

Lizardo Cruzado<sup>1</sup>  
Elisa Cáceres-Taco<sup>2</sup>  
Jesús R. Calizaya<sup>1</sup>

# Acercas de un caso de síndrome referencial olfatorio

<sup>1</sup>Médico Psiquiatra  
Universidad Peruana Cayetano Heredia  
Instituto Nacional de Salud Mental Honorio Delgado  
Hideyo Noguchi  
Lima, Perú

<sup>2</sup>Médica residente de Psiquiatría  
Instituto Nacional de Salud Mental Honorio Delgado  
Hideyo Noguchi  
Universidad Nacional Mayor de San Marcos  
Lima, Perú

El Síndrome Referencial Olfatorio (SRO) es una de las variedades del tipo somático del trastorno delirante y es definido por el juicio falso que el individuo afectado defiende respecto a la emisión de un olor fétido proveniente de su propio organismo y que los demás pueden advertir. En la venidera edición del Manual Diagnóstico y Estadístico de las Enfermedades Mentales (DSM-V), se ha propuesto desgajar al SRO como una patología independiente. A partir del reporte de un caso ilustrativo, revisamos la respectiva bibliografía y comentamos tal propuesta.

**Palabras clave:** Trastorno delirante tipo somático, Alucinación olfativa, Hipocondriasis, Síndrome referencial olfatorio

*Actas Esp Psiquiatr* 2012;40(4):234-8

### Apropos of an Olfactory Reference Syndrome case

Olfactory Reference Syndrome (ORS) is one of the varieties of the somatic type of the Delusional Disorder, and it is characterized by the mistaken statement of a patient who declares the issuance of a foul odor coming from his own body and that others may notice. In the upcoming edition of the Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-5) it has been proposed to break off ORS as an independent pathology. From an illustrative case report, we review the relevant literature and discuss this proposal.

**Key words:** Delusional disorder somatic subtype, Olfactory hallucination, Hypochondriasis, olfactory reference syndrome

### INTRODUCCIÓN

Se asume que, en comparación a la vista y el oído que son capacidades sensoriales más desarrolladas, el olfato reviste menor importancia: así, la psicopatología relacionada a esta esfera sensorial es consuetudinariamente soslayada<sup>1</sup>. Un ejemplo conspicuo es el Síndrome Referencial Olfatorio (SRO) cuyo primer reporte data de 1891 y cuya presencia se ha verificado en todas las latitudes geográficas, pero que actualmente no posee estatuto independiente en las clasificaciones diagnósticas<sup>2</sup>. Aunque Kraepelin dudó de la existencia de un tipo somático entre las paranoias, desde la mitad del siglo pasado la bibliografía sobre este tipo ha resultado ser la más abundante respecto a la de los otros trastornos delirantes<sup>3</sup>. En la CIE-10 el SRO es mencionado entre los trastornos de ideas delirantes mientras que en la clasificación norteamericana editada en 1980 (DSM-III) fue subsumido como un trastorno somatomorfo atípico; en la edición DSM-III-R, el SRO fue trasferido al tipo somático de los trastornos delirantes donde permanece hasta hoy<sup>4</sup>.

El nombre de Síndrome Referencial Olfatorio se debe a Pryse-Phillips quien publicó en 1971 una larga serie de casos donde lo individualizaba respecto a otros cuadros en que existían síntomas semejantes pero dentro de psicosis esquizofrénicas, afectivas u orgánicas<sup>5</sup>. Si bien hay consenso sobre el síntoma nuclear del SRO (la vehemente preocupación con el mal olor corporal) persiste controversia en cuanto a si esta proposición reviste carácter delirante en todos los casos y si existe un correlato alucinatorio a tal idea. De hecho, en la más reciente revisión sobre el tema se ha encontrado una exigua minoría de casos (22%) en los que se reporta la indiscutible presencia de la alucinación olfativa (contra 75% en la serie original de Pryse-Phillips). Asimismo, la convicción delirante se evidenció solamente en poco más de la mitad de casos (52%), mientras que en el resto de pacientes dicha idea oscilaba entre la sobrevaloración y la obsesividad<sup>4</sup>.

Los olores acusados por los pacientes son comúnmente los corporales o de emisiones naturales: olores axilares, genitales, de transpiración, de orina, de heces o flatos y halitosis, pero que son descritos como extremadamente intensos<sup>6</sup>. Otro

Correspondencia:  
Lizardo Cruzado  
Instituto Nacional de Salud Mental Honorio Delgado - Hideyo Noguchi.  
Av. Eloy Espinoza 709. Urb. Palao. San Martín de Porres. Lima 31. Perú.  
Correo electrónico: lizardo\_cruzado@yahoo.com

síntoma prominente del SRO es el sentimiento de vergüenza: más del 75% de pacientes interpreta referencialmente gestos y palabras ajenas –hasta del tipo más peregrino– lo que acaba conduciéndolos al aislamiento y discapacidad laboral y social en considerable proporción: en la serie de Pryse-Phillips apenas el 3% de afectados llevaba una vida social activa<sup>4</sup>. También los largos periodos de tiempo destinados a chequear los supuestos olores y otras conductas compulsivas –como disimular su presencia– influyen en la severa discapacidad de los pacientes<sup>7</sup>.

En cuanto a datos demográficos, la prevalencia del SRO es usualmente mayor entre varones –con predominio de individuos solteros– y la edad de inicio abarca el fin de la adolescencia y el comienzo de la adultez. En casi la mitad de casos se describe un evento precipitante antes del inicio de los síntomas, generalmente alguna amonestación denigratoria –aunque esto podría ser un evento temprano del curso mórbido ya instalado<sup>8</sup>.

En alrededor de 40% de los casos de SRO se ha declarado comorbilidad con ansiedad o depresión (mayoritariamente de aparición posterior a la queja del olor malsano). Asimismo, hasta 30% de los pacientes llegó a ejecutar algún intento suicida y más del 50% requirió hospitalización psiquiátrica<sup>4</sup>. En cuanto a rasgos de personalidad, los más frecuentes corresponden al grupo C del DSM-IV (evitativos, dependientes y anancásticos)<sup>4</sup>. Un acápite poco explorado es la presencia de antecedentes familiares psiquiátricos en los pacientes afectados de SRO, aunque cabe señalar que exigua evidencia liga al SRO con la esquizofrenia como desenlace<sup>3</sup>.

Se sabe que la prevalencia de trastorno delirante de todos los tipos oscila entre 0,05 y 0,1%, pero se presume un vasto sub-registro –más aún en casos de trastorno delirante somático y en países en vías de desarrollo–<sup>9</sup>. Obvio es que el grueso de pacientes con SRO no consultan a psiquiatras sino a odontólogos, dermatólogos, gastroenterólogos e incluso cirujanos, lo que distorsiona las cifras de frecuencia provenientes de muestras clínicas psiquiátricas<sup>10</sup>. No existen cifras sobre prevalencia poblacional del SRO. Un dato interesante proviene de Japón donde, como parte del cuadro denominado *taijin-kyofu* ('*taijin*': interpersonal; '*kyofu*': miedo), se describe una variedad (*jiko-shu-kyofu*) donde predomina el temor a emitir olores personales ofensivos. Se han descrito estrechas similitudes entre el *taijin-kyofu* y la fobia social generalizada<sup>11</sup>. No hay datos epidemiológicos sobre estas patologías aunque en 7,8% de pacientes neuróticos nipones prevalece el diagnóstico de *taijin-kyofu*<sup>11</sup>.

Se han esbozado hipótesis sobre disfunciones serotoninérgicas y dopaminérgicas secundarias a control de glutamato y oxitocina como causa del SRO, por analogía con ciertas conductas repetitivas de limpieza y chequeo similares a algunas del trastorno obsesivo compulsivo; además de desarreglos de genes reguladores como *Hoxb8* y *SAPAP3*, traducidos a predominio de ganglios basales y lóbulo límbico y

que gobiernan los hábitos de aliño en modelos animales<sup>12</sup>. Hay reportes de imágenes obtenidas mediante SPECT pero aislados y dispares<sup>7, 13</sup>. Sin contar los reportes de casos secundarios a lesiones cerebrales y epilepsia del lóbulo temporal<sup>14, 15</sup>, actualmente, acerca de las bases neurobiológicas del SRO primario no existe certeza alguna. Tampoco se ha explorado aquel vislumbre psicodinámico que ligaba consistentemente a las alucinaciones olfativas con sentimientos de culpa<sup>16</sup>.

Usualmente el pronóstico del SRO era concebido, por su cronicidad y progresivo agravamiento, como desfavorable<sup>17</sup>. Empero, la revisión reciente de Begum y McKenna –que sólo incluyó 84 casos de 180 compilados– informa que hasta dos tercios de sus pacientes mejoraron parcialmente o se recuperaron. El desenlace positivo del SRO se registró en 33% de los pacientes que recibieron antipsicóticos y 55% de aquellos medicados con antidepressivos; datos que a primera vista contradirían la identidad del SRO como un trastorno de *raigambre delirante*. Inclusive, en la misma revisión, la mayoría de éxitos fue con psicoterapia solamente (78% de los que la recibieron)<sup>4</sup>. En esa línea, otro dato interesante es el tratamiento exitoso de cinco casos de SRO mediante Desensibilización y Reprocesamiento de Movimientos Oculares pues esta terapia no ha sido antes útil en cuadros psicóticos<sup>18</sup>.

Recientemente, y con miras a la quinta edición de la clasificación norteamericana de trastornos mentales (DSM-V) se ha sugerido el desgaje del SRO como un trastorno independiente y se han propuesto criterios *ad hoc* para su diagnóstico<sup>2, 6, 19</sup>. (Ver Tabla 1).

## CASO CLÍNICO

Varón de 35 años, técnico de informática, casado y padre de dos hijos. Usualmente su esposa lo amonestaba por su higiene y hace dos años él empezó a notar un olor especialmente fétido proveniente de sus pies: al inicio creía que sólo era percibido por personas del hogar pero gradualmente notó que dicho olor fue más intenso. Hace nueve meses advirtió en la calle y en su centro laboral que varias personas se incomodaban con el olor de sus pies: lo demostraban desviando la mirada, tocándose la nariz, carraspeando o alejándose de su lado; incluso creyó que murmuraban a sus espaldas. En el bus se confinaba a los asientos del fondo y rehusó asistir a convites sociales. En su centro laboral solía ir al baño para lavarse y cambiarse de calcetines pues notó que el olor de sus pies era más repulsivo al usar zapatos –en cambio, con sandalias y en casa era más tenue, como también al dormir–. Advirtió asimismo que ante las mujeres, por sentirse más ansioso, el olor era más intenso.

Repetidas veces efectuaba pediluvios con queroseno y lejía diluidos, como aconsejaban en internet, y aplicó a sus pies ácido bórico, alcanfor u óxido de cinc: incluso colocaba por la noche sus zapatos en la nevera para “matar los

Tabla 1

Criterios diagnósticos propuestos para el Síndrome Referencial Olfatorio<sup>6</sup>

- A. Preocupación acerca de la creencia de que uno emite un olor desagradable u ofensivo. Dicho olor en realidad no es percibido por los demás
- B. La preocupación provoca malestar clínicamente significativo (p.ej.: ansiedad, ánimo disfórico, vergüenza) o deterioro laboral, social o de otras áreas importantes de funcionalidad
- C. La preocupación no es síntoma de esquizofrenia ni otro trastorno psicótico y no se debe a efecto fisiológico directo de una sustancia (p. ej.; droga de abuso o medicamento) ni a una condición médica general

Especificar si:

- 1. Buena o regular conciencia de enfermedad (insight): El individuo reconoce que la creencia del SRO es definitiva o probablemente falsa, o que podría ser igualmente falsa o verdadera
- 2. Pobre conciencia de enfermedad (insight): El individuo afirma que la creencia del SRO probablemente es verdadera
- 3. Creencia delirante sobre el mal olor corporal: El paciente está completamente convencido de que la creencia del SRO es verdadera

hongos". Nuestro paciente enfatizaba con total convicción que él sí podía percibir su olor –"de calcetines sucios, como queso añejo"–, que éste podía difundirse hasta seis metros de distancia y asumía que era debido a alguna patología dermatológica de sus pies.

Su agobio por este problema mermó su rendimiento laboral: se distraía asediado por la idea de que su fetidez podal mortificaba a los demás. Su flexión anímica solía ser fluctuante pero, un mes antes del ingreso, su pareja canceló la relación sentimental y se marchó con uno de los hijos. El paciente se tornó lacrimoso y se lanzó desde un segundo piso sobre unos trastos, aparentemente durante un estado crepuscular, sin sufrir lesiones. Fue hospitalizado.

Al examen hallamos a una persona aliñada, alerta, que aparentaba menor edad a la real y cuyo lenguaje era fluido y coherente. Afectivamente lucía preocupado y hasta desamparado pero con ánimo fácilmente reactivo durante la entrevista. La ideación suicida había desaparecido. Su discurso giraba monótonamente alrededor del juicio falso sobre el olor de sus pies, juicio que ostentaba convicción delirante, y sobre su alucinación olfativa –fenómenos ambos a los que no criticaba–. No detallaba otras alucinaciones ni exhibía alteraciones formales del pensamiento, tampoco había alteraciones en su conciencia del yo. Cognitivamente estaba indemne y su nivel de conciencia era normal. No hubo anomalías en el examen físico ni en los análisis rutinarios de laboratorio, tampoco en el electroencefalograma y la tomografía cerebral. En la evaluación psicológica se halló una personalidad dependiente e insegura, con inmadurez afectiva; su cociente intelectual fue 89.

El paciente era el menor de seis hermanos por parte materna (de ellos, una hermana devino esquizofrénica y otro fue un alcohólico con depresiones recurrentes e intentos suicidas varios), y provenía de un hogar sin padre, donde la

madre constituyó una figura ruda y dominante. Su personalidad estuvo signada por la sumisión y el apocamiento. Nunca abandonó el hogar materno y allí convivió durante 15 años con su pareja, descrita como "obsesiva por la limpieza", y quien tomaba todas las decisiones por él.

Dado que no reunía criterios de esquizofrenia ni trastorno afectivo así como tampoco de organicidad, se le diagnosticó un trastorno delirante de tipo somático (según el DSM-IV), y se instaló tratamiento con 600 mg. de sulpirida y 20 mg. de fluoxetina diarios. Luego de cinco semanas salió de alta deseoso de reintegrarse a sus actividades y manifestando que casi no percibía el olor supuesto de sus pies. En el seguimiento por seis meses mostró remisión del delirio olfativo aunque prefería no hablar de ello pues "ya estaba mucho mejor". Había retomado la relación con su pareja y vuelto a trabajar.

## DISCUSIÓN

Aunque existen reportes a lo largo de un siglo que proveen una descripción consistente del SRO, su naturaleza –descrita a caballo entre los trastornos delirantes, la fobia social, el trastorno obsesivo-compulsivo y el trastorno dismórfico corporal– exige una delimitación más nítida<sup>20</sup>. Un problema fundamental es el deslinde de la naturaleza del delirio: en la psiquiatría angloamericana su concepción se restringe a un error del juicio mientras que la psiquiatría europea continental engloba además fenómenos ideo-afectivos y perceptivos (intuiciones, interpretaciones, ilusiones, exaltación pasional e imaginativa) en el seno del fenómeno delirante<sup>16</sup>. En tal tenor, la psiquiatría norteamericana enfatiza en la certidumbre conviccional y la ausencia de *insight* la esencia del delirio, soslayando así otras características no relacionadas con las anteriores como son la extensión, ex-

travagancia, presión, la respuesta afectiva y el influjo sobre la conducta<sup>21</sup>: en tal escueto modo se traslapa fácilmente al delirio con la idea sobrevalorada. Al respecto, y sólo como ejemplo, cabe citar un estudio reciente que no reporta diferencia de convicción ni de 'insight' entre ideas sobrevaloradas y delirios<sup>22</sup>. Hasta qué punto la descripción de formas delirantes y no delirantes de trastorno dismórfico corporal o de SRO podría deberse a esta confusión –y al descuido de la naturaleza heterogénea de los delirios, que se asumen homogéneos–, es asunto pendiente de esclarecer y, para tal fin, deberán considerarse concepciones cabales de idea sobrevalorada y de delirio<sup>23</sup>.

Otro punto de controversia es la postulada pertenencia del SRO al "espectro obsesivo compulsivo"<sup>7</sup>. Revisando las series de casos, sólo en una minoría de pacientes la preocupación por el mal olor corporal ha sido catalogada como obsesiva, por lo que mal podría generalizarse a partir de la excepción. Bürgy, en fino análisis<sup>24</sup>, critica la trivialización de los conceptos de obsesión y compulsión y defiende la necesaria distinción de obsesiones propiamente dichas. Aquí vale recordar, ante el propósito de consagrar un signo en desmedro de otro como emblema de una categoría nosográfica (delirio o alucinación para la categoría de psicosis; obsesión o compulsión para el espectro obsesivo) que la psicopatología no puede entenderse de modo sencillamente análogo a una semiología médica pues en ésta los "signos" se refieren a objetos naturales que retienen su significado independientemente del contexto del paciente, mientras que en psicopatología los conceptos se refieren a fragmentos de experiencia humana que pierden su significado al ser arrancados de su contexto<sup>25</sup>. Basta revisar series detalladas como las de Pryse-Phillips y Videbech<sup>5, 26</sup> donde gran mayoría de casos de SRO correspondía a delirios sensitivos de Kretschmer: desarrollos propiamente hablando, donde la mente de los enfermos se desviaba de la realidad al influjo de la intencionalidad prevalente en el espíritu del sujeto. Lamentablemente en esta línea la exploración no ha avanzado mucho.

Se ha señalado que la proliferación de entidades en las clasificaciones diagnósticas, donde cada trastorno se configura en enfermedad por derecho propio y hasta se presume diferenciación de fisiopatología, epidemiología y respuesta al tratamiento, es inadecuada: tal frenesí acaba despojando de validez a los diagnósticos<sup>27</sup>. En ese sentido, parece aconsejable que los criterios propuestos para el SRO sean confinados al apéndice de la clasificación diagnóstica DSM como herramienta para investigaciones venideras<sup>4, 28</sup>.

Otros acápites de valor heurístico corresponden al descuidado componente pseudoperceptivo del SRO: se ha descrito la imposibilidad de representación de sensaciones olfativas (imaginaria olfatoria) en el común de individuos lo que va adunado al hecho de que las alucinaciones olfativas son las más prevalentes en población normal<sup>29</sup>; por añadidura hay un rol latente de las neuronas del olfato en

la interacción social pues son únicas, entre las sensoriales, en poseer acceso directo a la corteza prefrontal y participar profusamente en tales circuitos<sup>1</sup>.

El caso de nuestro paciente, cuyo delirio y supuesta alucinación olfativa se desvanecieron globalmente en menos de un mes pese a su severidad inicial, nos parece ilustrativo de la peculiar psicopatología del SRO<sup>30</sup> y cuadros similares (como los delirios de dismorfofobia y los delirios de parasitosis). Aquí se impone la reflexión sobre la hipocondriasis como núcleo central de los trastornos delirantes del tipo somático –recuérdese que en la psiquiatría europea se les llamó psicosis hipocondriacas monosintomáticas antes de retornar conceptualmente a las clasificaciones diagnósticas con sus denominaciones actuales<sup>-31</sup>.

Ha llamado la atención, por sólo mencionar algunas características diferenciales, que los delirios somáticos impactan globalmente la vida de quienes los sufren mientras que en los otros tipos de trastornos delirantes la afectación es circunscrita: igualmente estos pacientes suelen buscar atención médica reiterada –mas no psiquiátrica, desde luego<sup>-3</sup>. Adicionalmente, en los cuadros delirantes somáticos no se verifica la afectividad suspicaz o irritable propia del resto sino que predominan los sentimientos de humillación o vergüenza, respecto a los cuales falta un mayor escrutinio fenomenológico<sup>32, 33</sup>.

La hipocondriasis, más que mero trastorno somatomorfo, es una forma particular de vivenciar, de estar en el mundo, una transformación de la vitalidad y cualidades de la corporalidad y que se puede concebir como una categoría de actitud patológica hacia el "sí mismo"<sup>34</sup>. Jaspers bien apuntaba que el criterio esencial que distingue las formas diferentes de creencia radica no en su convicción y certeza, tampoco en su incorregibilidad o la imposibilidad de su contenido sino en sus orígenes en el seno de la experiencia del paciente: así nuestro cuerpo, que es la única parte del mundo que sentimos por dentro y, en su superficie, además podemos percibir, reviste complejas e irremplazables cualidades fenomenológicas<sup>35</sup>. Concluimos que el SRO, como el resto de trastornos delirantes somáticos, amerita atenta y crítica revisión antes de pretender su emancipación diagnóstica.

## BIBLIOGRAFÍA

1. Malaspina D, Corcoran C, Goudsmit N. The impact of olfaction on human social functioning. In: Brewer W, Castle D, Pantelis C. (eds.) *Olfaction and the Brain*. New York: Cambridge University Press, 2006; p. 220-32.
2. Phillips KA, Castle D. How to help patients with olfactory reference syndrome. *Curr Psychiatry*. 2007;6:49-65.
3. Munro A. *Delusional Disorders*. Cambridge: Cambridge University Press, 2004; p. 71-103
4. Begum M, McKenna PJ. Olfactory reference syndrome: a systematic review of the world literature. *Psychol Med*. 2011;41:453-61.

5. Pryse-Phillips W. An olfactory reference syndrome. *Acta Psychiatr Scand.* 1971;47:484-509.
6. Feusner JD, Phillips KA, Stein DJ. Olfactory reference syndrome: issues for DSM-V. *Depress Anxiety.* 2010;27:592-9.
7. Stein DJ, Le Roux L, Bouwer C, Van Heerden B. Is olfactory reference syndrome an obsessive-compulsive spectrum disorder?: two cases and a discussion. *J Neuropsychiatry Clin Neurosci.* 1998;10:96-9.
8. Bizamcer AN, Dubin WR, Hayburn B. Olfactory reference syndrome. *Psychosomatics.* 2008;49:77-81.
9. Osman AA. Monosymptomatic hypochondriacal psychosis in developing countries. *Br J Psychiatry.* 1991;159:428-31.
10. Prazeres AM, Fontenelle LF, Mendlowicz MV, de Mathis MA, Ferrao YA, Brito NF, et al. Olfactory Reference Syndrome as a Subtype of Body Dysmorphic Disorder. *J Clin Psychiatry.* 2010;71:87-9.
11. Suzuki K, Takei N, Iwata Y, Sekine Y, Toyoda T, Nakamura K, et al. Do olfactory reference syndrome and jiko-shu-kyofu (a subtype of taijin-kyofu) share a common entity? *Acta Psychiatr Scand.* 2004;109:150-5.
12. Feusner J, Hembacher E, Phillips KA. The mouse who couldn't stop washing: Pathological grooming in animals and humans. *CNS Spectr.* 2009;14:503-13.
13. Konuk N, Atik L, Atasoy N, Ugur MB. Frontotemporal hypoperfusion detected by 99mTc HMPAO SPECT in a patient with olfactory reference syndrome. *Gen Hosp Psychiatry.* 2006;28:174-7.
14. Toone BK. Psychomotor seizures, arterio-venous malformation and the olfactory reference syndrome. A case report. *Acta Psychiatr Scand.* 1978;58:61-6.
15. Devinsky O, Khan S, Alper K. Olfactory reference syndrome in a patient with partial epilepsy. *Neuropsychiatry Neuropsychol Behav Neurol.* 1998;11:103-5.
16. Ey H, Bernard P, Brisset C. *Tratado de Psiquiatría.* Barcelona: Elsevier Masson, 1978; p. 448-71.
17. Phillips KA, Gunderson C, Gruber U, Castle D. Delusions of body malodour; the olfactory reference syndrome. In: Brewer W, Castle D, Pantelis C, eds. *Olfaction and the Brain.* New York: Cambridge University Press, 2006; p. 334-53.
18. McGoldrick T, Begum M, Brown KW. EMDR and Olfactory Reference Syndrome. A case series. *Journal of EMDR.* 2008;2:63-8.
19. Lochner C, Stein DJ. Olfactory Reference Syndrome: Diagnostic criteria and differential diagnosis. *J Postgrad Med.* 2003; 49:328-31.
20. Luckhaus C, Jacob C, Zielasek J, Sand P. Olfactory reference syndrome manifests in a variety of psychiatric disorders. *Int J Psychiatry Clin Pract.* 2003;7:41-4.
21. Oyeboode F. *Sims' Symptoms in the mind. An introduction to descriptive psychopathology.* Edinburgh: Saunders Elsevier, 2008; p. 121-52.
22. Mullen R, Linscott RJ. A comparison of delusions and overvalued ideas. *J Nerv Ment Dis.* 2010;198:35-8.
23. López-Santín JM, Molins-Gálvez F. Ideas sobrevaloradas: cuestiones psicopatológicas. *Actas Esp Psiquiatr.* 2011;39:70-4.
24. Bürgy M. Obsession in the strict sense: A helpful psychopathological phenomenon in the differential diagnosis between Obsessive-Compulsive Disorder and Schizophrenia. *Psychopathology.* 2007;40:102-10.
25. Gorostiza PR, Manes JM. Misunderstanding psychopathology as medical semiology: an epistemological enquiry. *Psychopathology.* 2011;44:205-15.
26. Videbech T. Chronic olfactory paranoid syndromes. A contribution to the psychopathology of the sense of the smell. *Acta Psychiatr Scand.* 1967;42:183-213.
27. Ghaemi SN. Nosologomania: DSM & Karl Jaspers' critique of Kraepelin. *Philos Ethics Humanit Med.* 2009;4:10-7.
28. Phillips KA, Menard W. Olfactory reference syndrome: demographic and clinical features of imagined body odor. *Gen Hosp Psychiatry.* 2011;33:398-406.
29. Stevenson RJ, Case TI. Olfactory imagery: A review. *Psychon Bull Rev.* 2005;12:244-64.
30. Portera JA, Jaquotot-Arnáiz JM, Luque-Luque R. Síndrome de referencia olfativo: revisión histórica y clínica a propósito de un nuevo caso. *Psiquiatr Biol.* 2008;15:144-6.
31. Munro A. Monosymptomatic hypochondriacal psychosis. *Brit J Psychiatry.* 1988;153(suppl. 2):37-40.
32. Teroni F, Deonna JA. Differentiating shame from guilt. *Conscious Cogn.* 2008;17:725-40.
33. Berrios GE. *The history of mental symptoms.* Cambridge: Cambridge University Press, 1996; p. 329-58.
34. Jaspers K. *Psicopatología general.* México: Fondo de Cultura Económica, 2001. (Trad. de Saubidet RO y Santillán DA).
35. Walker C. What did Jaspers really say? *Brit J Psychiatry.* 1991;159(suppl. 14):94-103.