

# Características clínicas de 104 pacientes con diagnóstico de trastorno obsesivo compulsivo

FULLANA RIVAS, M. A.; CREUS MAYORAL, M. J.; FARRÉ SENDER, B. y FARRÉ MARTÍ, J. M.

Servicio de Psiquiatría, Psicología y Medicina Psicosomática. Instituto Universitario Dexeus. Barcelona.

## Clinical characteristics of 104 patients with obsessive compulsive disorder

### Resumen

**Introducción:** El trastorno obsesivo compulsivo es un trastorno frecuente, pero los estudios sobre características clínicas son escasos. El objetivo del presente estudio es describir las características demográficas y clínicas de un grupo amplio de pacientes con trastorno obsesivo compulsivo.

**Material y métodos:** Se evaluaron mediante un cuestionario estructurado las características de 104 pacientes que solicitaron tratamiento psiquiátrico y que recibieron el diagnóstico de trastorno obsesivo compulsivo.

**Resultados:** La edad media de inicio del trastorno era de 20 años y el tiempo medio hasta solicitar tratamiento cuatro años. La mayoría de pacientes referían un inicio insidioso del trastorno y asociaban su comienzo con una experiencia estresante. Las obsesiones más frecuentes eran las de duda, agresividad y contaminación. Las compulsiones más habituales eran de comprobación, necesidad de preguntar y rituales mentales. Las compulsiones de limpieza y repetición eran más frecuentes en mujeres.

**Discusión:** Los resultados obtenidos en la edad o forma de inicio del trastorno y la prevalencia de determinadas obsesiones y compulsiones son similares a investigaciones previas. No existe acuerdo con trabajos anteriores en otras variables como la asociación del inicio de la enfermedad con el estrés, el curso del trastorno o el tiempo transcurrido hasta solicitar tratamiento. Estas diferencias respecto a trabajos anteriores podrían deberse a la utilización de criterios o instrumentos de evaluación diferentes. Parece necesaria la elaboración de instrumentos que permitan aclarar estas discrepancias.

**Palabras clave:** Trastorno obsesivo-compulsivo. Descripción clínica. Trastornos de ansiedad.

### Summary

**Introduction:** Obsessive compulsive disorder is a common disorder, but research on its clinical features is scarce. The goal of this study is to describe the clinical characteristics and demographic features of a large sample of patients with Obsessive compulsive disorder.

**Method:** The characteristics of 104 patients who sought psychiatric treatment and who were diagnosed as having Obsessive compulsive disorder were assessed by means of a structured questionnaire.

**Results:** The mean age of onset was 20 years and the mean time before soliciting treatment was 4 years. Most of the patients reported an insidious onset and related the onset to a stressful event. The most frequent obsessions were doubt, aggressiveness and contamination. Checking, need to ask and mental rituals were the most frequent compulsions. Cleaning and repetition compulsions were most frequent in women.

**Discussion:** Our results regarding age at onset of illness, way of onset or prevalence of certain obsessions and compulsions are similar to previous research. No agreement was obtained with previous research regarding the link between stress and illness onset, the course of the disorder or the time before treatment was sought.

The differences with respect to previous studies could be accounted for the use of different instruments or criteria. The need for the development of instruments allowing to shed light on these discrepancies is stressed.

**Key words:** Obsessive-compulsive disorder. Clinical description. Anxiety disorders.

El trastorno obsesivo compulsivo (TOC) se clasifica actualmente como un trastorno de ansiedad (1). Estudios epidemiológicos recientes sugieren que el TOC podría ser el cuarto trastorno mental más frecuente en la población general, con una prevalencia puntual del 1,6% y una prevalencia para toda la vida del 2,5% (2, 3). La investigación sobre el TOC ha crecido de manera exponencial durante los últimos 20 años (4) y se han produci-

do notables avances en la comprensión de uno de los trastornos mentales que mayor interferencia puede producir en quienes lo padecen (5, 6). En los últimos años se han editado varias nuevas (7, 8) o revisadas (9, 10) monografías sobre el TOC. Sin embargo, existen todavía numerosos interrogantes sobre sus aspectos clínicos, etiológicos y terapéuticos. Los estudios de tratamiento –psicofarmacológico o conductual– del TOC sobrepasan con

creces los estudios de tipo descriptivo. Estos últimos se realizan en ocasiones con muestras de pacientes que participan en estudios de tratamiento, en los que puede existir una representación excesiva de determinados tipos de TOC (11, 12). En nuestra práctica clínica habitual, por ejemplo, los pacientes con rituales de limpieza y comprobación, en conjunto, no son el grupo más frecuente, lo que contrasta con el porcentaje (cerca del 75%) que presentan este tipo de síntomas en los estudios con terapia conductual (11).

El objetivo del presente estudio es describir las características demográficas y clínicas de una muestra amplia de sujetos con TOC que solicitaron tratamiento durante un periodo de aproximadamente diez años. Queríamos comprobar si en la práctica clínica habitual se cumplen las predicciones establecidas en investigaciones previas, respecto a variables como la edad de inicio, el tiempo transcurrido hasta solicitar tratamiento o la frecuencia de diferentes obsesiones y rituales. Se espera que los datos obtenidos contribuyan a un mejor conocimiento de la presentación del trastorno en la clínica.

## MÉTODOS

### Sujetos y procedimiento

Se seleccionaron las historias clínicas de todos los pacientes que recibieron el diagnóstico de TOC entre los años 1986 y 2000 en el Servicio de Psiquiatría, Psicología y Medicina Psicosomática del Instituto Universitario Dexeus. Los pacientes habían sido evaluados por psicólogos clínicos o psiquiatras con experiencia mediante una entrevista semi-estructurada. Una psicóloga clínica con experiencia en la evaluación y diagnóstico del TOC (MJC) revisó individualmente cada una de estas historias y confirmó que el paciente cumpliera los criterios DSM-IV (1) de TOC en el momento de su admisión en el centro. Se excluyeron los pacientes que recibieron un diagnóstico adicional de algún trastorno psicótico.

Los datos sobre aspectos demográficos se obtuvieron a partir de la historia clínica y mediante un cuestionario estructurado autoaplicado elaborado por los autores que recoge información sobre aspectos demográficos y clínicos (13). La mayoría de participantes respondieron al cuestionario en el momento de su admisión en el centro. En algunos casos, el cuestionario fue enviado por correo.

La determinación de las obsesiones y rituales de cada paciente la realizó la misma psicóloga a partir de la historia clínica y también de manera individual. Para cada sujeto, se registraron las obsesiones y compulsiones predominantes en el momento de admisión, que determinaban el motivo de consulta y que cumplían los criterios de interferencia o malestar clínico significativos. Debido a que no existe una clasificación de los fenómenos obsesivo-compulsivos universalmente aceptada, se utilizaron, con pequeñas variaciones, las categorías que aparecen recogidas en la escala Yale-Brown (14, 15) para la clasificación de obsesiones y compulsiones. Las obsesiones

TABLA I Datos demográficos de la muestra

Variable	Porcentaje		
	Varones	Mujeres	Total
Estado civil			
Casado/pareja estable	45,8	61,3	52,5
Soltero	54,2	38,7	47,5
Estudios (nivel más alto alcanzado)			
Primarios	8,7	20	13,2
Hasta FP/BUP/COU o equivalente	45,7	43,3	44,7
Universitarios	45,7	36,7	42,1
Situación laboral			
Trabajador en activo	56,5	48,4	53,3
Desempleado	13	9,7	11,7
Incapacitado	4,3	16,1	9,1
Otros	26,1	25,8	26
		Media (de)	
Edad al contraer matrimonio	27,71 (4,86)	24,57 (3,11)	26,29 (4,39)
Número de hijos	0,78 (0,88)	1 (0,88)	0,88 (0,84)

fueron clasificadas en: agresivas, de contaminación, de duda, orden/simetría/perfección, sexuales, somáticas, religiosas, coleccionismo/acumulación y otras. Las categorías utilizadas para las compulsiones fueron: comprobación, coleccionismo/acumulación, contar, limpieza, orden/simetría, preguntar, repeticiones, rituales mentales, rumiaciones y otras.

Finalmente, la muestra quedó compuesta por 104 sujetos, 41 mujeres (39,5%) y 63 varones (60,5%), con una edad media de 29,96 años (de= 9,78; rango: 16-59) en el momento de la primera entrevista.

### Estadísticos

La descripción de variables cualitativas se realizó mediante porcentajes. Las comparaciones entre frecuencias se realizaron mediante la prueba  $\chi^2$ . Para las comparaciones entre medias en las variables cuantitativas se utilizó la prueba t de Student. Todos los cálculos estadísticos se realizaron con la versión 7.5 para Windows del programa SPSS.

## RESULTADOS

### Datos demográficos

La tabla I ofrece un resumen de los datos demográficos más destacados obtenidos para el conjunto de la muestra. En ninguna de las variables estudiadas existían diferencias significativas por sexos, excepto en la edad al

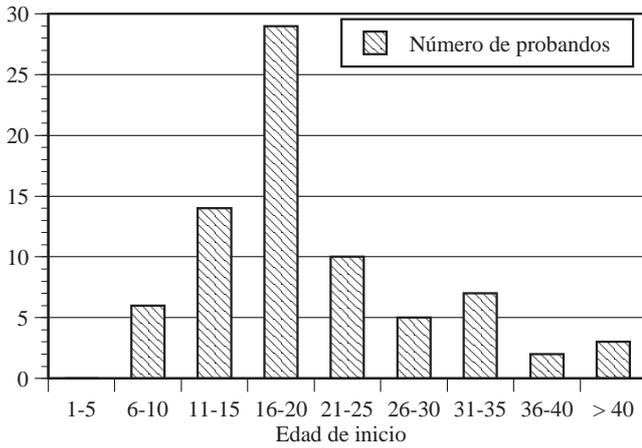


FIG. 1.—Inicio del TOC por grupos de edad.

contraer matrimonio, mayor para los varones que para las mujeres [ $t(29) = 2,08, p = 0,04$ ].

#### Edad de inicio y tiempo transcurrido hasta solicitar tratamiento

Se obtuvieron resultados válidos respecto a la edad de inicio para 76 sujetos. La edad media de inicio del TOC era de 20,58 años ( $de = 9,27$ ; rango: 6-55). La edad de inicio del trastorno para las mujeres ( $M = 22,45$ ;  $de = 10,46$ ) y para los hombres ( $M = 19,43$ ;  $de = 8,37$ ) no eran diferentes [ $t(74) = -1,38, p = 0,16$ ].

En el 77,6% de los sujetos el inicio era anterior a los 25 años. Sólo un 6,5% de los pacientes referían un inicio posterior a los 35 años (Fig. 1).

El tiempo medio transcurrido desde el inicio del trastorno hasta que el paciente solicitaba ayuda era de 3,8 años ( $de = 5,50$ ; rango: 0,33-25), sin que existieran diferencias por sexos en este aspecto [ $t(56) = -0,100, p = 0,92$ ]. Existía una correlación negativa significativa ( $r = -0,42, p = 0,001$ ) entre la edad de inicio del trastorno y el tiempo transcurrido hasta solicitar tratamiento.

Para determinar si esta variable había sufrido variación con el tiempo, se clasificaron los sujetos según hubieran accedido a nuestro servicio antes o después de 1995. No se hallaron diferencias en el tiempo transcurrido hasta solicitar tratamiento entre estos dos grupos [hasta 1995,  $M = 3,47, de = 5,85$ . Después de 1995,  $M = 4,44, de = 5,73. t(50) = 0,58, p = 0,56$ ].

#### Número de hermanos y orden de nacimiento

Del total de la muestra, 40 sujetos (38,5%) no tenían hermanos y 37 (35,6%) eran primogénitos. En total, por tanto, el 74,1% de la muestra eran hijos únicos o primogénitos.

No existían diferencias entre sujetos primogénitos [ $M = 20,18, de = 10,25$ ] y no primogénitos [ $M = 20,69, de = 9,06$ ] en la edad de inicio del trastorno [ $t(74) = -0,204, p = 0,841$ ] ni tampoco en tiempo transcurrido antes de solicitar tratamiento [primogénitos:  $M = 3,94, de = 5,09$ ; no primogénitos:  $M = 3,77, de = 5,69. t(56) = 0,096, p = 0,924$ ].

#### Forma de inicio y asociación con enfermedades físicas y estrés

Aproximadamente tres cuartas partes de los participantes en el estudio (72,1%) referían un inicio insidioso de la enfermedad. Un 18% afirmaban que el trastorno se había iniciado de forma brusca. El resto (9,8%) no recordaba si el inicio había sido brusco o insidioso.

Cuatro sujetos (8,5%) afirmaron estar sufriendo alguna enfermedad orgánica en el momento de inicio del TOC. En ninguno de ellos el inicio era brusco y situaban la edad de inicio en los 16 años (tres casos) y en los 12 (un caso). El 83% del total señalaron que el trastorno no se inició de manera concurrente con una enfermedad y el 8,5% restante no recordaba.

El 74,6% de sujetos afirmaron que el inicio del trastorno se produjo en un período de estrés. El 19% no asociaba el inicio del TOC con el estrés. El resto (6,3%) no recordaban.

#### Curso y recaídas

El 28,6% de los participantes afirmaron que el trastorno seguía un curso con períodos asintomáticos. El 31,7% describieron su curso como estable. Finalmente, un 39,7% afirmaron que el trastorno seguía un curso deteriorante. Casi la tercera parte de los sujetos (73,7%) asociaban las recaídas en el trastorno con experiencias estresantes.

#### Antecedentes familiares

Un 60,3% del total reconocía la existencia de un trastorno mental en al menos un familiar de primer grado. Un 19,6% de sujetos presentaba antecedentes de TOC entre sus familiares de primer grado. No existían diferencias ( $t = -0,61, p = 0,54$ ) en cuanto a la edad de inicio de la enfermedad entre sujetos con antecedentes ( $M = 18,38, de = 6,97$ ) y sujetos sin antecedentes familiares de TOC ( $M = 20,42, de = 8,74$ ).

#### Trastornos asociados

La tabla II recoge los porcentajes de sujetos con historia de miedos infantiles, ansiedad de separación en la infancia, depresión infantil, trastornos alimentarios, tics y tricotilomanía.

**TABLA II** TOC y antecedentes psicopatológicos

Historia de...	Porcentaje
Miedos infantiles	56,3
Ansiedad de separación	29,4
Trastornos alimentarios	4,8
Tics	4,1
Tricotilomanía	4,7
Depresión infantil	31,1

**Clínica**

Las tablas III y IV recogen los porcentajes de sujetos –para el total de la muestra y por sexos– que presentaban los diferentes tipos de obsesiones y rituales. Como puede observarse, para el total de la muestra las obsesiones más frecuentes eran la duda patológica, las de contenido agresivo y las de contaminación. Las compulsiones más frecuentes eran, por este orden, las de comprobación, necesidad de preguntar y los rituales mentales.

Ninguna de las diferencias por sexos en los distintos tipos de obsesiones era significativa. Sí alcanzaron significación estadística las diferencias en dos tipos de compulsiones: de limpieza ( $\chi^2= 5,56$ ,  $p= 0,01$ ) y de repetición ( $\chi^2= 4,21$ ,  $p= 0,04$ ), que eran más frecuentes entre mujeres.

**DISCUSIÓN**

El objetivo del presente estudio era describir las características de una muestra amplia de pacientes con TOC que solicitaron tratamiento en nuestro centro.

En la muestra estudiada, un 60% de los sujetos eran varones. Este porcentaje contrasta con la mayoría de estudios previos en muestras clínicas en que la proporción entre sexos era cercana a 1:1 (16) o ligeramente superior para las mujeres (17), aunque al menos un estudio también ha encontrado mayor porcentaje de varones entre los pacientes con TOC (4). Es posible que la edad media de los participantes en el momento de admisión (30 años), inferior a la señalada en anteriores estudios (34 años) (18), haya dado lugar a una excesiva representación de varones en nuestra muestra, ya que, como se señala a continuación, los hombres tienden a presentar una edad de inicio del TOC inferior a las mujeres, aunque en nuestro estudio esta diferencia no fuera significativa.

La edad media de inicio del trastorno obtenida en nuestro trabajo (20 años) es similar a la obtenida en estudios previos, donde esta variable ha oscilado entre los 19 y 24 años, tanto en muestras clínicas (19-23) como en investigaciones epidemiológicas (24). La edad de inicio del trastorno es uno de los datos más consistentes en la investigación sobre el TOC (4). En nuestra muestra no existían diferencias en la edad de inicio entre hombres y mujeres, al contrario que en la mayoría de estudios previos, donde los varones presentaban un inicio más precoz

**TABLA III** Obsesiones para el total de la muestra y por sexos

Obsesiones	n	Muestra (%)	Mujeres (%)	Hombres (%)
Agresividad	26	25	27	24
Contaminación	20	19	24	16
Duda	44	42	39	44
Orden/simetría	18	17	15	19
Sexuales	7	6	3	9
Somáticas	11	10	12	9
Religiosas	5	4	10	2
Otras	17	16		

(19-24), aunque existe al menos una investigación en que tampoco se hallaron diferencias por sexos en esta variable (4). Tan sólo un 6% de los participantes en el estudio referían un inicio posterior a los 35 años y sólo en dos casos el inicio había sido más tarde de los 45 años. Recientemente se ha señalado la importancia de identificar los casos de TOC de comienzo tardío, ya que podrían constituir un subgrupo de pacientes en que los factores orgánicos tuvieran una especial relevancia (25).

Los participantes en el estudio tardaron una media de menos de cuatro años en acudir a un profesional una vez iniciado el TOC. Estos resultados contrastan con trabajos anteriores en que la duración media de los síntomas antes de solicitar tratamiento era mucho mayor: ocho años en una serie que recogía diversos estudios (26) y en el estudio de Rasmussen y Tsuang (23) y doce en los datos aportados por Marks (18). No hallamos diferencias en el tiempo transcurrido antes de solicitar tratamiento entre los pacientes que acudieron a nuestra consulta durante los cinco últimos años y aquellos que lo hicieron anteriormente. Por tanto, a pesar de los avances en este campo en los últimos años, no se ha producido una deseable reducción en el período transcurrido entre la aparición

**TABLA IV** Compulsiones para el total de la muestra y por sexos

Compulsiones	n	Muestra (%)	Mujeres (%)	Hombres (%)
Comprobación	43	41	41	41
Limpieza*	21	20	32	12
Coleccionismo/ acumulación	9	9	7	9
Necesidad de preguntar	39	37	44	33
Repeticiones*	12	11	20	6
Rituales mentales	27	26	19	30
Rumiaciones	13	12	12	12
Contar	10	10	10	9
Orden/simetría	8	8	12	4
Otras	19	18		

\* Diferencias por sexo significativas ( $p < 0,05$ ).

del trastorno y la solicitud de tratamiento. También se halló que a medida que aumenta la edad del paciente aumenta la probabilidad de que éste solicite ayuda. Entre las posibles explicaciones a estos resultados cabe incluir que algunos casos de TOC de inicio en la adolescencia se confundan con dudas propias de esta edad.

Casi tres cuartas partes de los sujetos de nuestra muestra eran hijos únicos o primogénitos. Concretamente, eran primogénitos el 35%, resultado que coincide con el obtenido por Summerfeld et al citado por Antony et al (4), aunque en al menos dos estudios no se han encontrado diferencias entre el orden de nacimiento de los pacientes con TOC y los pacientes con depresión (27) o con un grupo control (28).

En la muestra estudiada, casi una tercera parte de los sujetos refería un inicio insidioso y sólo un 18% un inicio brusco, dato que parece confirmar que los fenómenos obsesivo-compulsivos forman generalmente un continuo desde la normalidad a la anormalidad. Un 8% de los pacientes informaron que en el momento del inicio del TOC estaban sufriendo alguna enfermedad orgánica, aunque ninguno de ellos refería un inicio brusco, y sólo uno presentaba una edad de inicio inferior a los 13 años.

También obtuvimos que casi el 75% de pacientes asociaban el inicio del TOC con alguna experiencia estresante, resultados completamente opuestos a un estudio anterior en que Rasmussen y Tsuang (23) hallaron que sólo un 25% de los pacientes informaban de un desencadenante ambiental.

En cuanto al curso del trastorno, en nuestro estudio casi un 30% de los pacientes afirmaron que pasaban épocas sin síntomas. Sin embargo, es posible que este resultado se obtuviera al forzar la respuesta del paciente a tres posibles categorías, siendo las otras dos «estable» y «deteriorante». Lo más probable es que aquellos pacientes que señalaron que pasaban épocas sin síntomas se estén refiriendo en realidad a una disminución de la interferencia producida por la sintomatología más que a una remisión completa de la misma, ya que este es un patrón poco frecuente (24, 29). Por otro lado, tres cuartas partes de los participantes en el estudio asociaban las recaídas en el trastorno con períodos estresantes. Pocos trabajos anteriores ofrecen datos sobre esta importante variable, aunque un estudio obtuvo que «casi todos» los pacientes en una muestra de 44 sujetos con TOC referían que el aumento de síntomas estaba asociado con acontecimientos estresantes (23).

En cuanto a los antecedentes familiares, el 60% de los pacientes estudiados referían tener un familiar de primer grado con algún trastorno mental y un 20% de sujetos presentaban antecedentes familiares de TOC. En uno de los estudios de familias más recientes se encontró que la prevalencia para toda la vida del TOC en los padres de pacientes con el trastorno era del 12% frente al 3% de un grupo control (30). La mayor prevalencia encontrada en nuestro estudio podría deberse a diversas limitaciones metodológicas.

En nuestra muestra, las obsesiones que se presentaban más frecuentemente eran, por este orden, las de

duda, agresividad, contaminación, orden/simetría y somáticas. En la muestra más amplia de pacientes con TOC descrita hasta el momento (17) (n= 560) las obsesiones más frecuentes eran, por este orden, contaminación, duda, somáticas, orden/simetría y agresividad. En otro estudio realizado con 182 pacientes por Summerfeld et al (4) el orden era el siguiente: agresividad contaminación, orden/simetría, somáticas y de acumulación. Por tanto, nuestros resultados sobre la frecuencia de diferentes obsesiones coinciden con anteriores trabajos en señalar que los fenómenos obsesivos más frecuentes están relacionados con los temas de agresividad, contaminación y orden/simetría. Sin embargo, las obsesiones más frecuentes en nuestro estudio eran las relacionadas con la duda patológica, que aparecen en segundo lugar en el estudio de Rasmussen y Eisen (17) pero no en el de Summerfeld et al (4) En este último trabajo no se utilizó la categoría de obsesiones de duda y, por tanto, los resultados son menos comparables.

En cuanto a las compulsiones, hemos obtenido que las más frecuentes son, por este orden, las de comprobación, la necesidad de preguntar, los rituales mentales y las de limpieza. Los dos estudios antes citados (4, 17) también obtuvieron que las compulsiones de comprobación eran las más frecuentes, pero en ambos aparecieron en segundo y tercer lugar los rituales de limpieza y repetición respectivamente, mientras que el cuarto puesto lo ocupaban las compulsiones de preguntar y las de orden/simetría.

Respecto a las diferencias por sexo en obsesiones y compulsiones, encontramos que sólo existían diferencias en las compulsiones de limpieza y de repetición, significativamente más frecuentes entre las mujeres. La mayor prevalencia de compulsiones de limpieza entre las mujeres es un hallazgo bien replicado (18), aunque probablemente en otras obsesiones o compulsiones la investigación sobre este aspecto ha sido poco exhaustiva.

El presente estudio presenta diversas limitaciones. En primer lugar, no se utilizaron instrumentos estructurados para la evaluación del TOC, si bien los diagnósticos fueron confirmados individualmente por un clínico con experiencia. En segundo lugar, en algunos casos los datos biográficos se recogieron retrospectivamente y sin contar con adecuados filtros sobre su fiabilidad o validez. Tampoco se utilizaron listados exhaustivos de obsesiones y compulsiones, por lo que la evaluación se limitó a las obsesiones y rituales que motivaron la consulta inicial.

En cualquier caso, pensamos que ofrece una adecuada aproximación a la fenomenología del trastorno en una muestra amplia de pacientes. También pone de manifiesto la urgente necesidad de instrumentos de evaluación fiables y válidos en muestras españolas para la evaluación del TOC.

Los resultados del presente estudio indican que podrían existir diferencias en ciertas variables demográficas y clínicas entre los pacientes que solicitan tratamiento y reciben un diagnóstico de TOC en la práctica clínica habitual en nuestro medio y los participantes en las investigaciones publicadas anteriormente (en la mayoría de casos sujetos seleccionados para estudios de tratamiento).

En el futuro cabría investigar hasta qué punto estas diferencias repercuten sobre la eficacia de los tratamientos utilizados en el TOC.

## BIBLIOGRAFÍA

1. American Psychiatric Association. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (4<sup>th</sup> ed). Washington: American Psychiatric Association; 1994.
2. Myers JK, Weissman MM, Tischler GL. Six month prevalence of psychiatric disorders in three communities. *Archives of General Psychiatry* 1984;41:949-58.
3. Robins LN, Helzer JE, Weissman MM, Orvaschel H, Gruenberg E, Burke JD, et al. Lifetime prevalence of specific psychiatric disorders in three sites. *Archives of General Psychiatry* 1984;41:949-58.
4. Antony MM, Downie F, Swinson RP. Diagnostic issues and epidemiology in obsessive-compulsive disorder. En: Swinson RP, Antony MM, Rachman S, Richter M, directores. *Obsessive-compulsive disorder: theory, research and treatment*. Nueva York: Guilford Press; 1998.
5. Koran LM, Thienemann ML, Davenport R. Quality of life for patients with obsessive-compulsive disorder. *Am J Psychiatry* 1996;153:783-8.
6. Leon AC, Portera L, Weissman MM. The social costs of anxiety disorders. *Br J Psychiatry* 1995;166(Supl): 19-22.
7. Swinson RP, Antony MM, Rachman S, Richter M. *Obsessive-compulsive disorder. Theory, research and treatment*. Nueva York: Guilford Press; 1998.
8. Ros S, Gracia R, Rodríguez R. *Terapéutica de los trastornos obsesivos*. Barcelona: Fundación ProMedic; 1998.
9. Jenike MA, Baer L, Minichiello WE. *Obsessive-compulsive disorders. Practical management*. San Luis: Mosby; 1998.
10. Vallejo J, Berrios G. *Estados obsesivos*. 2<sup>a</sup> ed. Barcelona: Masson; 1995.
11. Ball SG, Baer L, Otto MW. Symptom subtypes of obsessive-compulsive disorder in behavioral treatment studies: a quantitative review. *Behaviour Research and Therapy* 1996;34:47-51.
12. Marks IM, Lelliot PT, Basoglu M, Noshirvani HF. Clomipramine, self exposure and therapist aided exposure for obsessive-compulsive rituals. *Br J Psychiatry* 1988;152:522-34.
13. Creus MJ, Fullana MA, Farré JM. Un instrumento estructurado para la recogida de datos en pacientes con trastorno obsesivo compulsivo. Manuscrito en preparación.
14. Goodman WK, Price LH, Rasmussen SA, Mazure C, Delgado P, Heninger GR, et al. The Yale-Brown Obsessive Compulsive Scale, II. Validity. *Archives of General Psychiatry* 1989;46:1012-6.
15. Goodman WK, Price LH, Rasmussen SA, Mazure C, Fleischman RL, Heninger GR, et al. The Yale-Brown Obsessive Compulsive Scale, I. Development, use and reliability. *Archives of General Psychiatry* 1989; 46:1006-11.
16. Black A. The natural history of obsessional neurosis. En: Beech HR, director. *Obsessional states*. London: Methuen, 1974:19-54.
17. Rasmussen SA, Eisen JL. The epidemiology and clinical features of obsessive compulsive disorder. *Psychiatric Clinics of North America* 1992;15:743-58.
18. Marks IM. *Fears, phobias, and rituals*. London: Oxford University Press; 1987.
19. Castle DJ, Deale A, Marks IM. Gender differences in obsessive compulsive disorder. *Australian and New Zealand J Psychiatry* 1995;29:114-7.
20. Lenzi P, Cassano GB, Correddu G, Ravagli S, Kunovac JL, Akiskal HS. Familial-developmental history, symptomatology, comorbidity, and course with special reference to gender-related differences. *Br J Psychiatry* 1996;169:101-7.
21. Minichiello WE, Baer L, Jenike MA, Holland A. Age of onset of major subtypes of obsessive-compulsive disorder. *J Anxiety Disorders* 1990;4:147-50.
22. Noshirvani HF, Kavsikis Y, Marks IM, Tsakiris F, Monteiro WO. Gender-divergent aetiological factors in obsessive-compulsive disorder. *Br J Psychiatry* 1991; 158:260-3.
23. Rasmussen SA, Tsuang MT. Clinical characteristics and family history in DSM-III obsessive-compulsive disorder. *Am J Psychiatry* 1986;143:317-22.
24. Burke KC, Burke JD, Regier DA, Rae DS. Age of onset of selected mental disorders in five community populations. *Archives of General Psychiatry* 1990;47:511-8.
25. Weiss AP, Jenike MA. Late-onset obsessive-compulsive disorder: a case series. *J Neuropsychiatry and Clinical Neurosciences* 2000;12:265-8.
26. Pollit J. Natural history of obsessional states. *Br Med J* 1957;1:195-8.
27. Coryell W. Obsessive compulsive disorder and primary unipolar depression: comparison of background, family history, course and mortality. *J Nervous and Mental Disease* 1981;169:220-4.
28. Tsuan MT. Birth order and maternal age of psychiatric inpatients. *Br J Psychiatry* 1966;112:1131-41.
29. Demal U, Lenz G, Mayrhofer A, Zapotocky H-G, Zitterl W. Obsessive-compulsive disorder and depression: A retrospective study on course and interaction. *Psychopathology* 1993;26:145-50.
30. Nestadt G, Samuels J, Riddle M, Bienvenu J, Liang K-Y, LaBuda M, et al. A family study of obsessive-compulsive disorder. *Archives of General Psychiatry* 2000;57:358-63.

Correspondencia:  
Dr. Miquel Àngel Fullana Rivas  
Servicio de Psiquiatría, Psicología y Medicina  
Picosomática  
Institut Dexeus Angli, 45-bis  
08012 Barcelona  
E-mail: mafr@copc.es