad, que en muchos casos hace dudar de la homogeneidad o unicidad del trastorno, empieza a hacerse patente también en la investigación, ya que un número creciente de investigadores está planteando la posibilidad de que nos hallemos ante una psicopatología más heterogénea de lo que cabía esperar. Muestra de ello es la publicación en los últimos años de varios artículos de revisión sobre este tema (vgr., Mataix-Cols, do Rosario-Campos y Leckman, 2005a; McKay, Abramowitz, Calamari, Kyrios, Radomsky, Sookman et al., 2004), además de números monográficos de publicaciones periódicas de prestigio dedicados al análisis de la heterogeneidad del TOC (Behaviour Therapy, 2005, 36). En este mismo contexto, cabe seguramente situar el debate que se está produciendo en el grupo de consenso que trabaja en la reorganización y categorización de los trastornos de ansiedad para la futura versión V del DSM (2006; Mataix-Cols, Pertusa y Leckman, 2007).

La posibilidad de identificar subconjuntos o categorías diferenciadas de pacientes dentro de un mismo trastorno y, como consecuencia, el desarrollo de un sistema de subtipos sencillo de emplear, fiable, válido, comprensible y significativo, tiene importantes implicaciones positivas, tanto desde el punto de vista teórico, como desde una perspectiva más aplicada (Zubeidat, Sierra, y Fernández, 2007). En el caso del TOC, además de proporcionar una descripción más exacta y definida de la psicopatología del trastorno, puede tener importantes repercusiones tanto a nivel *etiológico* (p.ej., buscar una etiología común para el desarrollo de unos síntomas determinados o patrones de creencias asociadas distintas, en función de la modalidad o

subtipo de TOC), como de *evaluación y diagnóstico* (p.ej., creación y uso de métodos y herramientas de evaluación mejores que a su vez proporcionen un mejor conocimiento de estas manifestaciones del trastorno), y *terapéutico* (p.ej., detección de aquellos subtipos que respondan peor a la terapia y desarrollo de protocolos de tratamiento específicos y más eficaces).

El acercamiento al estudio de la heterogeneidad se ha realizado desde el supuesto de que los diferentes «fenotipos» (basados en las manifestaciones clínicas de los síntomas —contenido, función, gravedad— o en la respuesta al tratamiento) son la expresión de diferentes «genotipos», entendiéndose genotipo en un sentido muy amplio que abarcaría diferencias en aspectos muy diversos, como las creencias sobre los síntomas, la edad de inicio del trastorno, la comorbilidad con otras psicopatologías, etc. Así, el estudio de la heterogeneidad del TOC se ha centrado en la delimitación de los diferentes «fenotipos», y en la búsqueda de las diferencias que subyacen a los mismos. No obstante, hay que decir que tanto la delimitación de los «fenotipos» como la de los «genotipos» se han realizado en muchas ocasiones sobre la base de los mismos o muy parecidos criterios. Por ejemplo, se ha trabajado con las creencias disfuncionales como «fenotipo» o criterio para clasificar a los pacientes en grupos, pero también como «genotipo» explicativo de esas mismas agrupaciones de pacientes.

Respecto a la delimitación del «fenotipo», se han propuesto taxonomías basadas en criterios tan variados como los siguientes: (1) las características demográficas y clínicas, como la edad de comienzo del trastorno (p.ej., Geller, Biederman, Jones, Park, Schwartz, Shapiro et al., 1998) o la historia familiar de TOC (p.ej., Christensen, Kim, Dysken y Hoover, 1992); (2) la gravedad de los síntomas, su interferencia o el malestar que provocan (p.ej., Amir, Foa y Coles, 1997; Fals-Steward, 1992; McKay, Danyko, Neziroglu y Yaryura Tobias, 1995); (3) condiciones comórbidas como la presencia o ausencia de tics (p.ej., Leckman, Grice, Barr, deVries, Martin, Cohen et al., 1995) o de trastornos de personalidad (p.ej., Fals-Steward y Lucente, 1993; Sobin, Blundell, Weiller, Hai-

man y Karayiorgou, 2000); (4) la forma de aparición de las obsesiones (duda, pensamiento, impulso, miedo o imagen) (p.ej., Akhtar, Wid, Verna, Pershod y Verna, 1975); (5) el tipo de déficit neuropsicológico asociado al trastorno (p.ej., Harris y Dinn, 2003). Con todo, la mayoría de estudios que desarrollan clasificaciones del TOC, tanto a nivel racional como a nivel empírico, se han centrado en establecer taxonomías sobre la base del contenido de la sintomatología obsesivo-compulsiva (OC), esto es, en la expresión más observable o manifiesta del trastorno, o si se quiere, más inequívocamente «fenotípica».

La revisión que aquí se presenta adopta esa misma perspectiva. Se describen por tanto los resultados derivados de los planteamientos racionales o teóricos (que hemos denominado «taxonomías racionales»), como los que proporcionan las investigaciones empíricas («taxonomías empíricas»). Estas segundas, toman como referente bien las agrupaciones de síntomas obsesivo-compulsivos en personas con TOC, bien las agrupaciones de productos cognitivos análogos a las obsesiones clínicas (pensamientos, imágenes e impulsos intrusos obsesivos) que experimenta la población general. Hay que recalcar el hecho de que ambas modalidades de taxonomía están basadas en la manifestación sintomática (o análoga) y no en otras consideraciones de la psicopatología TOC (vgr., demografía, respuesta al tratamiento, creencias disfuncionales subyacentes, estrategias de control, etc.). En nuestra opinión, este enfoque es un primer paso necesario para la búsqueda y caracterización de posibles subtipos y/o modalidades del TOC. Dicho en otros términos: en la medida en que se pueda constatar que hay variantes claramente identificables del TOC («fenotipos clínicos»), se estará en disposición de emprender la búsqueda sistemática de las razones que expliquen tal diversidad, es decir, estará justificada la investigación «genotípica».

TAXONOMÍAS RACIONALES DEL TOC

Las primeras taxonomías relativas al TOC se realizaron desde una perspectiva racional, definiendo subgrupos de síntomas derivados de

consideraciones tales como los contenidos de las obsesiones y/o de las compulsiones (p.ej., Foa y Wilson, 1992; Kozak, Foa y McCarthy, 1988; Lewis, 1936; Marks, 1987), a partir de la observación clínica sistemática de las personas con psicopatología obsesivo-compulsiva.

Una de las clasificaciones más relevantes y más utilizadas en la práctica clínica, es la que clasifica a los pacientes TOC en dos grandes grupos, en función de la ausencia o presencia de compulsiones manifiestas u observables (p.ej., rituales de limpieza, comprobación). Los pacientes que no presentan compulsiones manifiestas son tradicionalmente identificados como «obsesivos puros» o «rumiadores», mientras que a los pacientes con compulsiones se les etiqueta como «obsesivos con compulsiones manifiestas» (Rachman, 1971). Esta división es la que han seguido los sistemas de clasificación psiquiátricos: por ejemplo, la CIE-10 especifica tres subgrupos de TOC, los que manifiestan predominantemente obsesiones, los que tienen más compulsiones y los mixtos. Por tanto, se centra en los aspectos más observables del trastorno, obviando aspectos importantes como, por ejemplo, la existencia de *temas* obsesivos diferentes o los *mecanismos* diferenciales potencialmente *implicados* en su génesis y mantenimiento. Esta clasificación ha provocado no pocas confusiones, de las que quizá la más importante haya sido la de asimilar cualquier estrategia que los pacientes utilizan para controlar o afrontar las obsesiones, con una modalidad concreta de ellas: la «compulsión». Y la realidad es que ese término alude a estrategias (encubiertas o manifiestas) siempre ritualizadas, que implican la pérdida del control voluntario de los actos o la dificultad o imposibilidad de dejar de realizar la conducta (p.ej., el lavado repetitivo de las manos o el conteo mental). En todo caso, hay pocos trabajos que hayan estudiado características diferenciales «genotípicas» entre los obsesivos puros y los obsesivos con compulsiones. Hace más de una década, Arts, Hoogduin, Schaap y de Haan (1993) investigaron las diferencias entre ambos subgrupos en variables demográficas y clínicas, y encontraron que los obsesivos puros solían estar casados, tenían un menor nivel educativo, las quejas habían empezado a una edad más tar-

día, describían más síntomas depresivos y se manifestaban como menos inteligentes. Las implicaciones de estas diferencias no fueron, sin embargo, objeto de análisis ni, que sepamos, los resultados han sido posteriormente replicados.

Las clasificaciones que se presentan a continuación no difieren excesivamente de la dicotómica que acabamos de describir, porque las manifestaciones observables del trastorno siguen teniendo mucho peso y los subtipos se establecen especialmente en función del tipo de compulsiones que presenta el paciente (p.ej., limpieza, comprobación, repetición, orden), por lo que los pacientes sin compulsiones manifiestas se suelen incluir en un «cajón de sastre», que recibe varios nombres: «obsesiones» (Marks, 1987), «obsesivos sin conductas compulsivas manifiestas» (de Silva y Rachman, 1992) u «obsesivos» (Kozak, Foa y McCarthy, 1987). Por otro lado, aunque existen diversas clasificaciones, ninguna de ellas cuenta con un consenso generalizado. Comentaremos brevemente las de Marks (1987), de Silva y Rachman (1992) e Insel (1984, 1985), y el modelo del grupo de Foa (Foa y Wilson, 1992; Foa, Steketee y Ozaaron, 1985; Kozak et al., 1987).

Marks (1987) diferencia tres tipos de manifestaciones clínicas en el TOC: (1) rituales compulsivos con obsesiones, (2) lentitud sin rituales visibles y las (3) obsesiones. En una línea similar, de Silva y Rachman (1992) identifican cinco subtipos: (1) compulsiones de limpieza/lavado, (2) compulsiones de comprobación, (3) otro tipo de compulsiones manifiestas, (4) obsesiones no acompañadas de conducta compulsiva manifiesta y (5) lentitud obsesiva primaria. Por su parte, Insel (1984, 1985) señaló los siguientes subtipos: (1) obsesivos de limpieza, (2) dubitativos con conductas de comprobación, (3) rumiadores con pensamientos pero sin conductas obsesivas y (4) obsesivos con entencimiento.

El grupo de Foa (Foa et al., 1985; Kozak et al., 1987) propuso una clasificación a partir de la combinación de tres elementos: (1) el tipo de indicios que provocan ansiedad, (2) la presencia o ausencia de pensamientos sobre posibles consecuencias catastróficas y (3) el tipo de actividad/compulsión que reduce la ansiedad. La

combinación de estos tres criterios da lugar a ocho subtipos de TOC de los cuales solo seis son observables en realidad en la clínica: comprobación-limpieza, orden-limpieza, repetición, y las correspondientes 3 modalidades de obsesivos «puros». Foa y su grupo, al igual que otros muchos autores, defienden que los subtipos no son mutuamente excluyentes, ya que un paciente puede tener síntomas de varios tipos (algo que también indican de Silva y Rachman, 1992). Además, más que la presencia *versus* la ausencia total de estímulos disparadores y de anticipación de consecuencias catastróficas, los autores realizan esta distinción atendiendo a tendencias generales o cuestiones de grado, por lo que postulan un modelo inequívocamente dimensional, mas que categorial excluyente, a la hora de establecer las diferentes modalidades o subtipos de TOC.

En síntesis, si se suman las distintas modalidades o manifestaciones del trastorno que se han postulado desde una perspectiva racional, se observan siete categorías o tipos de TOC, no necesariamente excluyentes (es decir, que un paciente puede presentar más de una): (1) Obsesiones puras; (2) Compulsiones de limpieza/lavado; (3) Compulsiones de comprobación; (4) Compulsiones de repetición; (5) Compulsiones de orden; (6) Compulsiones de acumulación; (7) Lentitud. Como veremos a continuación, esta caracterización clínica va a ser determinante a la hora de analizar empíricamente su presencia, dado que las investigaciones se han realizado sobre la base de inventarios o cuestionarios que recogen, en su totalidad o parcialmente, estas siete modalidades.

TAXONOMÍAS EMPÍRICAS DEL TOC

El análisis empírico de la heterogeneidad de los contenidos obsesivo-compulsivos se ha realizado desde diferentes vertientes, pero en general coinciden en utilizar listados de síntomas evaluados a su vez por medio de autoinformes o entrevistas semiestructuradas. Con este objetivo se han empleado tanto instrumentos de síntomas obsesivo compulsivos, como de pensamientos intrusos obsesivos análogos a las obsesiones, y se ha empleado tanto población clínica TOC como no

clínica. Además, esta aproximación se ha realizado desde dos vertientes teóricas diferentes que se han asociado a dos técnicas estadísticas multivariadas difíciles de integrar: el análisis de clusters y el análisis factorial. Desde la primera perspectiva se trata de describir *subtipos o categorías homogéneas de sujetos* con TOC (p.ej., Calamari, 2005), mientras que desde la segunda se trata más bien de establecer conjuntos de síntomas, a los que solo en un momento posterior se asignarían los pacientes (p.ej., Mataix-Cols et al., 2005a). En este caso, además, un mismo paciente podría encuadrarse en más de un subgrupo o conjunto de síntomas, que además variarían a lo largo de un continuo de intensidad o presencia (por ejemplo, definido en términos de frecuencia, interferencia, molestia, etc.).

En definitiva, el primer enfoque, de tipo categorial, parte de asumir que el TOC está formado por subtipos, subgrupos o categorías diferentes, y desde esta perspectiva las investigaciones buscan establecer tipologías de pacientes en función de sus síntomas (p.ej., Abramowitz, Franklin, Schwartz y Furr, 2003; Calamari, Wiegartz, y Janeck, 1999; Calamari, Wiegartz, Riemann, Cohen, Greer et al., 2004). Lógicamente, desde esta perspectiva todos los trabajos se han realizado con población clínica TOC. Sin embargo, desde el segundo enfoque, dimensional, los subtipos no existen por sí mismos, sino que son puntos extremos dentro de un continuo. Estos trabajos utilizan técnicas de análisis factorial (exploratorio y confirmatorio) para desvelar la estructura o dimensiones subyacentes a las manifestaciones sintomáticas observadas en las medidas de síntomas TOC (p.ej., Denys, de Geus, van Meegen y Westenberg, 2004; Mataix-Cols, Rauch, Manzo, Jenike y Baer, 1999; Summerfelt et al., 1999), o alternativamente, en las medidas de intrusiones análogas a las obsesiones clínicas, como el Cuestionario de Intrusiones Cognitivas (CIQ) (Freeston, Ladouceur, Thibodeau y Gagnon, 1991) o el Revised Obsessional Intrusions Inventory (ROII; Purdon y Clark, 1994b). Las dimensiones o factores que se derivan no son mutuamente excluyentes como los subtipos, porque cada individuo puede «puntuar» en una o más dimensiones de síntomas a la vez. Dado que el modelo dimensional asume un continuo

entre la normalidad (vgr., intrusiones cognitivas con contenidos obsesivos) y la psicopatología (obsesiones), los estudios se han realizado tanto en población clínica TOC como en personas sin psicopatología. En realidad, una parte muy sustantiva de estudios se ha realizado con población no clínica, buscando posteriormente la confirmación de la estructura obtenida en pacientes TOC. A continuación se resumen los principales resultados de ambos tipos de investigaciones: las realizadas desde una perspectiva tipológica (llevadas a cabo únicamente con población clínica) y las diseñadas desde un planteamiento dimensional, analizadas tanto en población general como clínica.

Enfoque dimensional: estudios con población general no clínica

Partiendo de uno de los supuestos centrales del modelo cognitivo, una línea importante de investigación ha trabajado la heterogeneidad del TOC utilizando población no clínica. Y esta aproximación se ha realizado de dos formas diferentes: (1) por medio del empleo de instrumentos desarrollados específicamente para evaluar obsesiones y compulsiones y (2) con instrumentos desarrollados para evaluar pensamientos intrusos obsesivos, es decir, análogos normales de las obsesiones clínicas.

Dado que la población no clínica no presenta obsesiones ni compulsiones propiamente dichas, parece más apropiado emplear instrumentos desarrollados para la evaluación de ambos fenómenos sin que necesariamente ello comporte significado clínico. Por tanto, centraremos nuestra atención en la segunda aproximación. Sin embargo, ya desde este momento es preciso anotar lo que se podría entender como una limitación de este enfoque: la investigación sobre pensamientos intrusos obsesivos (PIO) se realiza exclusivamente sobre ellos, en tanto que se les considera como análogos válidos de las obsesiones clínicas. Y, como desde la perspectiva cognitiva, las compulsiones forman parte de las estrategias de neutralización consecuentes a la experiencia de un PIO, estas estrategias se examinan en relación con contenidos concretos de estos pensamientos, y no de manera independiente.

Se han desarrollado diferentes instrumentos para evaluar la frecuencia de PIO en población normal, si bien la mayoría de los mismos parten de una definición amplia de qué es un pensamiento intruso, evaluando no solo PIO sino también pensamientos automáticos negativos o preocupaciones. Por ejemplo, Freeston et al. (1991) hallaron que los factores del Cuestionario de Intrusiones Cognitivas (CIQ) correlacionaban más con síntomas depresivos y ansiosos que obsesivo-compulsivos. Por ello, nos centraremos en el único instrumento con el que se han realizado factorizaciones de los contenidos de los PIO, pues el resto de trabajos que los han evaluado y analizado su estructura factorial, han incluido además otras variables, tales como molestia, duración o aceptabilidad de los PIO (p.ej., Edwards y Dickerson, 1987; England y Dickerson, 1988; Parkinson y Rachman, 1981). Nos referimos al Inventario de Intrusiones Obsesivas (OII; Purdon y Clark, 1993), el Inventario de Intrusiones Obsesivas Revisado (ROII; Purdon y Clark, 1994) y una reciente modificación y adaptación del mismo realizada por nuestro grupo, el Inventario de Pensamientos Intrusivos Obsesivos (INPIOs) (García-Soriano, 2008).

A partir de una serie de análisis factoriales exploratorios (AFE) del OII, que evalúa 52 PIO de diferente contenido, Purdon y Clark (1993) hallaron una estructura de un factor sobre temas sexuales y agresivos en el caso de los hombres, y dos factores (contenidos de sexo y agresión y suciedad y contaminación) en las mujeres. En la revisión del instrumento, Purdon y Clark (1994b; ROII) propusieron emplear la puntuación total del inventario. El ROII ha sido traducido y validado en muestras clínicas españolas con TOC (Morillo, Belloch y García-Soriano, 2007) y no clínicas (Belloch, Morillo, Lucero, Cabedo y Carrió, 2004). Siguiendo el trabajo de Purdon y Clark (1993), Belloch et al. (2004) realizaron un AFE sobre los 46 ítems (del total de 52) que habían sido experimentados por más de un 80% de la muestra (N=336 no clínicos). La solución factorial que mejor se ajustaba, tanto para hombres como para mujeres, fue la de dos factores, equivalente a grandes rasgos a la solución factorial obtenida por Purdon y Clark (1993) para la muestra de mujeres. De forma paralela, Lee y Kwon (2003) también han estu-

diado la estructura factorial del ROII, y han confirmado una estructura de dos factores que se ajusta a su modelo teórico (obsesiones autógenas y reactivas) que se comenta más adelante (véase Tabla 1). El primer factor, Autógeno, sería equivalente al primer factor encontrado por Purdon y Clark (1993) y Belloch et al. (2004) y contendría PIO de contenido sexual, agresivo, inmoral o blasfemo. El segundo factor (Reactivo) haría referencia al factor encontrado por Purdon y Clark (1993) únicamente en las mujeres y al segundo factor identificado por Belloch et al. (2004) tanto en hombres como en mujeres, incluyendo temas de contaminación, accidentes, orden, simetría, y errores. Más recientemente, Moulding, Kyrios, Doron y Nedeljkovic (2007) han constatado que la estructura bidimensional propuesta por Lee y Kwon (2003) tiene un mejor ajuste que la unidimensional. En síntesis, los trabajos que han estudiado la estructura del ROII muestran de forma consistente la presencia de dos factores: un primer factor con PIO de contenido agresivo, sexual, sobre conductas inapropiadas o inmorales y un segundo factor que se caracteriza por la presencia de PIO de contenido de simetría, orden, contaminación y duda.

Lee y Kwon (2003), sobre la base de la solución de dos factores del ROII, desarrollan un modelo teórico sobre los PIO (que extrapolan a las obsesiones clínicas). Este modelo recuerda a la distinción clásica entre obsesiones con y sin compulsiones, pero presenta algunas variantes interesantes. Desde el punto de vista temático o de contenido, las obsesiones autógenas se corresponderían a lo que Rachman (2003) definió como obsesiones (i.e., temática sexual, blasfema y religiosa), mientras que las obsesiones reactivas serían todas aquellas que se han calificado clásicamente como «obsesiones con compulsiones» (i.e., pensamientos sobre contaminación, orden o comprobación). Pero la diferenciación entre obsesiones autógenas y reactivas intenta ir más allá de la mera caracterización fenotípica en función de la presencia o ausencia de compulsiones y, centrándose en la importancia del contenido de las obsesiones, postula un modelo teórico sobre los posibles factores cognitivo-conductuales implicados en el desarrollo de los dos tipos de obsesiones.

El INPIOs incluye una mayor heterogeneidad

Tabla 1. Características diferenciales entre las obsesiones autógenas y reactivas (basado en Lee y Kwon, 2003)

<i>Características</i>	<i>Obsesiones Autógenas</i>	<i>Obsesiones Reactivas</i>
Facilidad para identificar los estímulos desencadenantes	Relativamente difícil. Aparición abrupta en el flujo de pensamiento	Relativamente fácil. Estímulo evocador externo identificable
Conexión entre el contenido del pensamiento y los estímulos desencadenantes	Menor conexión Simbólica o asociativa	Mayor conexión Realista y lógica
Contenidos típicos de las obsesiones	Sexuales, actos agresivos o violentos, blasfemos, inmorales, escenas o situaciones desagradables	Contaminación o suciedad, duda sobre errores o accidentes, desorden o asimetría, pérdida de cosas importantes
Egodistonia	Alta	Baja
Irracionalidad percibida	Alta	Baja
Facilidad para ser distinguidas de los pensamientos automáticos	Alta	Baja
Estrategias de afrontamiento	Encubiertas y de evitación	Manifiestas y de confrontación
¿Compulsiones asociadas?	No	Limpiar, comprobar, ordenar, acumular

de contenidos obsesivos, y ha sido desarrollado y validado en el contexto español. Mediante análisis factoriales exploratorios y confirmatorios (García-Soriano, 2008), se ha constatado que la estructura más ajustada a los datos es la formada por 6 factores de primer orden, con los siguientes contenidos de PIO: 1) agresivos; 2) sexuales, religiosos, repugnantes, existenciales, y conductas socialmente inadecuadas; 3) simetría y orden; 4) dudas y comprobación; 5) limpieza y contaminación; y 6) superstición. Estos factores se engloban en una estructura superior de segundo orden de dos factores: en el primero se incluyen los PIO de los factores 1 y 2, y en el segundo los de los 4 factores restantes. Estas dos estructuras de segundo orden son en gran medida equivalentes a los factores «autégeno» y «reactivo» obtenidos con el ROII que antes se mencionaron.

Enfoque dimensional: estudios con población TOC

Los primeros trabajos que se aproximaron a la heterogeneidad del TOC desde un enfoque

dimensional lo hicieron a partir del análisis de la estructura de los instrumentos que evalúan síntomas OC. El primer estudio sobre un instrumento validado psicométricamente para identificar subtipos de síntomas fue el de Hodgson y Rachman (1977) en el que se desarrolló el Inventario de Obsesiones y Compulsiones de Maudsley (MOCI). Diferentes trabajos con pacientes TOC han propuesto una estructura de 4 componentes: (1) limpieza / contaminación, (2) comprobación, (3) duda / minuciosidad y (4) lentitud / repetición (Hodgson y Rachman, 1977; Emmelkamp, Kraaijkamp y van den Hout, 1999). Ante las limitaciones de este instrumento, que no incluye ítems con obsesiones ni con compulsiones encubiertas (p.ej., van Oppen, Hoekstra y Emmelkamp, 1995), se desarrolla el Inventario de Padua (PI, Padua Inventory; Sanavio, 1988) que incluye síntomas cognitivos y conductuales que miden tanto obsesiones como compulsiones. Si bien se han realizado dos revisiones de este instrumento y se han propuesto diferentes estructuras factoriales para cada una de ellas (Burns, Keortge, Formea y Sternberg, 1996; van Oppen et al., 1995), únicamente la revisión

de van Oppen et al. (1995) se elaboró a partir de población con TOC.

Con estos primeros instrumentos, MOCI y Padua, se observa de forma consistente la presencia de tres dimensiones que, en general, contienen tanto obsesiones como compulsiones asociadas a *limpieza, duda-comprobación y obsesiones «puras»*. Sin embargo, éstas no son más que el reflejo de las dimensiones sobre las que se desarrollaron los instrumentos empleados y representan los síntomas más reconocidos en la literatura del TOC en el momento en que se desarrollaron ambos instrumentos (i.e., limpieza y comprobación).

Ante las limitaciones de los instrumentos anteriores, se desarrolló la Escala Yale-Brown de Obsesiones y Compulsiones (Y-BOCS; Yale-Brown Obsessive-Compulsive Scale; Goodman, Price, Rasmussen, Mazure, Fleischmann, Hill et al., 1989), cuyo listado de síntomas (YBOCS-SC; Symptom Checklist of the Yale-Brown Obsessive-Compulsive Scale; Goodman et al., 1989) es

el instrumento que ha recibido más atención dentro del estudio de la heterogeneidad del TOC debido a que constituye el listado más amplio de obsesiones y compulsiones y se centra en el contenido de las mismas. La Y-BOCS-SC recoge 50 expresiones de obsesiones y compulsiones, que abarcan 15 categorías en función de la expresión conductual (p.ej., lavado) o del contenido temático (p.ej., agresión, contaminación). Estas categorías se desarrollaron a partir del juicio clínico, y en la mayoría de trabajos se consideran 8 categorías de obsesiones (agresivas, contaminación, sexuales, acumulación, religiosas, somáticas, simetría y misceláneas/diversas) y 7 de compulsiones (limpieza, comprobación, conteo, orden, acumulación, repetición y misceláneas/diversas). Además, el Y-BOCS-SC incluye también ítems abiertos. En el Tabla 2 se recogen los principales estudios publicados con este instrumento realizados sobre pacientes TOC (únicamente los de Wu, Watson y Clark, 2007, incluyen además población no clínica).

Tabla 2. Estudios que analizan la estructura del Y-BOCS-SC a través de análisis factorial exploratorio y confirmatorio

<i>Estudio</i>	<i>Pacientes TOC</i>	<i>Síntomas</i>	<i>Tipo Análisis Factorial¹</i>	<i>Ítem o categorías²</i>	<i>Punt.³</i>	<i>Solución factorial (número y descripción de los factores extraídos)</i>	<i>%⁴</i>
Baer (1994)	107	Actuales	AFE CP Varimax	13 categorías	0 a 2	(1) simetría y acumulación: O de simetría, acumulación y C de acumulación, orden, repetición y conteo (2) limpieza y comprobación: O contaminación y somáticas y C de limpieza y comprobación (3) O puras: O sexuales, religiosas, y agresivas	20,7% 16% 11,3% 48%
Hantouch e et al. (1996)	615	Actuales	AFE CP Varimax	15 categorías	ND	(1) O de simetría y C de orden, repetición, conteo (2) O de duda y contaminación y C de limpieza y comprobación (3) O puras: O sexuales, religiosas, y agresivas	32,5%
Leckman et al. (1997)	208	Actuales y pasados	AFE CP Varimax	13 categorías	0 a 1	(1) O puras y comprobación: O agresivas, sexuales, religiosas, somáticas, y C de comprobación (2) simetría y orden: O de simetría, perfeccionismo, no errores, etc. y C de repetición, contar y ordenar (3) contaminación/limpieza: O de contaminación y C de lavado (4) acumulación: O y C	30,1% 13,8% 10,2% 8,5% 62,6%

Tabla 2. Estudios que analizan la estructura del Y-BOCS-SC a través de análisis factorial exploratorio y confirmatorio (Continuación)

<i>Estudio</i>	<i>Pacientes TOC</i>	<i>Síntomas</i>	<i>Tipo Análisis Factorial¹</i>	<i>Ítem o categorías²</i>	<i>Punt.³</i>	<i>Solución factorial (número y descripción de los factores extraídos)</i>	<i>%⁴</i>
Mataix-Cols et al. (1999)	354	Actuales	AFE CP varimax	13 categorías	0 a 2	(1) simetría/orden: O simetría y C de repetición, contar, ordenar (2) acumulación: O y C de acumulación (3) contaminación/limpieza: O de contaminación y C de limpieza (4) O agresivas y comprobación: O agresivas y C de comprobación (5) O religiosas y sexuales: O religiosas y sexuales	19% 13,8% 12,7% 10,4% 9,7% <u>65,5%</u>
Summerfeldt et al. (1999)	203	Actuales	AFC	13 categorías 74 ítems	0 a 1	Apoyo modelo de Leckman et al. (1997)	ND
Tek y Ulug (2001)	45	Actuales	AFE CP		0 a 1	(1) contaminación/limpieza: O contaminación, limpieza y C de repetición (2) simetría/orden: O somáticas y de simetría y C de orden (3) agresión/conteo: O agresivas y C de conteo (4) O religiosas y sexuales (5) C de comprobación y acumulación	17,8% 15,2% 13,7% 9,7% 9,2% <u>65,5%</u>
Cavanilli et al. (2002)	180	Pasados	AFE CP Varimax	13 categorías		(1) contaminación/limpieza: O de contaminación y C de limpieza (2) acumulación: O y C de acumulación (3) O religiosas, agresivas, sexuales y somáticas y C de comprobación (4) simetría y orden: O simetría y C de orden (5) repetición, contar: C de repetición, contar	17,04% 13% 11,51% 9,49% 8,83% <u>59,87%</u>
Feinstein et al. (2003)	160	Actuales	AFE CP Ortogonal	13 categorías	0 a 1	(1) simetría/orden: O de simetría y C de repetición, contar y ordenar (2) contaminación/limpieza, O agresivas, y comprobación: O de contaminación, C de lavado, O agresivas y C de comprobación (3) acumulación: O de acumulación y C de acumulación (4) O sexuales y religiosas	14,2% 14,2% 13,9% 11,8% <u>54,2%</u>
Feinstein et al. (2003)	160	Actuales	AFE CP Ortogonal	38 ítems	0 a 1	(1) O de responsabilidad y daño y C de comprobación: (2) contaminación/limpieza: O de contaminación y C de lavado (3) O sexuales (4) acumulación, simetría y repetición: O de simetría y C de repetición, contar y ordenar y O y C de acumulación	<u>39,3%</u>

Tabla 2. Estudios que analizan la estructura del Y-BOCS-SC a través de análisis factorial exploratorio y confirmatorio (Continuación)

Estudio	Pacientes TOC	Síntomas	Tipo Análisis Factorial ¹	Ítem o categorías ²	Punt. ³	Solución factorial (número y descripción de los factores extraídos)	% ⁴
Denys et al. (2004)	335	Actuales	AFE CP	44 ítems	0 a 2	(1) contaminación/limpieza: O de contaminación y C de limpieza (2) O puras: O agresivas, sexuales y religiosas (3) O somáticas y comprobación: O somáticas y C de comprobación (4) simetría y perfeccionismo: O de acumulación y simetría y C de repetición, contar, ordenar y acumulación (5) valoración de alto riesgo y comprobación: responsabilidad exagerada y miedo hacer daño y C de comprobación	16,4% 9,8% 5,19% 5,6% 4% 40,99%
Hasler et al. (2006)	153	Actuales y pasados	AFE CP Varimax	13 categorías	0 a 1	(1) O agresivas, sexuales, religiosas, somáticas y C comprobación (2) O simetría, rituales repetición, C conteo, orden (3) O contaminación y C limpieza (4) O y C de acumulación.	20% 17,8% 13,8% 13,4% 65%
Cullen et al. (2007)	92	Actuales y pasados	AFE Oblícuo AFC	16 categorías	ND	(1) O puras: O sexuales, religiosas, agresivas y somáticas (2) contaminación: O contaminación y C limpieza (3) simetría/orden: O simetría y C de repetición, conteo, orden y sensoriales (4) acumulación: O y C de acumulación. Eliminan comprobación por baja saturación factorial	38% 17,5% 11,2% 9,6% 76,7%
Wu et al. (2007)	149 clínicos (53 TOC) 419 no clínicos	Actuales	AFC ML AFE	13 categorías	Likert 5	AFC: a prueba modelo Baer (1994) y el de Leckman et al. (1997): ninguno ajusta. AFE: soluciones de 4 (similar a la de Leckman) y 5 factores	
Wu et al. (2007)	149 clínicos (53 TOC) 419 no clínicos	Actuales	AFE	40 ítems	Likert 5	(1) O puras (2) contaminación/limpieza (3) comprobación, repetición, simetría, orden	
Matsunaga et al. (2008)	343	Actuales	AFE CP	13 categorías	0 a 2	(1) contaminación/limpieza (2) acumulación (3) simetría/repetición y orden (4) síntomas agresivos y de comprobación	21,2% 14,3% 11,9% 10,3% 57,7%

Nota ¹ AFE: análisis factorial exploratorio, CP: componentes principales, AFC: análisis factorial confirmatorio, ML: método de estimación máxima verosimilitud. En caso de estar disponible se indica el tipo de rotación del AFE. ² se indica si el análisis se ha realizado a nivel de ítem o de categorías, así como el número de ítems o categorías incluidas. ³ Punt.: sistema de puntuación de la Y-BOCS-SC que se ha empleado. ⁴ porcentaje de varianza explicada de la Y-BOCS-SC en cada uno de los factores y total (en un recuadro). ND: información no disponible. O= Obsesiones; C= Compulsiones.

La mayor parte de los trabajos (Baer, 1994; Cavanilli, Di Bella, Siliprandi, Malchiodi y Bellodi, 2002; Feinstein, Fallon, Petkova y Liebowitz, 2003; Hantouche, Bourgeois, Bouhasira y Lancrenon, 1996; Hasler, Kazuba y Murphy, 2006; Leckman, Grice, Boardman, Zhang et al., 1997; Mataix-Cols et al., 1999; Matsunaga, Maebayashi, Hayashida, Okino, Matsui et al., 2008; Tek y Ulug, 2001) encuentran que las categorías del Y-BOCS-SC se agrupan en cuatro factores: simetría y orden, contaminación y limpieza, obsesiones religiosas y sexuales, y acumulación, si bien en las estructuras encontradas por Baer (1994) y Tek y Ulug (2001) la acumulación no aparece como un factor diferente sino asociado a la simetría/orden en el primer caso, y a la comprobación en el segundo. Sin embargo, las compulsiones de comprobación y las obsesiones agresivas, aunque suelen aparecer juntas en un mismo factor (excepto en el modelo de Baer en que comprobación se asocia con contaminación), aparecen a veces como factores independientes (Feinstein et al., 2003; Mataix-Cols et al., 1999; Tek y Ulug, 2001), y en otras ocasiones se agrupan con las obsesiones religiosas y sexuales (Cavanilli et al., 2002; Leckman et al., 1997).

Todos estos estudios han asumido que las *categorías racionales* propuestas en el Y-BOCS-SC son buenas y homogéneas y han tratado de reducirlas a un número menor de factores (de 13 categorías a 3-5 factores). Sin embargo, otra posibilidad es no asumir que las categorías racionales sean homogéneas y analizar la estructura del Y-BOCS-SC a *nivel de ítems*, algo que amplía las posibles combinaciones (74-38 ítems *versus* las 13 categorías). Feinstein et al. (2003) repitieron su AFE a nivel de ítems obteniendo también un modelo de 4 factores, pero no coincidente con el extraído a nivel de categorías. Por su parte, Denys et al. (2004), también a nivel de ítem, obtuvieron los cuatro grandes factores que se han ido obteniendo de forma consistente a través de los diferentes estudios.

Hasta la fecha son escasas las investigaciones que hayan puesto a prueba la estructura del Y-BOCS-SC mediante análisis factorial confirmatorio (AFC). La primera fue la de Summerfeldt, Richter, Antony y Swinson (1999), que a

pesar de algunas imprecisiones metodológicas, supuso un paso adelante al comparar modelos hipotéticos (teóricos o extraídos a partir de AFE) con una prueba estadística más potente, el AFC, que permite comparar diferentes estructuras y genera índices de ajuste para las mismas, haciendo posible comparar de forma simultánea diferentes modelos de agrupaciones. Estos autores pusieron a prueba, tanto a nivel de ítem como de paquetes de ítems, los modelos unifactorial, bifactorial (obsesiones *versus* compulsiones), el propuesto por Baer (1994) y el de Leckman et al. (1997). La serie de AFC a nivel de categoría indicó que el modelo que mejor se ajustaba a los datos era el propuesto por Leckman et al. (1997), pero no a nivel de ítem. En cualquier caso, este trabajo supone la constatación de que uno de los mejores modelos, o de los menos malos, es el de cuatro factores propuesto por Leckman et al. (1997).

Más recientemente Cullen, Brown, Riddle, Grados et al. (2007) y Wu et al. (2007) han publicado trabajos aplicando también AFC. Los primeros autores han observado que la estructura que mejor se ajusta a sus datos es la de 4 factores, similar a grandes rasgos a la de Leckman et al. (1997). Por su parte, Wu et al. (2007), con una versión del Y-BOCS-SC en la que el formato de respuesta es tipo Likert, han puesto a prueba los modelos de Baer (1994) y Leckman et al. (1997). Ninguno de los dos modelos presentaba un ajuste apropiado a nivel de categoría de ítems, por lo que, sobre la base de su propio AFE, acaban proponiendo un modelo tri-factorial, semejante a grandes rasgos al de Baer (1994). La diferencia fundamental entre ambos modelos, es que en el de Baer (1994) la comprobación saturaba en el factor de contaminación, mientras que en el modelo de Wu et al. (2007) en el de orden.

Como ya hemos señalado, todos estos trabajos han excluido las escalas de obsesiones y compulsiones misceláneas de la Y-BOCS-SC. Esto ha dado lugar a que 18 de los síntomas iniciales (p.ej., el único ítem que reflejaba un ritual mental, o los ítems de superstición) no hayan sido considerados en las agrupaciones propuestas. Summerfeldt, Kloosterman, Anthony, Richer y Swinson (2004) han estudiado las respuestas dadas a las escalas misceláneas

de la Y-BOCS-SC de un amplio grupo de pacientes con TOC, observando que los ítems de estas escalas se distribuían en su modelo de cuatro factores entre los factores de obsesiones y el de simetría/orden. Es importante señalar que la mayoría de ítems misceláneos, rechazados en los análisis previos por ser «raros» o difícilmente catalogables, se asociaron al factor de obsesiones, que ha sido el menos replicado a lo largo de los estudios revisados. Tal y como sugieren Summerfeldt et al. (2004) esta falta de consistencia en encontrar el factor de obsesiones «puras» puede deberse en parte a la ausencia de ítems que lo describan.

Recientemente se ha comenzado a emplear una nueva versión del Y-BOCS: el «Dimensional-Y-BOCS» (DY-BOCS; Rosario-Campos, Miguel, Quatrano, Chacon, Ferrao et al., 2006) que propone 6 dimensiones: (1) agresión, (2) sexo/religión, (3) orden y simetría, (4) contaminación y limpieza, (5) acumulación y (6) misceláneas, similares a las que han ido surgiendo a partir de los análisis del Y-BOCS. No obstante, dada la novedad de este formato, todavía no podemos saber el alcance de sus aportaciones ni su utilidad en la práctica clínica o en la investigación.

Con posterioridad a la publicación de la Y-BOCS-SC han aparecido otros cuestionarios que, a su vez, han propiciado el estudio de la posible tipología del TOC. Aunque los estudios publicados hasta ahora son mucho menos numerosos que los realizados con el Y-BOCS-SC, merece la pena revisarlos puesto que se basan en instrumentos que están teniendo un uso cada vez mayor tanto a nivel clínico como de investigación.

La versión inicial del Inventario de Obsesiones-Compulsiones (OCI; Foa, Kozak, Salkovskis, Coles y Amir, 1998) fue reducida a 18 ítems (OCI-Reducido; Foa, Huppert, Leiberg, Langner, Kichic, Hajcak y Salkovskis, 2002). Estos últimos autores, a partir de los análisis factoriales realizados en una muestra clínica, proponen una estructura de 6 factores o escalas de síntomas: (1) limpieza, (2) obsesividad, (3) acumulación, (4) orden, (5) comprobación (incluye dudas) y (6) neutralización. No obstante, hay que tener en cuenta que de los 18 ítems del OCI-R únicamente 3 evalúan obsesiones.

El Inventario de Obsesiones y Compulsiones

de Vancouver (VOCI; Thordarson, Radomsky, Rachman, Shafran, Sawchuk y Hakstian, 2004) supone una revisión y actualización del MOCI. Sobre una muestra de personas con TOC los ítems se agruparon en 6 factores: contaminación, comprobación, obsesiones, acumulación, «*just right*», e indecisión. Los cuatro primeros se corresponden con las categorías encontradas en la mayoría de trabajos revisados. El factor de «*just right*», según los autores (Thordarson et al., 2004), sería similar al factor 2 (simetría y orden) de Leckman et al. (1997), y la «indecisión» sería consistente con el factor de certeza extraído a través de análisis cluster por Calamari et al. (1999) que se comentará después.

Finalmente, el Inventario de Obsesiones y Compulsiones de Clark-Beck (C-BOCI; Clark y Beck, 2002; Clark, Antony, Beck y Swinson, 2005), se diseñó para valorar tanto los criterios diagnósticos del TOC propuestos en el DSM-IV, como las características más importantes contempladas por los modelos cognitivo-conductuales del trastorno. Por tanto, no es un instrumento basado únicamente en los síntomas como el MOCI o el OCI, sino que sería más equivalente al Y-BOCS. Los autores han propuesto una estructura de dos factores (obsesiones y compulsiones) que, por el momento, no queda claramente confirmada (Clark et al., 2005; Reina, 2007).

Comparación entre las dimensiones de obsesiones y compulsiones y las de PIO

Desde los modelos cognitivos, y específicamente desde los enfoques dimensionales que estamos revisando, se asume la existencia de una continuidad entre la frecuencia con que se experimentan intrusiones de tipo obsesivo en la población general, y las obsesiones clínicas que tienen las personas con un TOC (Belloch, Morillo, y García Soriano, 2006). Por lo tanto, las diferencias entre los extremos de ese continuo se establecerían en términos de frecuencia, pero no en cuanto a contenidos. Desde esta perspectiva, es interesante contrastar si las agrupaciones de PIO son equiparables a las de obsesiones y compulsiones. En este sentido, si se compara la estructura bifactorial del ROII con las extraídas en los AFE del Y-BOCS-SC, la

dimensión «autógena» se correspondería con los contenidos de las obsesiones sexuales, religiosas y agresivas, y la «reactiva» con las obsesiones del resto de las escalas (p.ej., acumulación, limpieza, orden). Por su parte, el modelo de seis factores, agrupados en dos de orden superior, que ofrece el INPIOs (García-Soriano, 2008) permite aunar ambas aproximaciones: la derivada de los trabajos con instrumentos de PIOs, como el ROII y la derivada de los trabajos que emplean instrumentos de síntomas obsesivo-compulsivos, como la Y-BOCS-SC.

Enfoque categorial: estudios con la Y-BOCS-SC en población TOC

Desde la aproximación categorial se han desarrollado un menor número de trabajos, y han tomado como referencia especialmente la

Y-BOCS-SC. Sin embargo, el consenso entre los mismos es escaso. El primer trabajo publicado (Khanna, Kaliaperumal y Channabasavanna, 1990) se realizó con una muestra de 410 pacientes, que fueron evaluados en 37 características basadas en la forma (p.ej. obsesiones de duda o compulsiones de repetición) y en el contenido de los síntomas OC (p.ej. obsesiones sobre sexo o compulsiones de limpieza). El análisis reveló los siguientes clusters o agrupaciones de pacientes: (1) comprobadores, (2) limpiadores, (3) obsesionados con el pasado, (4) impulsos de realizar conductas que podrían ser embarazosas, (5) impulsos de agresión y (6) evitación de lugares y situaciones (cluster muy relacionado con las fobias).

El grupo de Calamari es, sin duda, el que mayor número de trabajos ha realizado utilizando esta metodología empleando el Y-BOCS-SC (véase Tabla 3). En su primera publicación

Tabla 3. Estudios que analizan la estructura del Y-BOCS-SC a través de Análisis Cluster

<i>Estudio</i>	<i>N TOC</i>	<i>N categorías</i>	<i>Puntuación</i>	<i>Clusters</i>
Calamari et al. (1999)	106	15	0 a 2	(1) daño: altas O de agresión y C de comprobación; O simetría (2) acumulación: altas O de acumulación y contaminación y C acumulación (3) contaminación: altas O contaminación y C limpieza (4) certeza: altas O y C varias (somáticas, misceláneas, agresivas, comprobación, simetría) (5) obsesivos: altas O y C misceláneas
Calamari et al. (2004)	114	15	0 a 2	(1) daño: O de daño y C de comprobación (2) simetría (3) contaminación (4) certeza (5) obsesivos
Calamari et al. (2004)	334	15	0 a 2	(1) contaminación (2) daño (3) acumulación (4) obsesivos (5) simetría (6) certeza (7) contaminación/daño (contaminación mental)
Abramowitz et al. (2003)	132	160 a 2		(1) daño: altas O agresivas y C comprobación (2) contaminación: altas O contaminación y C de limpieza (3) acumulación: altas/mayores puntuaciones O y C acumulación (4) simetría: mayores puntuaciones en O de simetría y C de orden (5) inaceptables: mayores puntuaciones en O agresivas, sexuales y religiosas, y rituales encubiertos

Nota: Puntuación: sistema de puntuación de la Y-BOCS-SC que se ha empleado. O= Obsesiones; C= Compulsiones.

(Calamari et al., 1999) constataron cinco clusters donde las obsesiones de simetría estaban compartidas por los clusters 1 y 4. No obstante, la ausencia de un subtipo de simetría no se pudo replicar en un trabajo posterior en el que obtuvieron dos estructuras de 5 y 7 factores respectivamente (Calamari, Wiegartz, Riemann, Cohen et al., 2004). Estos autores concluyen que la estructura que parece ajustarse más a la realidad TOC es la de 7 clusters (Calamari et al., 2004): (1) contaminación; (2) daño; (3) acumulación; (4) obsesivos; (5) simetría; (6) certeza y (7) contaminación/daño mental.

Con el objetivo de apresar mejor los rituales y compulsiones mentales, Abramowitz et al. (2003) realizaron un análisis cluster con la versión revisada del Y-BOCS-SC (Foa y Kozac, 1995) que contiene una categoría específica para la neutralización mental (p.ej., repetirse frases) y revisión mental (p.ej., de la propia conducta), constatando que la agrupación de 5 clusters fue la mejor solución: (1) Obsesiones de agresión y compulsiones de comprobación; (2) Obsesiones de contaminación y compulsiones de limpieza; (3) Obsesiones y compulsiones de acumulación; (4) Obsesiones de simetría y compulsiones de orden y (5) Obsesiones moralmente problemáticas (agresivas, sexuales, y religiosas) y rituales encubiertos. Independientemente de si estos cinco «subtipos» de pacientes representan adecuadamente la gama de posibilidades, estas agrupaciones poseen un indudable sentido clínico y, hasta cierto punto, lógico o esperable. Resulta asimismo interesante constatar que los pacientes con obsesiones de contenido agresivo en ocasiones desarrollan compulsiones de comprobación (cluster 1) y en otras, rituales encubiertos (cluster 5).

CONCLUSIONES

A pesar de las inconsistencias observadas en los diferentes trabajos, tanto a partir de los análisis cluster (grupos de pacientes) como de análisis factoriales (agrupaciones de obsesiones) se constatan, tomando como referencia la Y-BOCS-SC, cinco conjuntos bastante consistentes de contenidos obsesivos. De ellos, tres suelen aparecer de forma aislada o más claramente

diferenciada: (1) contaminación/limpieza, (2) simetría/orden, (3) obsesiones religiosas y sexuales. Junto a ellos, aparecen los otros dos subtipos o factores: acumulación, que aparece como factor único o unido a simetría o a comprobación, y agresión/ comprobación, que aparecen juntos en la mayor parte de los casos, aunque en otras ocasiones se asocian a las obsesiones religiosas y sexuales.

En el caso de las investigaciones con PIO en población no clínica, los contenidos de estas intrusiones se agrupan en dos factores: en el primero se incluyen las intrusiones con contenidos sexuales, religiosos y agresivos, y en el segundo los de simetría, orden, contaminación y duda. Estas dos agrupaciones se adecuan en general a la propuesta de Lee y Kwon (2003) sobre la diferenciación entre contenidos autógenos y reactivos. Por otro lado, en el análisis realizado con el INPIOs (García-Soriano, 2008), ha mostrado que es posible compatibilizar los modelos multi-factoriales obtenidos a través de los estudios que utilizan la Y-BOCS-SC con el modelo bifactorial de las obsesiones propuesto por Lee y Kwon (2003). Los resultados de este trabajo muestran la existencia de seis factores de primer con los siguientes contenidos 1) agresivos; 2) sexuales, religiosos, repugnantes; 3) simetría y orden; 4) dudas y comprobación; 5) limpieza y contaminación y 6) superstición, englobados en una estructura de segundo orden de dos factores.

En términos comparativos, por tanto, hay al menos cuatro contenidos de PIO y Obsesiones que surgen de forma consistente, tanto cuando se examina población general como personas con TOC: agresión, sexo/religión, simetría/orden, limpieza/contaminación.

Por otro lado, es evidente que otros contenidos o modalidades no suelen aparecer en las investigaciones realizadas, especialmente porque no se incluyen en los instrumentos de evaluación que se vienen utilizando, o están infra-representadas en esos instrumentos: un ejemplo palmario de ello lo constituyen las obsesiones o PIO de contenido somático. Como señalan Mataix-Cols et al. (2005) será necesario aclarar el papel que juegan estas obsesiones somáticas de la Y-BOCS-SC ('preocupación asociada a la enfermedad' y 'preocupación excesiva

asociada a una parte del cuerpo o al aspecto físico') pues en ocasiones se asocian a contaminación/ limpieza (i.e., Baer, 1994; Hantouche y Lancrenon, 1996), en otras a comprobación/ obsesividad (i.e., Cavanilli et al., 2002; Leckman et al., 1997), y en otras a las obsesiones sexuales (i.e., Feinstein et al., 2003). En nuestra opinión, habría además que replantear si este tipo de síntomas y/o contenidos son representativos del TOC o se hallan en realidad más próximos a intrusiones característicos de otros trastornos, como la hipocondría o la dismorfofobia.

Estos problemas, así como en especial, la escasa consistencia y acuerdo entre las investigaciones revisadas, revelan además una limitación importante: todas las clasificaciones propuestas se basan en medidas de autoinforme, cuya validez y fiabilidad no son desde luego perfectas, pero sobre todo se basan en la información disponible sobre el conocimiento que se tiene sobre el TOC en el momento de desarrollar el instrumento. De hecho, ninguno de los instrumentos empleados representa de forma adecuada todas las manifestaciones que se han observado en el TOC. La Y-BOCS-SC supuso una mejora en la validez de contenido respecto a los instrumentos anteriores, pero obvia algunos síntomas relevantes y otros los agrupa en la categoría de «misceláneas», categoría que muchos de los estudios han ignorado. Los instrumentos posteriores (OCI-R, VOICI, C-BOCI) no se han desarrollado para mejorar la Y-BOCS-SC ni para estudiar la heterogeneidad del TOC, sino más bien como medidas de cribaje o detección de personas con TOC. Por otro lado, el ROII tampoco abarca todos los contenidos de PIO de forma representativa, pues tiene una sobre representación de PIO de temática agresiva, sexual y religiosa y no contempla todos los tipos de contenidos descritos en el TOC (p.ej., supersticiosos o de acumulación). El INPIOs supone una importante mejora al incrementar la representatividad de los contenidos obsesivos, pero la investigación con este instrumento está solo en sus inicios.

Un problema adicional asociado a las taxonomías basadas en síntomas (McKay, Abramowitz, Calamari, Kyrios et al., 2004), es el del curso de los síntomas TOC, que aunque es rela-

tivamente *estable* a lo largo del tiempo (Mataix-Cols et al., 2002), no siempre está exento de fluctuaciones (Rachman y Hodgson, 1980).

Otro aspecto que conviene determinar es en qué medida los trabajos publicados sobre heterogeneidad del TOC recogen como síntomas del TOC algunos elementos que quizá constituyen trastornos independientes o, al menos, diferenciables del TOC. Este es el caso de la acumulación, sobre la cual existe una controversia no resuelta en tanto que hay autores que la consideran como un trastorno independiente del TOC, aunque dentro de su espectro, mientras que otros la consideran como un subtipo del trastorno. La información disponible sobre una u otra opción es escasa y confusa, y por lo tanto, resulta difícil decantarse (p.ej., Saxena, 2007; van Grootheest y Cath, 2007).

Con todo, la limitación más importante que surge de esta línea de investigación es la de en qué medida una caracterización basada en el fenotipo o en los síntomas puede ayudar a entender mejor el TOC (Clark, 2005; Radomsky y Taylor, 2005). El estudio de manifestaciones clínicas asociadas a estos factores o subtipos y la creación de modelos cognitivos como el de Lee y Kwon (2003) incrementan la utilidad de las clasificaciones. Pero una vez establecida la taxonomía y variables asociadas, necesitaremos desarrollar un sistema mediante el cual los sujetos puedan ser asignados a los grupos. Y, atendiendo a la variabilidad sintomatológica de los pacientes, esta tarea parece muy compleja (Radomsky y Taylor, 2005). Estos autores ponen de manifiesto esta dificultad mediante un ejemplo: pensemos en alguien que de forma compulsiva comprueba el fuego de la cocina para estar seguro de que está apagado, tratando de proteger a su familia de un incendio; otra persona podría comprobar también el fuego de forma compulsiva para estar seguro de que está limpio, tratando de proteger a su familia de contaminarse o contraer una enfermedad. A pesar de que los subtipos de comprobación y contaminación parecen dos de los más generalizados y contrastados, asignar a estas personas a uno de los grupos parece complicado. Está claro que la primera persona se incluiría en el grupo de comprobadores, pero ¿y la segunda? ¿se asignaría al subtipo de comprobación, con-

taminación o a ambos?. Este sencillo ejemplo, revela una problemática subyacente a esta «lucha» por encontrar subtipos o factores relevantes en el TOC con los que poder definir o «controlar» la heterogeneidad del trastorno. Desde una orientación cognitivo-conductual, podríamos pensar que el mejor modo de establecer subtipos es basándose en la *funcionalidad de los síntomas*. Por ejemplo, la comprobación no sería suficiente para adscribir a la persona en un subtipo, si no conocemos la finalidad con la que comprueba y las variables cognitivas asociadas a esa comprobación. Estudiar las obsesiones nos puede indicar el «motivo» por el que comprueba. Sin embargo, no en todas las ocasiones se puede acceder a la obsesión que está en la base de las estrategias de control (incluidas las compulsiones): este sería el caso de pacientes crónicos que son incapaces de «recordar» la obsesión que «motivó» las estrategias que emplea. En estos casos un enfoque basado únicamente en el contenido de las obsesiones ayudaría muy poco a definir el «subtipo» concreto de TOC al que pertenece.

Por lo que se refiere a las ventajas e inconvenientes de los dos enfoques revisados, el categorial y el dimensional, la pregunta que cabe hacerse es cuál resulta más útil. Tras nuestra revisión queda sin resolver la cuestión de si el TOC responde más a un modelo de subtipos discretos o a uno de dimensiones, pues ambas aproximaciones tienen implicaciones diferentes (Haslam, Williams, Kyrios, McKay y Taylor, 2005; Radomsky y Taylor, 2005). En un modelo categorial se asume que un sujeto presenta o no una determinada tipología, por lo que no tienen cabida posiciones intermedias, ni tiene sentido una evaluación que las considere; además, los tratamientos tendrían un mismo efecto sobre todos los pacientes de un mismo subtipo. Por su parte, en un modelo dimensional no tendría sentido hablar de subtipos, pues los sujetos se distribuirían a lo largo de un continuo de gravedad, y tanto la evaluación como los tratamientos y sus efectos variarían también a lo largo de ese continuo. Respecto a la etiología, mientras que los subtipos surgen a partir de unos pocos factores causales (p.ej., presencia *versus* ausencia de una experiencia de aprendizaje crítica), las dimensiones serían el resulta-

do de múltiples factores. Por tanto, a pesar de que es posible integrar ambas aproximaciones, la decisión sobre si el TOC se entiende mejor desde una perspectiva dimensional o desde otra categorial, depende más de planteamientos de tipo teórico o conceptual que empíricos, al menos por el momento.

Esta problemática ha generado controversia entre los defensores de una y otra aproximación, que se esfuerzan por justificar sus trabajos (p.ej. cartas al editor de: Calamari, 2005 y Mataix-Cols, do Rosario-Campos y Leckman, 2005b). Los defensores de los enfoques categoriales (que utilizan el análisis cluster como herramienta de estudio), como Calamari (2005) señalan entre sus ventajas que los sujetos se asignan a grupos de forma no ambigua, mientras que en el análisis factorial a cada sujeto se le asigna una puntuación en todas las dimensiones latentes identificadas. Y sus detractores enfatizan los problemas que conlleva asumir un enfoque categorial en el que cada paciente presenta en general un síntoma/subtipo principal, cuando en la práctica se observa un elevado número de pacientes que presentan simultáneamente diferentes modalidades de obsesiones y compulsiones (Akhtar et al., 1975), así como cambios en los síntomas a lo largo del tiempo (Skoog y Skoog, 1999). Los defensores de la aproximación dimensional (que utilizan los análisis factoriales como herramientas de investigación) (Mataix-Cols et al., 2005a) enfatizan que el TOC es dimensional, pues asumen que se distribuye de forma normal entre la población y que sus síntomas nucleares (obsesiones y compulsiones) se presentan en otros trastornos neurológicos o mentales además de en el TOC (p.ej., la acumulación se ha observado en trastornos como la demencia, esquizofrenia o trastornos alimentarios; Mataix-Cols et al., 2005a). Sin embargo, esta aproximación no está exenta de problemas. De hecho, hemos visto como a través de diferentes estudios no se han conseguido replicar las mismas dimensiones, a pesar de emplear el mismo instrumento, y además no hay estudios con propuestas de perfiles de síntomas basados en las dimensiones TOC (Clark, 2004). Por otro lado, algunas de estas propuestas confunden lo que significa, en términos

psicopatológicos, la compulsión con la pérdida de control de impulsos.

Haslam et al. (2005) trataron de determinar cuál era la mejor aproximación, a través de la utilización de procedimientos estadísticos taxométricos. Con este objetivo estudiaron, en un grupo de 351 pacientes con TOC, tres posibles subtipos basados en los síntomas de contaminación, comprobación y obsesionalidad, evaluados con el PI-WSUR. Los resultados, aun no siendo concluyentes, son favorables a la utilización de un modelo dimensional para la comprensión de los síntomas de comprobación y contaminación, y una aproximación categorial para el caso de los síntomas obsesivos. Siguiendo estos resultados, los autores señalan que no podremos hablar de subtipos de comprobadores o limpiadores si entendemos subtipo en su sentido estricto. La comprobación y la limpieza podrían ser síntomas presentes en mayor o menor medida en todos los individuos con TOC, mientras que la obsesividad sería un subtipo, es decir unos síntomas que presentarían o no las personas con TOC. Este trabajo es importante porque plantea una nueva forma de solucionar la controversia entre partidarios y detractores de los enfoques categoriales y dimensionales, y apoya la necesidad de una aproximación mixta (subtipos y dimensiones/factores) al estudio de las agrupaciones observadas en el TOC. Pero al mismo tiempo, esta solución presenta limitaciones: entre otras, que tan solo contrastan tres grupos de síntomas TOC. Además, sería conveniente realizar este tipo de estudio a un nivel más global, utilizando instrumentos que midan un rango más amplio de síntomas TOC, así como replicar los resultados en muestras mayores de sujetos con TOC (los estudios taxométricos exigen muestras clínicas mayores de 300 sujetos). En opinión de Clark (2005) el trabajo de Haslam et al. (2005) apoyaría más una aproximación dimensional, pero sigue siendo pronto para abandonar definitivamente la perspectiva categorial que facilitaría la caracterización de los subtipos del TOC.

Para concluir, y a pesar de las limitaciones observadas, pensamos que se están produciendo interesantes avances en la caracterización del TOC, un trastorno que hasta no hace mucho

se venía considerando de forma «monolítica», y sin embargo la investigación actual está mostrando como una psicopatología mucho más compleja y heterogénea de lo que cabía esperar hace tan solo un par de décadas.

REFERENCIAS

- Abramowitz, J.S., Franklin, M.E., Schwartz, S.A., y Furr, J.M. (2003c). Symptom presentation and outcome of cognitive-behavioural therapy for obsessive-compulsive disorder. *Journal of Consulting and clinical psychology*, 71, 1049-1057.
- Akhatar, S., Wig, N.N., Varma, V.M., Pershad, D., y Verma, S.K. (1975). A phenomenological analysis of symptoms in obsessive-compulsive neurosis. *British Journal of Psychiatry*, 127, 342-348.
- Amir, N., Foa, E.B., y Coles, M.E. (1997). Factor structure of the Yale-Brown Obsessive Compulsive Scale. *Psychological Assessment*, 9, 312-316.
- Arts, W., Hoogduin, K., Schaap, C., y de Haan, E. (1993). Do patients suffering from obsessions alone differ from other obsessive-compulsives? *Behaviour Research and Therapy*, 31, 119-123.
- Baer, L. (1994). Factor analysis of symptom subtypes of obsessive compulsive disorder and their relation to personality and tic disorders. *Journal of Clinical Psychiatry*, 55, 18-23.
- Belloch, A., Morillo, C., y García-Soriano, G. (2006). Obsession subtypes: relationships with obsessive-compulsive symptoms, dysfunctional beliefs, and thought control strategies. *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica*, 2, 65-78.
- Belloch, A., Morillo, C., Lucero, M., Cabedo, E., y Carrió, C. (2004). Intrusive thoughts in non-clinical subjects: the role of frequency and unpleasantness on appraisal ratings and control strategies. *Clinical Psychology and Psychotherapy*, 11, 100-110.
- Burns, G.L., Keortge, S.G., Formea, G.M., y Sternberg, L.G. (1996). Revision of the Padua Inventory of obsessive compulsive disorder symptoms: Distinctions between worry, obsessions, and compulsions. *Behaviour Research and Therapy*, 34, 163-173.
- Calamari, J.E., Wiegartz, P.S., y Janeck, A.S. (1999). Obsessive-compulsive disorder subgroups: a symptom-based clustering approach. *Behaviour Research and Therapy*, 37, 113-125.
- Calamari, J.E., Wiegartz, P.S., Riemann, B.C., Cohen, R.J., Greer, A., Jacobi, D.M., Jahn, S.C., y Carmin, C. (2004). Obsessive-compulsive disorder subtypes: an attempted replication and extension of a symptom-based taxonomy. *Behaviour Research and Therapy*, 42, 647-670.

- Calamari, J.E. (2005). Understanding the heterogeneity of OCD. *The American Journal of Psychiatry*, *162*, 2193-2194.
- Cavallini, M.C., Di Bella, D., Siliprandi, F., Malchiodi, F., y Bellodi, L. (2002). Exploratory factor analysis of obsessive-compulsive patients and association with 5-HTTLPR polymorphism. *American Journal of Medical Genetics (Neuropsychiatric Genetics)*, *114*, 347-353.
- Christensen, K.J., Kim, S.W., Dysken, M.W., y Hoover, K.M. (1992). Neuropsychological performance in obsessive-compulsive disorder. *Biological Psychiatry*, *31*, 4-18.
- Clark, D.A. (2004). *Cognitive-behavioural therapy for OCD*. New York: The Guilford Press.
- Clark, D.A. (2005). Lumping versus splitting: a commentary on subtyping in OCD. *Behavior Therapy*, *36*, 401-404
- Clark, D.A., y Beck, A.T. (2002). *Manual for the Clark-Beck Obsessive Compulsive Inventory*. San Antonio, TX: Psychological Corporation.
- Clark, D.A., Antony, M.M., Beck, A.T., Swinson, R.P., y Steer, R.A. (2005). Screening for Obsessive and compulsive Symptoms: Validation of the Clark-Beck Obsessive-Compulsive Inventory. *Psychological Assessment*, *17*, 132-143.
- Cullen, B., Brown, C.H., Riddle, M.A., Grados, M., Bienvenu, J., Hoehn-Saric, R., Shugart, Y.Y., Liang, K.-Y., Samuels, J., y Nestadt, G. (2007). Factor analysis of the Yale-Brown Obsessive Compulsive Scale in a family study of obsessive-compulsive disorder. *Depression and Anxiety*, *24*, 130-138.
- De Silva, P., y Rachman, S. (1992). *Obsessive-compulsive disorder*. Oxford: Oxford University Press.
- Denys, D., de Geus, F., van Megen, H.J.G.M., y Westberg, H.G.M. (2004). Use of factor analysis to detect potential phenotypes in obsessive-compulsive disorder. *Psychiatry Research*, *128*, 273-280.
- Edwards, S., y Dickerson, M. (1987). On the similarity of positive and negative intrusions. *Behaviour Research and Therapy*, *25*, 207-211.
- Emmelkamp, P.M.G., y Aardema, A. (1999). Meta-cognition, specific obsessive-compulsive beliefs and obsessive-compulsive behaviour. *Clinical Psychology and Psychotherapy*, *6*, 319-145
- England, S.L., y Dickerson, M. (1988). Intrusive thoughts; unpleasantness not the major cause of uncontrollability. *Behaviour Research and Therapy*, *26*, 279-282.
- England, S.L., y Dickerson, M. (1988). Intrusive thoughts; unpleasantness not the major cause of uncontrollability. *Behaviour Research and Therapy*, *26*, 279-282.
- Fals-Steward, W. (1992). A dimensional analysis of the Yale-Brown Obsessive Compulsive Scale. *Psychological Reports*, *70*, 238-240.
- Fals-Steward, W., y Lucente, S. (1993). An MCMI cluster typology of obsessive-compulsives: a measure of personality characteristics and its relationship to treatment participation, compliance and outcome in behaviour therapy. *Journal of Psychiatric Research*, *27*, 139-154.
- Feinstein, S.B., Fallon, B.A., Petkova, E., y Liebowitz, M.R. (2003). Item-by-item factor analysis of the Yale-Brown Obsessive Compulsive Scale symptom checklist. *Journal of Neuropsychiatry and Clinical Neurosciences*, *15*, 187-193.
- First, M.B. (2006) *Obsessive Compulsive Spectrum Disorders Conference*. En:
- Foa, E.B., Stekeee, G.S., y Ozarov, B.J. (1985). Behaviour therapy with obsessive-compulsives. En M. Mavisakalian, S.M. Turner, y L. Michelson (Eds.), *Obsessive Compulsive Disorder* (pp. 49-129). Nueva York: Plenum.
- Foa, E.B., y Wilson, R. (1992). *Venza sus obsesiones*. Barcelona: Robin Book.
- Foa, E.B., Huppert, J.D., Leiberg, S., Langner, R., Kichic, R., Hajcak, G., y Salkovskis, P.M. (2002). The Obsessive-Compulsive Inventory: development and validation of a short version. *Psychological Assessment*, *14*, 485-496.
- Foa, E.B., Kozak, M.J., Goodman, W.K., Hollander, E., Jenike, M.A., y Rasmussen, S.A. (1995). DSM-IV field trial: obsessive compulsive disorder. *American Journal of Psychiatry*, *152*, 990-996.
- Foa, E.B., Kozak, M.J., Salkovskis, P., Coles, M.E., y Amir, N. (1998). The validation of a new obsessive-compulsive disorder scale: The Obsessive-Compulsive Inventory. *Psychological Assessment*, *10*, 206-214.
- Freeston, M.H., Ladouceur, R., Thibodeau, N. y Gagnon, F. (1991). Cognitive intrusions in a non-clinical population: I. Response style, subjective experience, and appraisal. *Behaviour Research and Therapy*, *29*, 585-597.
- García-Soriano, G. (2008). Pensamientos intrusos obsesivos y obsesiones clínicas: contenidos y significado personal. Tesis Doctoral no publicada. Universidad de Valencia.
- Geller, D., Biederman, J., Jones, J., Park, K., Schwartz, S., Shapiro, S., y Coffey, B. (1998). Is juvenile obsessive-compulsive disorder a developmental subtype of the disorder? A review of the pediatric literature. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, *37*, 420-427.
- Goodman, W.K., Price, L.H., Rasmussen, S.A., Mazure, C., Freischmann, R.L., Hill, C.L., Heninger, G.R., y Charney, D.S. (1989). The Yale-Brown Obsessive-Compulsive Scale. I: Development, use, reliability, and validity. *Archives of General Psychiatry*, *46*, 1006-1011.
- Hantouche, E.G., y Lancrenon, S. (1996). Modern typology of symptoms study of 615 patients. *Encephale*, *22*, 9-21.

- Hantouche, E.G., Bourgeois, M., Bouhassira, M., y Lancrenon, S. (1996). Aspects cliniques des troubles et des syndromes obsessionnels-compulsifs: Résultats de la phase 2 d'une large enquête française. *Encephale*, 22, 255-263.
- Harris, C.L., y Dinn, W.M. (2003). Subtyping obsessive-compulsive disorder: Neuropsychological correlatos. *Behavioural Neurology*, 14, 75-87.
- Haslam, N., Williams, B.J., Kyrios, M., McKay, D., y Taylor, S. (2005). Subtyping Obsessive-Compulsive Disorder: A Taxometric Analysis. *Behavior Therapy*, 36, 381-391.
- Hasler, G., Kazuba, D., y Murphy, D.L. (2006) Factor Analysis of Obsessive-Compulsive Disorder YBOCS-SC Symptoms and Association With 5-HTTLPR/SERT Polymorphism. *American Journal of Medical Genetics Part B (Neuropsychiatric Genetics)* 141B, 403-408.
- Hodgson, R.J., y Rachman, S. (1977). Obsessional-compulsive complaints. *Behaviour Research and Therapy*, 15, 389-395
- Insel, T.R. (1985). Obsessive-compulsive disorder. *The Psychiatric Clinics of North America*, 8, 105-117.
- Insel, T.R. (1984). Obsessive-compulsive disorder: the clinical picture. En Insel, T. (Ed.), *New findings in obsessive-compulsive disorder*. Washington: American Psychiatric Press.
- Khanna, S., Kaliaperumal, V.G., y Channabasavanna, S.M. (1990). Clusters of obsessive-compulsive phenomena in obsessive-compulsive disorder. *British Journal of Psychiatry*, 156, 51-54.
- Kozak, M.J., Foa, E.B., y McCarthy, P. (1987). Assessment of Obsessive compulsive disorder. En C. Last y M. Hersen (Eds.), *Handbook of anxiety disorders*. New York: Pergamon Press.
- Leckman, J.F., Grice, D.E., Boardman, J., Zhang, H., Vitale, A., Bondi, C., Alsobrook, J., Peterson, B.S., Cohen, D.J., Rasmussen, S.A., Goodman, W.K., McDougle, C.J., y Pauls, D.L. (1997). Symptoms of obsessive-compulsive disorder. *American Journal of Psychiatry*, 154, 911-917.
- Leckman, J.F., Grice, D.E., Barr, L.C., deVries, A.L.C., Martin, C., Cohen, D.J., Goodman, W.K., y Rasmussen, S.A. (1995). Tic-related vs non-tic related obsessive compulsive disorder. *Anxiety*, 1, 208-215
- Lee, H.J., y Kwon, S.M. (2003). Two different types of obsession: autogenous obsessions and reactive obsessions. *Behaviour Research and Therapy*, 41, 11-29.
- Lewis, A. J. (1936). Problems of obsessional illness. *Proceedings of the Royal Society of Medicine*, 29, 325-336.
- Marks, I. (1987). *Fears, phobias and rituals. Panic, anxiety and their disorders* (vols. I y II). Nueva York: Oxford University Press. (Versión española: Martínez-Roca, Barcelona, 1986)
- Mataix-Cols, D., do Rosario-Campos, M.C., y Leckman, J.F. (2005a). A multidimensional model of obsessive-compulsive disorder. *American Journal of Psychiatry*, 162, 228-238.
- Mataix-Cols, D., do Rosario-Campos, M.C., y Leckman, J.F. (2005b). Reply to Calamari Understanding the heterogeneity of OCD. *American Journal of Psychiatry*, 162, 2194.
- Mataix-Cols, D., Rauch, S.L., Baer, L., Eisen, J.L., Shera, D.M., Goodman, W.K., Rasmussen, S.A., y Jenike, M.A. (2002). Symptom stability in adult obsessive-compulsive disorder: Data from a naturalistic two-year follow-up study. *American Journal of Psychiatry*, 159, 263-268.
- Mataix-Cols, D., Rauch, S.L., Manzo, P.A., Jenike, M.A., y Baer, L. (1999). Use of factor-analyzed symptom dimensions to predict outcome with serotonin reuptake inhibitors and placebo in the treatment of obsessive-compulsive disorder. *American Journal of Psychiatry*, 156, 1409-1416.
- Matsunaga, H., Maebayashi, K., Hayashida, K., Okino, K., Matsui, T., Ketani, T., Kiriiike, N., y Stein, D.J. (2008). Symptom Structure in Japanese Patients with Obsessive-Compulsive Disorder. *American Journal of Psychiatry*, 165, 251-253.
- McKay, D., Abramowitz, J.A., Calamari, J.E., Kyrios, M., Rasmussen, S.A., Sookman, D., Taylor, S., y Wilhelm, S. (2004). A critical evaluation of obsessive-compulsive disorder subtypes: Symptoms versus mechanisms. *Clinical Psychology Review*, 24, 283-313.
- McKay, D., Danyko, S., Neziroglu, F., y Yaryura Tobias, J.A. (1995). Factor structure of the Yale-Brown Obsessive Compulsive Scale: A two dimensional measure. *Behaviour Research and Therapy*, 33, 865-869.
- Morillo, C., Belloch, A., y García-Soriano, G. (2007a). Clinical obsessions in obsessive-compulsive patients and obsession-relevant intrusive thoughts in non-clinical, depressed and anxious subjects: Where are the differences? *Behaviour Research and Therapy*, 45, 1319-1333
- Moulding, R., Kyrios, M., Doron, G., y Nedeljkovic, M. (2007). Autogenous and reactive obsessions: Further evidence for a two-factor model of obsessions. *Journal of Anxiety Disorders*, 21, 677-690.
- Parkinson, L., y Rachman, S. (1981). Part II. The nature of intrusive thoughts. *Advances in Behaviour Research and Therapy*, 3, 101-110.
- Purdon, C., y Clark, D.A. (1993). Obsessive intrusive thoughts in non-clinical subjects. Part I. Content in relation with depressive, anxious and obsessional symptoms. *Behaviour Research and Therapy*, 31, 713-720.
- Purdon, C., y Clark, D.A. (1994). Perceived Control and Appraisal of Obsessional Intrusive Thoughts: A repli-

- cation and extension. *Behavioural and Cognitive Psychotherapy*, 22, 269-285.
- Rachman, S.J. (1971). Obsessional ruminations. *Behaviour Research and Therapy*, 9, 229-235.
- Rachman, S.J. (2003). *The treatment of obsessions*. New York: Oxford University Press.
- Rachman, S.J., y Hodgson, R.J. (1980). *Obsessions and Compulsions*. Englewood Cliffs, NJ: Prentice Hall.
- Radomsky, A.S., y Taylor, S. (2005). Subtyping OCD: Prospects and Problems. *Behaviour Therapy*, 36, 371-379
- Reina, N. (2007). *Validación y adaptación para su uso en población española del Inventario de Obsesiones y Compulsiones de Clark y Beck (CBOCI)*. Trabajo para la obtención del DEA. Universidad de Valencia.
- Rosario-Campos, M.C., Miguel, E.C., Quatrano, S., Chacon, P., Ferrao, Y., Findley, D., Katsovich, L., Scahill, L., King, R.A., Woody, S.R., Tolin, D., Hollander, E., Kano, Y., y Leckman, J.F. (2006). The dimensional Yale-Brown Obsessive-Compulsive Scale (DY-BOCS): an instrument for assessing obsessive-compulsive symptom dimensions. *Molecular Psychiatry*, 11, 495-504.
- Sanavio, E. (1988). Obsessions and compulsions: the Padua Inventory. *Behaviour Research and Therapy*, 26, 167-177.
- Saxena, S. (2007). Is compulsive hoarding a genetically and neurobiologically discrete syndrome? Implications for diagnostic classification (editorial). *American Journal of Psychiatry*, 167, 380-384.
- Skoog, G., y Skoog, I. (1999). A 40-year follow-up of patients with obsessive-compulsive disorder. *Archives of General Psychiatry*, 56, 121-127.
- Sobin, C., Blundell, F., Weiller, C., Haiman, C., y Karayiorgou, M. (2000). Evidence of a schizotypy subtype in OCD. *Journal of Psychiatric Research*, 34, 25-24.
- Summerfeldt, L.J., Kloosterman, P.H., Antony, M.M., Swinson, R.P., y Richter, M.A. (2004). The relationship between miscellaneous symptoms and major symptom factors in obsessive-compulsive disorder. *Behavior Research and Therapy*, 42, 1453-1476.
- Summerfeldt, L.J., Richter, M.A., Antony, M.M., y Swinson, R.P. (1999). Symptom structure in obsessive-compulsive disorder: a confirmatory factor-analytic study. *Behavior Research and Therapy*, 37, 297-311.
- Tek, C., y Ulug, B. (2001). Religiosity and religious obsessions in obsessive-compulsive disorder. *Psychiatry Research*, 104, 99-108.
- Thordarson, D.S., Radomsky, A.S., Rachman, S., Shafran, R., Sawchuk, C.N., y Hakstian, A.R. (2004). The Vancouver Obsessional Compulsive Inventory. *Behaviour Research and Therapy*, 42, 1289-1314.
- Van Grootheest, D.S., y Cath, D.C. (2007). Compulsive Hoarding and OCD: Two distinct disorders? (editorial) *American Journal of Psychiatry*, 164, 1435-1436.
- Van Oppen, P., Hoekstra, R.J., y Emmelkamp, P.M.G. (1995). The structure of obsessive-compulsive symptoms. *Behaviour Research and Therapy*, 33, 15-23.
- Wu, K.D., Watson, D., y Clark, L.A. (2007). A self-report version of the Yale-Brown Obsessive-Compulsive Scale Symptom Checklist: Psychometric properties of factor-based scales in three samples. , 21, 644-661.
- Zubeidat, I., Sierra, J.C., y Fernández-Parra, A. (2007). Subtipos de ansiedad social en población adulta e infanto-juvenil: Distinción cuantitativa versus cualitativa. *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica*, 3, 147-162.