

Artículo de Investigación

**Características sociodemográficas del trastorno obsesivo-compulsivo según ASRI-4 en pacientes que acudieron a Neurociencias HGH en el periodo Marzo 2008-2018, Santo Domingo, República Dominicana**

*Ledwyn González Abreu, Ann Tejada, Héctor Guerrero Heredia*

Neurociencias HGH

**Resumen**

**Introducción:** El trastorno obsesivo-compulsivo es un trastorno crónico común que se caracteriza por la presencia de obsesiones y/o compulsiones. Este trastorno está coligado con altos niveles de deterioro en la vida sociolaboral de un individuo y, por consiguiente, en una menor calidad de vida. Dicho esto, este estudio busca describir las características sociodemográficas del trastorno obsesivo-compulsivo en pacientes que acudieron a Neurociencias HGH en el período marzo 2008-2018 en Santo Domingo, República Dominicana.

**Metodología:** Se realizó un estudio de diseño descriptivo, observacional y transversal, en el que se utilizó el ASRI-4 como instrumento para proporcionar las variables sociodemográficas que fueron retrospectivamente revisadas en esta investigación.

**Resultados:** Se observó una mayor frecuencia en pacientes masculinos, en el rango de 20 a 29 años, soltero, con título universitario, empleado, sin antecedentes de otros trastornos mentales y que no está siendo actualmente medicado.

**Palabras Claves:** Trastorno Obsesivo-compulsivo, características sociodemográficas, perfil clínico, santo domingo, republica dominicana.

## **Abstract**

**Introduction:** Obsessive-compulsive disorder is a common chronic disorder characterized by the presence of obsessions and / or compulsions. This disorder is associated with high levels of deterioration in an individual's socio-occupational life and, consequently, with a lower quality of life. That said, this study seeks to describe the sociodemographic characteristics of obsessive-compulsive disorder in patients who attended Neuroscience HGH in the period March 2008-2018 in Santo Domingo, Dominican Republic.

**Methodology:** A descriptive, observational and cross-sectional design study was carried out, in which the ASRI-4 was used as an instrument to provide the sociodemographic variables that were retrospectively reviewed in this research.

**Results:** A higher frequency was observed in male patients, in the range of 20 to 29 years old, single, with a university degree, employed, without a history of other mental disorders and who are not currently being medicated.

**Key words:** Obsessive-compulsive disorder, sociodemographic characteristics, clinical profile, Santo Domingo, Dominican Republic.

## **Introducción**

El trastorno obsesivo-compulsivo (TOC) es un trastorno crónico común que se caracteriza por la presencia de obsesiones y/o compulsiones. De acuerdo con la quinta edición del *Manual de Diagnóstico y Estadístico de Trastornos Mentales (DSM-5)*, las obsesiones son “pensamientos, impulsos o imágenes persistentes y recurrentes que se experimentan como intrusivos y no deseados,” mientras que las compulsiones se caracterizan por ser “conductas repetitivas o actos mentales que se siente impulsado a realizar en respuesta a una obsesión o de acuerdo con reglas que deben aplicarse rígidamente” (American Psychiatric Association [APA], 2013, p. 235). Este trastorno está coligado con altos niveles de deterioro en la vida sociolaboral de un individuo y, por consiguiente, en una menor calidad de vida.

La prevalencia mundial del TOC es de aproximadamente 1.1-1.8% (APA, 2013), siendo 19.5 años la edad media de inicio del trastorno, y alrededor del 25% de los casos comienzan a la edad de 14 años.

Si bien es cierto que el trastorno obsesivo-compulsivo es más frecuente en mujeres que hombres, casi el 25% de los varones presentan síntomas que inician antes de los 10 años (APA, 2013, p. 239).

Una de las modificaciones más significativas con respecto al DSM-IV consiste en el surgimiento de un nuevo grupo de trastornos (denominado espectro obsesivo-compulsivo) bajo el título de “Trastorno de obsesivo-compulsivo y trastornos relacionados,” tras la sustracción del TOC de los trastornos de ansiedad. Esto ha sido producto de los subsecuentes trabajos investigativos que han surgido desde la publicación del DSM-IV, con el fin de comprender a mayor profundidad la nosología, etiología e impacto del trastorno obsesivo-compulsivo en los individuos que lo padecen. Si bien es cierto que se desconocen las causas específicas de este trastorno, y la replicabilidad entre los diversos estudios existentes ha sido inconsistente, esta continua expansión en el ámbito investigativo ha propiciado un mayor entendimiento de las posibles causas de este trastorno. Gracias a los estudios funcionales de neuroimagen, se ha podido comprender a mayor dimensión los mecanismos neuronales que subyacen al TOC. En el estudio realizado por Saxena et al. (2001), se vinculó fuertemente los síntomas obsesivo-compulsivos con la activación de la corteza orbitofrontal, sin la participación constante de áreas como la corteza cingulada anterior, el cuerpo estriado, el tálamo, la amígdala, entre otras. En este mismo orden, y de acuerdo con Lack et al. (2005), cabe destacar que se considera que el sistema de serotonina probablemente permite la expresividad de síntomas en el TOC, según los hallazgos de que los inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina (ISRS) son efectivos para reducir los síntomas del trastorno obsesivo-compulsivo (Stein, 2002, citado por Lack et al., 2005). Además, los datos de estudios farmacológicos, genéticos y de imágenes indican que el receptor de serotonina 5-HT cumple una función en el TOC (Murphy et al., 1989; Adams et al., 2005). Por otro lado, se ha investigado grandemente sobre otros aspectos biológicos del trastorno obsesivo-compulsivo.

Los estudios de Hollander et al. (2008) y Berthier et al. (1996), señalan que daño cerebral, incluido el causado por un traumatismo en el parto, traumatismo craneoencefálico o encefalitis, puede causar el desarrollo del TOC. También, existe la posibilidad de que daño a los ganglios basales produzca la sintomatología asociada al TOC, debido al aumento del tamaño y la inflamación en esta área del cerebro (Giedd et al., 2000).

Los individuos con TOC con frecuencia presentan comorbilidades. De acuerdo con el DSM-5 (2013), muchos adultos con este trastorno tienen:

Un diagnóstico de por vida de trastorno de ansiedad (alrededor de un 76%, p. ej., el trastorno de pánico, la ansiedad social, el trastorno de ansiedad generalizada, la fobia específica) o un trastorno depresivo o bipolar (un 63%, para cualquier trastorno depresivo o bipolar, siendo el más común el trastorno depresivo mayor [41%]). Por su parte, el trastorno de personalidad obsesivo-compulsivo también es frecuente en los individuos con TOC (p. ej., del 23 al 32%). Hasta un 30% de los individuos con TOC también tienen un trastorno de tic a lo largo de la vida. (APA, 2013, p. 242)

Dada la prevalencia del TOC a nivel mundial, y la incidencia del estigma sociocultural que existe sobre las entidades psiquiátricas públicas en la República Dominicana, se ha electo la consulta privada como eje central de esta investigación, puesto que aquellos individuos que acuden a la misma han de recibir un trato de mayor calidad, especializado e integral. Dicho esto, este estudio tiene la finalidad de investigar, analizar y describir las principales características sociodemográficas de los pacientes con diagnóstico de trastorno obsesivo-compulsivo, que asistieron al consultorio Neurociencias HGH en el periodo de marzo 2008-2018, uno de los centros privados de psiquiatría más concurridos en Santo Domingo.

## **Metodología**

### Contexto

Dada la prevalencia del trastorno obsesivo-compulsivo (TOC) a nivel mundial, se considera significativo investigar a nivel de práctica privada los factores que inciden en la funcionalidad de los individuos que padecen este trastorno. Para ello, con la finalidad de observar, investigar y describir los principales factores de riesgo que presentan los pacientes con este trastorno, se realizó una revisión documental a través de expedientes clínicos pasados, y se estimó la frecuencia de los factores sociodemográficos entre las personas que padecen trastorno obsesivo-compulsivo. Este estudio tiene un alcance de 10 años, desde marzo 2008 hasta marzo de 2018.

### Modalidad de estudio

Para esta investigación la modalidad de estudio es de tipo proyecto de investigación, ya que se utilizaron datos observacionales de expedientes clínicos. Además, se describieron variables más frecuentes como factores sociodemográficos, entre ellos la edad, sexo, estado civil, nivel educativo, proporcionando así estadísticas e informaciones en lo que son principalmente los factores de riesgo que presentan los pacientes con trastorno obsesivo-compulsivo (TOC), siendo puntos esenciales a tomar en cuenta al momento del manejo de pacientes donde se sospeche y diagnostique dicha condición.

### Tipo de estudio

Esta investigación es de diseño: descriptivo, observacional, transversal ya que se utilizaron datos a partir de expedientes clínicos para su observación y descripción.

### Métodos y técnicas

Para esta investigación se utilizó el cuestionario dirigido ASRI-4 ya recolectado por el centro, en el cual se aplicó un análisis documental sobre los expedientes que ya exhibían aplicada la escala de medición de variables psicológicas, proporcionando así la mayoría de las variables a observar, estudiar y describir en este proyecto.

### Instrumento de recolección de datos

El ASRI-4 es un instrumento de recolección de datos que constituye de 16 interrogantes, las cuales evalúan las variables sociodemográficas del paciente. Las mismas están concertadas por 6 preguntas abiertas y 10 cerradas en intervalos de medición; también consta de 136 acápites, los cuales miden variables psicológicas clasificadas en 20 subclasificaciones de la A-T dispuestas en orden de intervalos de frecuencia entre nunca, a veces, a menudo y muy a menudo.

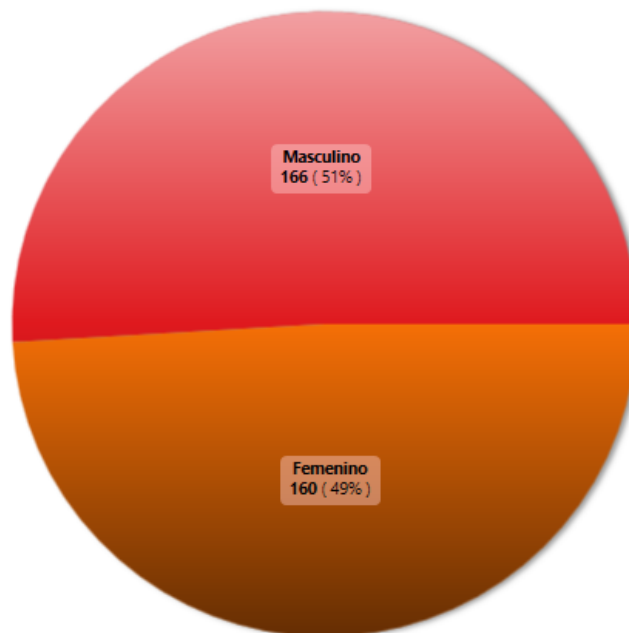
### Selección de población y muestra

El universo o población de este estudio son todas aquellas personas que han sido evaluadas y diagnosticadas con trastorno obsesivo-compulsivo (TOC) en el consultorio seleccionado de práctica privada, Neurociencias HGH, en el periodo marzo 2008-2018 a través del ASRI-4. La cantidad de pacientes diagnosticados con TOC entre ese periodo es de 327 participantes.

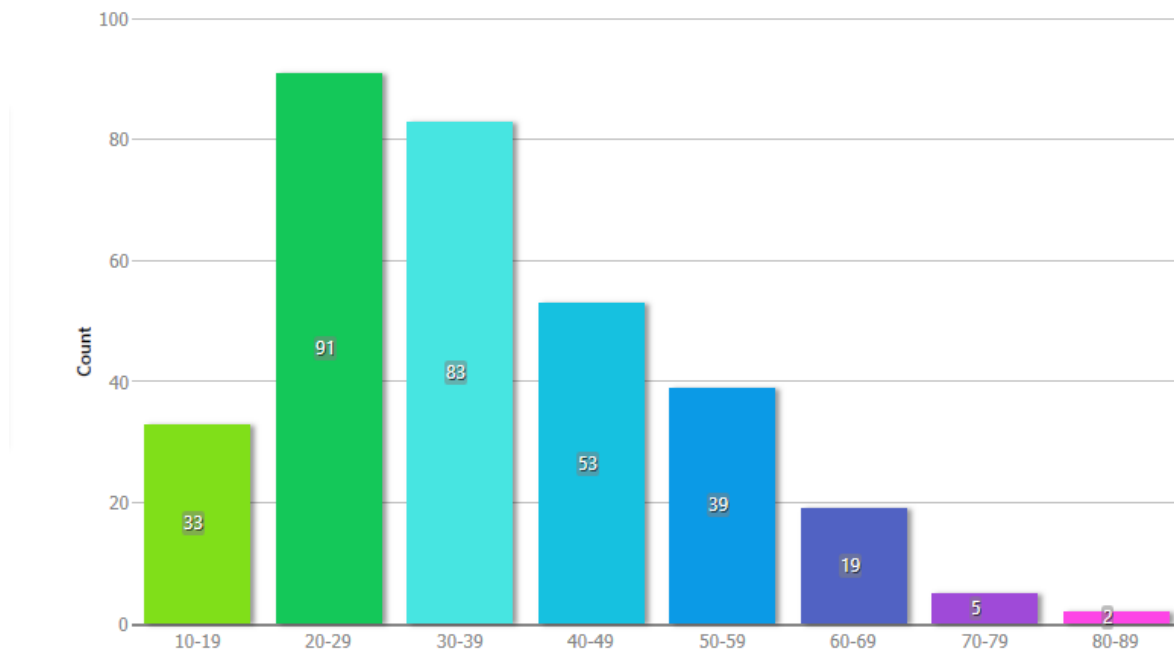
### Procedimiento para el procesamiento y análisis de los datos

Para esta investigación, se utilizó una plantilla en Epiinfo 7, la cual fue analizada en el mismo programa previamente mencionado, para el análisis descriptivo presentado en este estudio.

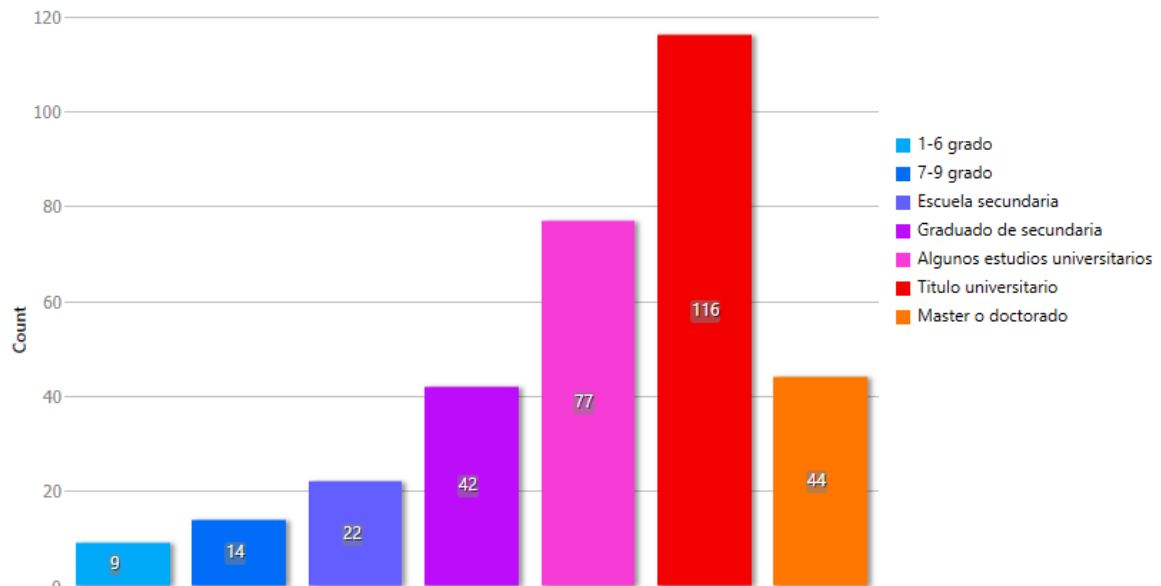
## **Resultados**



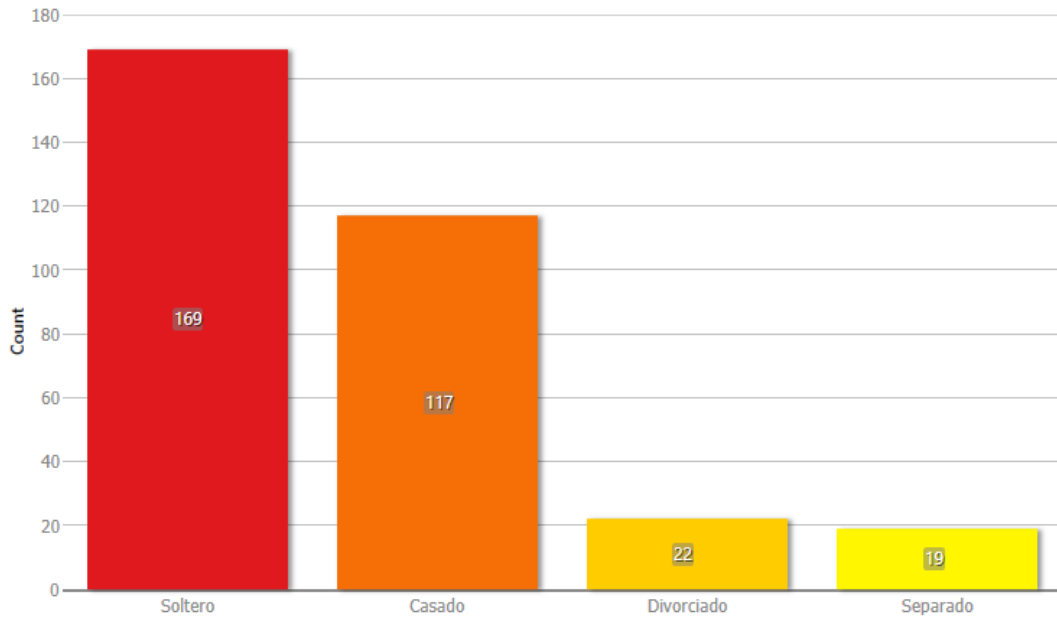
**Gráfica # 1-Frecuencia de pacientes según género**



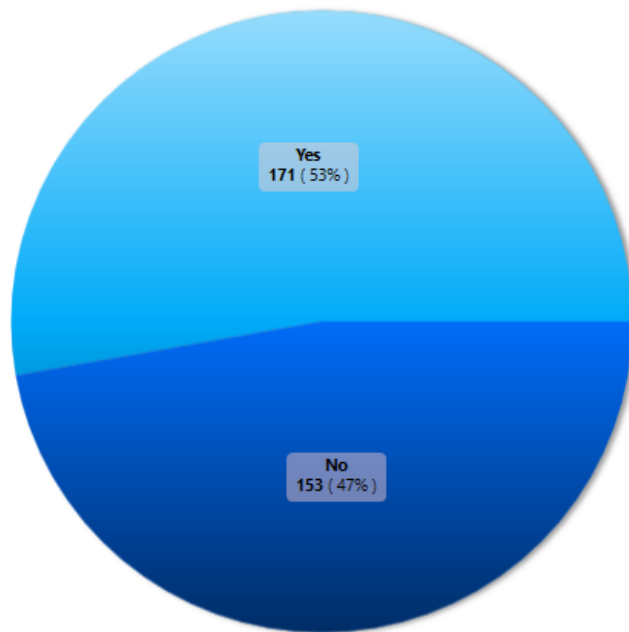
**Gráfica #2- Frecuencia de pacientes según grupo etario**



**Gráfica #3- Frecuencia de pacientes según nivel educativo**

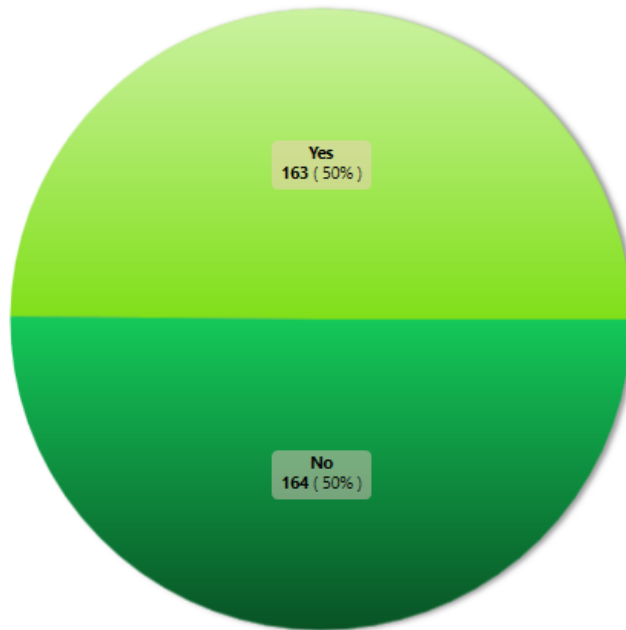


**Gráfica #4- Frecuencia de pacientes según estado civil**

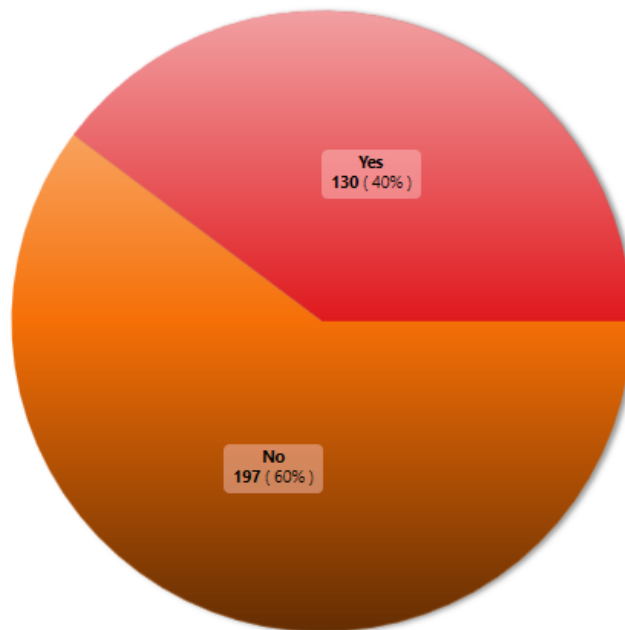


**Gráfica #5-Frecuencia de pacientes empleados**





**Gráfica #6-Frecuencia de pacientes con antecedentes de trastorno mental**



**Gráfica #7-Frecuencia de pacientes actualmente medicados**

## Discusión de resultados

En la gráfica #1 se puede observar el número de pacientes diagnosticados con trastorno obsesivo-compulsivo según el género. Se destaca una mayor proporción de pacientes masculinos con trastorno obsesivo-compulsivo, representando este grupo el 51% (n=166) en comparación con las pacientes femeninas, quienes representaron un 49% (n=160). Estos datos concuerdan con el estudio realizado por Yoldascan et al. (2009) en el que encontraron que de 33 estudiantes universitarios, había una asociación significativa entre TOC y el sexo masculino (p:0.036). En este mismo orden, el estudio de Cherian et al. (2014), indicó que de 545 pacientes con TOC, los pacientes masculinos representaban el grupo mayor (n= 545) frente a las pacientes femeninas (n= 213). Sin embargo, en el estudio Torresan et al. (2013), de 858 pacientes con TOC, el 58.7% correspondía a pacientes del sexo femenino (n=504) mientras que el 41.3% (n=354) correspondía a pacientes del sexo masculino. Esto también es consistente con otros estudios; por ejemplo, Pérez-Vigil et al. (2018) demostraron que de una cohorte de 2,115,554 individuos, 15,120 fueron diagnosticados con TOC, y de estos, el 59% representaba al sexo femenino. En este mismo orden, en el estudio de Rintala et al. (2017), hubo un total de 3,372 pacientes con TOC, de los cuales 1,579 (47%) eran pacientes masculinos y 1,793 (53%) eran pacientes femeninas. Algo interesante que es prudente destacar es que mientras que los estudios en adultos informan una representación de entre individuos del sexo femenino y masculino igual o una ligera preponderancia femenina, se ha señalado que las muestras clínicas pediátricas esclarecen que predominan pacientes masculinos, siendo estos más probables a presentar síntomas de inicio temprano (Geller, 2006; Mathis et al., 2011; Mathes et al., 2019). Incluso, esto concuerda con lo planteado en el DSM-5, en el que se destaca que los varones tienen una edad más temprana de inicio de los síntomas que las mujeres (APA, 2013, p.239). Sin embargo, el estudio de Kenyon & Eaton (2015), apuntó que si bien es cierto que el inicio masculino (M = 5.5 años; SD = 3.2) fue aproximadamente 9 meses antes que el inicio femenino (M = 6.3 años; SD = 3.7), no surgió ninguna evidencia significativa de una diferencia entre el grupo de pacientes masculinos y femeninos. Además, no se observó ninguna relación entre la edad de inicio y la gravedad de los síntomas.

Los varones no estuvieron sobrerrepresentados en la muestra, no mostraron síntomas a una edad más temprana y sus síntomas no fueron peores que los reportados por los padres de las mujeres (Kenyon & Eaton, 2015). Por ello, los autores consideran y demuestran que estos hallazgos claramente no apoyan la diferenciación del TOC de inicio temprano y de inicio tardío como dos subtipos distintos (Kenyon & Eaton, 2015).

En la gráfica #2 se puede ver la frecuencia de pacientes con trastorno obsesivo-compulsivo según grupo etario, en la que se observa que el grupo predominante con este trastorno está dentro del rango de edad entre 20 a 29 años (n=91), seguido por el grupo entre 30 a 39 años (n=83) y el de 40 a 49 años (n=53). Esto es congruente con la información disponible en la quinta edición del *Manual de Diagnóstico y Estadístico de Trastornos Mentales (DSM-5)*, el cual señala que la edad media de inicio del trastorno es 19.5 años (APA, 2013, p.239). Simultáneamente, esto coincide con la estadística proporcionada por el estudio de cohorte realizado por Fineberg et al. (2013), en el que el 36.7% de los casos había surgido entre los 19 y los 20 años, y relativamente pocos casos nuevos surgieron después de los 30 años, apoyando así que el inicio ocurre típicamente en la edad adulta temprana. Añadiéndole a esto, los datos son consistentes con un estudio realizado en el que se estableció una edad de inicio bimodal y la puntuación de corte más ajustada entre la edad de inicio temprana y tardía fue a los 20 años, y la edad de inicio temprana fue  $\leq 19$  años (Anholt, 2014).

Por otro lado, en la gráfica #3 se puede observar la frecuencia de pacientes con trastorno obsesivo-compulsivo según nivel educativo. Aquí, los resultados señalan que la mayor proporción se encuentra dentro del grupo que posee un título universitario (n=116). Puesto que el segundo grupo con más personas diagnosticadas con TOC es el grupo con “algunos estudios universitarios” (n=77), concuerda con los datos proporcionados por Yoldascan et al. (2009), quienes demostraron una mayor prevalencia de TOC entre un grupo de estudiantes universitarios en comparación con otros estudios de OCD en la sociedad turca. Incluso, se asoció con el riesgo de ser un individuo de sexo masculino (p:0.036) de los 33 estudiantes diagnosticados con Trastorno Obsesivo-Compulsivo (Yoldascan et al., 2009), siendo consistente con lo encontrado en nuestro estudio. Sin embargo, en el estudio realizado por Pérez-Vigil et al. (2018), las personas con TOC tenían menos probabilidades de terminar la educación secundaria superior (*adjusted odds ratio* [aOR] 0.43;

*confidence interval* [CI] del 95%, 0.41-0.44), comenzar un título universitario (aOR, 0.72; CI del 95%, 0.69-0.75), terminar un título universitario (aOR, 0.59; CI del 95%, 0.56-0.62) y finalizar la educación de posgrado (aOR, 0.52; CI del 95%, 0.36-0.77). Estos datos difieren de los planteados en este estudio, donde se plantea que la mayor proporción diagnosticadas con TOC pertenecen al grupo que posee un título universitario (n=116).

En este mismo orden, en la gráfica #4 se puede ver la frecuencia de pacientes diagnosticados con trastorno obsesivo-compulsivo según estado civil, en la que se evidencia que los pacientes solteros representan el grupo predominante (n=169). Esto es consistente con los hallazgos de Anholt et al. (2014), los cuales señalan que los pacientes con un inicio temprano tenían más probabilidades de estar solteros. Por otro lado, cabe destacar un estudio realizado por Muhlbauer et al. (2020), que demostró que la mayoría de los pacientes eran solteros, representando este grupo el 51.7% (n=472). En base al estado de soltero como grupo de referencia, se procedió a hacer un análisis de regresión multinomial en el que se encontró que una mayor edad, menor gravedad del acaparamiento, mayores tasas de trastorno de pánico sin agorafobia y menores tasas de trastorno distímico se asocian con el estado de convivencia estable o casado, el cual conforma el 41.1% (n=375).

Asimismo, se encontró que el aumento de la edad, la mayor gravedad de los síntomas de simetría y el aumento de las tasas de trastorno por excoriación estaban asociados con el estado de divorciado, el cual conforma el 7.2% (n=66). Estos hallazgos sugieren que existe una relación entre el estado civil y diferentes fenotipos de TOC (Muhlbauer et al., 2020).

En la gráfica #5 se puede observar la frecuencia de pacientes con trastorno obsesivo-compulsivo empleados. Se evidencia una mayor proporción de pacientes empleados, representado este grupo el 53% (n=171) frente a los que se hallaban desempleados, los cuales representan el 47% (n=153). El estudio de Mancebo et al. (2008) sugiere que de 238 individuos con TOC, solo el 38% reportó no poder trabajar por la psicopatología. Sin embargo, estos datos difieren con los datos proporcionados por el estudio de Kennedy et al., el cual arrojó que las personas con TOC tenían las puntuaciones más altas de discapacidad laboral entre seis trastornos mentales comunes (trastorno depresivo mayor, trastorno de pánico, trastorno de ansiedad generalizada, fobia social,

trastorno obsesivo-compulsivo y ansiedad y depresión mixtas) (Kennedy et al., 2002, citado por Subramaniam et al., 2014).

En lo que concierne a la gráfica #6, la cual señala frecuencia de pacientes con antecedentes de trastorno mental, se puede observar que hubo una similitud en las cifras obtenidas; sin embargo, se esclarece que los pacientes sin antecedentes de trastorno mental representan el grupo mayor por un margen leve, abarcando aproximadamente el 50% (n=164) frente al 50% (n=163) del grupo con antecedentes de trastorno mental. En el estudio realizado por Bellodi et al. (1992), aproximadamente el 35.9% de los pacientes tenían un diagnóstico comórbido de algún trastorno del estado del ánimo, dentro de los cuales 15.2% de los pacientes que presentaban estos trastornos comórbidos tenían depresión previa, mientras que en el 60.6% de los casos, la depresión apareció tras el inicio del TOC. Ocho (24.2%) pacientes no pudieron separar el inicio de sus síntomas de TOC del inicio de la depresión (Bellodi et al., 1992). Por otro lado, los datos difieren grandemente con el estudio de Rintala et al. (2017), el cual señaló que de los 3,372 individuos diagnosticados con TOC, se pudo observar que el 73% tenía una condición comórbida (presentando los individuos de sexo masculino más comorbilidad con trastornos psicóticos y del desarrollo, mientras que las personas del sexo femenino presentaban más comorbilidad con trastornos depresivos y de ansiedad).

En la gráfica #7 se puede ver la frecuencia de pacientes con trastorno obsesivo-compulsivo que están actualmente medicados. El 60% (n=197) no estaba tomando medicación, representando el grupo predominante, mientras que el 42% (n=130) sí estaba bajo medicación. En la actualidad, existen discrepancias sobre la eficacia del tratamiento en TOC. De acuerdo con Fineberg & Brown (2011), no existe una definición universalmente aceptada de respuesta al tratamiento o remisión en el TOC. Sin embargo, los autores destacan que se ha descrito como un “período durante el cual los síntomas han mejorado hasta tal punto que ya no interfieren con la vida cotidiana del individuo” (Simpson, 2006). Partiendo de esto, se han realizado varios estudios en los que se han utilizado criterios que van desde una puntuación en el Yale-Brown Obsessive Compulsive Scale (Y-BOCS) <16 a una puntuación  $\leq 7$  para clasificar la remisión (Fineberg, 2007).

A pesar de esto, se ha considerado que una puntuación de 16 es demasiado alta para representar una remisión verdadera y una puntuación de 7 demasiado baja para ser alcanzada en casos suficientes para ser significativa (Fineberg & Brown, 2011). En este mismo orden, Simpson et al. (2006) demostraron que una puntuación Y-BOCS de 7 no podía diferenciar entre tratamientos activos y de control. Por otro lado, en lo que concierne al tratamiento farmacológico, es prudente resaltar el estudio realizado por Kim et al. (2003), en el que un grupo de 249 pacientes con TOC se sometieron a una media de 12 semanas de tratamiento con inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina (ISRS). Ciento catorce pacientes (45,8%) respondieron al tratamiento, mientras que 135 (54,2%) no lo hicieron. Esto concuerda con los datos proporcionados por McDougle et al. en donde, a pesar de la eficacia probada de los ISRS y la clomipramina en el TOC, aproximadamente el 40-60% muestran una mejoría parcial o nula de los síntomas con un tratamiento con un fármaco de primera línea (McDougle, 1993, citado por Pittenger & Bloch, 2014). Sin embargo, Fineberg et al. (2007) encontraron que la paroxetina (20-60 mg/día) y el escitalopram (10 o 20 mg/día) superaron al placebo en la prevención de recaídas durante 24 semanas de seguimiento aleatorizado. Al realizarse el metaanálisis, se detectó la superioridad general de los inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina frente al placebo en la prevención de recaídas entre los adultos que respondieron al tratamiento. El empeoramiento en cinco puntos de la escala de obsesión compulsiva de Yale-Brown surgió de la revisión como un umbral sugerido para la recaída.

Vistos colectivamente, estos resultados sugieren que los inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina son tratamientos efectivos a largo plazo y la prevención de recaídas representa el objetivo del tratamiento para el trastorno obsesivo-compulsivo (Fineberg et al., 2007). Por otro lado, Stein et al. (2007) compararon escitalopram (10 y 20 mg) con paroxetina (40 mg) y placebo. Los autores demostraron una ventaja sostenida para 20 mg de escitalopram sobre la dosis de 10 mg, que continuó hasta el punto final de 24 semanas. Mientras que las mejoras sintomáticas con 20 mg de escitalopram y 40 mg de paroxetina parecieron similares a partir del criterio de valoración primario de 12 semanas en adelante, la mejora en la puntuación Y-BOCS fue significativamente mejor en el grupo de 20 mg de escitalopram que en el grupo placebo tan pronto como en la semana 6 (Stein et al., 2007).

De acuerdo con Fineberg et al. (2012), desafortunadamente estos resultados no son lo suficientemente sólidos como para respaldar la eficacia superior o la tolerancia de cualquier ISRS, incluso junto con los datos del metaanálisis. Por lo tanto, la selección del tratamiento probablemente debería tener en cuenta otros factores, como posibles interacciones fármaco × fármaco con compuestos coadministrados y efectos potenciales sobre el sistema citocromo (Fineberg et al., 2012). Bloch et al. (2010) realizaron un metaanálisis de nueve estudios de ISRS para determinar las diferencias de eficacia y tolerancia relacionadas con la dosis utilizando un modelo de efectos fijos. Las dosis más altas de ISRS (dentro de los límites del formulario) se asociaron con una mejor eficacia del tratamiento que las dosis bajas o medias utilizando la puntuación Y-BOCS o la proporción de respondedores como medidas de resultado. Cabe destacar que, sin embargo, una dosis más alta de ISRS no se asoció con tasas de abandono "por todas las causas", pero se asoció con tasas más altas de abandono "debido a efectos secundarios" (Bloch et al., 2010).

### **Conclusiones**

Finalmente, en base al perfil sociodemográfico estudiado, el Trastorno Obsesivo-Compulsivo es más frecuente en pacientes masculinos dentro del rango de los 20 a 29 años. Cabe destacar que la mayoría de los pacientes con este trastorno disponen de un título universitario y están empleados, lo que sugiere un grupo altamente funcional. En este mismo orden, en lo que concierne a los antecedentes de trastornos mentales, se observó que hubo una similitud en las cifras registradas, siendo el grupo sin antecedentes de otros trastornos mentales el más frecuente por un margen leve (50%, n= 164). Además, se observó una prevalencia en el estado civil soltero y sin tomar medicación.

## Recomendaciones

- Propulsar campañas que promuevan la concientización del Trastorno Obsesivo-Compulsivo y sus afecciones, especialmente en instituciones de educación superior.
- Impeler el conocimiento del Trastorno Obsesivo-Compulsivo en la comunidad médica para velar por el compromiso de las competencias profesionales y mejorar la calidad de atención.
- Realizar investigaciones subsecuentes en otros centros de salud con la finalidad de que se incluyan pacientes con distintos niveles socioeconómicos para hacer un estudio epidemiológico más extenso y conciso acerca de la prevalencia del Trastorno Obsesivo-Compulsivo en República Dominicana.
- Investigar la prevalencia de las comorbilidades asociadas al Trastorno Obsesivo-Compulsivo y sus efectos en la vida de los pacientes que padecen este trastorno, ya que las estadísticas señalan que hubo una similitud entre las cifras de pacientes con antecedentes de trastornos mentales y sin antecedentes de trastornos mentales.
- Promover la investigación con relación a los tratamientos farmacológicos del Trastorno Obsesivo-Compulsivo, con fines de esclarecer la eficacia y efectos de los mismos.

## Bibliografía

1. Adams, K. H., Hansen, E. S., Pinborg, L. H., Hasselbalch, S. G., Svarer, C., Holm, S., ... & Knudsen, G. M. (2005). Patients with obsessive-compulsive disorder have increased 5-HT<sub>2A</sub> receptor binding in the caudate nuclei. *International Journal of Neuropsychopharmacology*, 8(3), 391-401. <https://doi.org/10.1017/S1461145705005055>
2. American Psychiatric Association. (2013). Obsessive-Compulsive and Related Disorders. In *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (5th ed.). <https://doi.org/10.1176/appi.books.9780890425596.dsm06>
3. Anholt, G. E., Aderka, I. M., van Balkom, A. J., Smit, J. H., Schruers, K., van der Wee, N. J., Eikelenboom, M., De Luca, V., & van Oppen, P. (2014). Age of onset in obsessive-compulsive disorder: admixture analysis with a large sample. *Psychological medicine*, 44(1), 185-194. <https://doi.org/10.1017/S0033291713000470>



4. Bellodi, L., Sciuto, G., Diaferia, G., Ronchi, P., & Smeraldi, E. (1992). Psychiatric disorders in the families of patients with obsessive-compulsive disorder. *Psychiatry research*, 42(2), 111–120. [https://doi.org/10.1016/0165-1781\(92\)90075-e](https://doi.org/10.1016/0165-1781(92)90075-e)
5. Berthier, M. L., Kulisevsky, J., Gironell, A., & Heras, J. A. (1996). Obsessive-compulsive disorder associated with brain lesions: clinical phenomenology, cognitive function, and anatomic correlates. *Neurology*, 47(2), 353–361. <https://doi.org/10.1212/wnl.47.2.353>
6. Bloch, M. H., McGuire, J., Landeros-Weisenberger, A., Leckman, J. F., & Pittenger, C. (2010). Meta-analysis of the dose-response relationship of SSRI in obsessive-compulsive disorder. *Molecular psychiatry*, 15(8), 850–855. <https://doi.org/10.1038/mp.2009.50>
7. Cherian, A. V., Narayanaswamy, J. C., Viswanath, B., Guru, N., George, C. M., Bada Math, S., Kandavel, T., & Janardhan Reddy, Y. C. (2014). Gender differences in obsessive-compulsive disorder: findings from a large Indian sample. *Asian journal of psychiatry*, 9, 17–21. <https://doi.org/10.1016/j.ajp.2013.12.012>
8. Fineberg, N. A., Pampaloni, I., Pallanti, S., Ipser, J., & Stein, D. J. (2007). Sustained response versus relapse: the pharmacotherapeutic goal for obsessive-compulsive disorder. *International clinical psychopharmacology*, 22(6), 313–322. <https://doi.org/10.1097/YIC.0b013e32825ea312>
9. Fineberg, N. A., Brown, A., Reghunandanan, S., & Pampaloni, I. (2012). Evidence-based pharmacotherapy of obsessive-compulsive disorder. *The international journal of neuropsychopharmacology*, 15(8), 1173–1191. <https://doi.org/10.1017/S1461145711001829>
10. Fineberg, N., & Brown, A. (2011). Pharmacotherapy for obsessive—compulsive disorder. *Advances in Psychiatric Treatment*, 17(6), 419–434. doi:10.1192/apt.bp.109.007237
11. Fineberg, N. A., Hengartner, M. P., Bergbaum, C. E., Gale, T. M., Gamma, A., Ajdacic-Gross, V., Rössler, W., & Angst, J. (2013). A prospective population-based cohort study of the prevalence, incidence and impact of obsessive-compulsive symptomatology. *International journal of psychiatry in clinical practice*, 17(3), 170–178. <https://doi.org/10.3109/13651501.2012.755206>
12. Geller D. A. (2006). Obsessive-compulsive and spectrum disorders in children and adolescents. *The Psychiatric clinics of North America*, 29(2), 353–370. <https://doi.org/10.1016/j.psc.2006.02.012>

13. Giedd, J. N., Rapoport, J. L., Garvey, M. A., Perlmutter, S., & Swedo, S. E. (2000). MRI assessment of children with obsessive-compulsive disorder or tics associated with streptococcal infection. *The American journal of psychiatry*, *157*(2), 281–283. <https://doi.org/10.1176/appi.ajp.157.2.281>
14. Hollander, E., Braun, A., & Simeon, D. (2008). Should OCD leave the anxiety disorders in DSM-V? The case for obsessive compulsive-related disorders. *Depression and anxiety*, *25*(4), 317–329. <https://doi.org/10.1002/da.20500>
15. Hollander, E., Stein, D. Fineberg, N.A., & Legault, M. (2010). Quality of life outcomes in patients with obsessive-compulsive disorder: relationship to treatment response and symptom relapse. *Journal of Clinical Psychiatry*, *71*(6), 784–792. <https://doi.org/10.4088/JCP.09m05911blu>
16. Kenyon, K. M., & Eaton, W. O. (2015). Age at child obsessive-compulsive disorder onset and its relation to gender, symptom severity, and family functioning. *Archives of Scientific Psychology*, *3*(1), 150-158. <http://dx.doi.org/10.1037/arc0000022>
17. Lack, C. W., Huskey, A. M., Weed, D. B., Highfill, M. J., & Craig, L. (2015). The Etiology of Obsessive-Compulsive Disorder. In C.W. Lack (Ed.), *Obsessive-Compulsive Disorder: Etiology, Phenomenology, and Treatment* (pp. 25-42). Onus Books. [https://www.researchgate.net/publication/283063248\\_The\\_etiology\\_of\\_Obsessive-Compulsive\\_Disorder](https://www.researchgate.net/publication/283063248_The_etiology_of_Obsessive-Compulsive_Disorder)
18. Mancebo, M. C., Greenberg, B., Grant, J. E., Pinto, A., Eisen, J. L., Dyck, I., & Rasmussen, S. A. (2008). Correlates of occupational disability in a clinical sample of obsessive-compulsive disorder. *Comprehensive psychiatry*, *49*(1), 43–50. <https://doi.org/10.1016/j.comppsy.2007.05.016>
19. Mathes, B. M., Morabito, D. M., & Schmidt, N. B. (2019). Epidemiological and Clinical Gender Differences in OCD. *Current psychiatry reports*, *21*(5), 36. <https://doi.org/10.1007/s11920-019-1015-2>

20. Mathis, M. A. d., Alvarenga, P.d., Funaro, G., Torresan, R. C., Moraes, I., Torres, A. R., Zilberman, M. L., & Hounie, A. G. (2011). Gender differences in obsessive-compulsive disorder: a literature review. *Revista brasileira de psiquiatria*, 33(4), 390–399. <https://doi.org/10.1590/s1516-44462011000400014>
21. Muhlbauer, J. E., Ferrão, Y. A., Eppingstall, J., Albertella, L., do Rosário, M. C., Miguel, E. C., & Fontenelle, L. F. (2021). Predicting marriage and divorce in obsessive-compulsive disorder. *Journal of sex & marital therapy*, 47(1), 90–98. <https://doi.org/10.1080/0092623X.2020.1804021>
22. Murphy, D., Zohar, J., Benkelfat, C., Pato, M., Pigott, T., & Insel, T. (1989). Obsessive—Compulsive Disorder as a 5-HT Subsystem-Related Behavioural Disorder. *British Journal of Psychiatry*, 155(S8), 15-24. <https://doi.org/10.1192/S0007125000291721>
23. Pérez-Vigil, A., Fernández de la Cruz, L., Brander, G., Isomura, K., Jangmo, A., Feldman, I., Hesselmark, E., Serlachius, E., Lázaro, L., Rück, C., Kuja-Halkola, R., D'Onofrio, B. M., Larsson, H., & Mataix-Cols, D. (2018). Association of Obsessive-Compulsive Disorder With Objective Indicators of Educational Attainment: A Nationwide Register-Based Sibling Control Study. *JAMA psychiatry*, 75(1), 47–55. <https://doi.org/10.1001/jamapsychiatry.2017.3523>
24. Pittenger, C., & Bloch, M. H. (2014). Pharmacological treatment of obsessive-compulsive disorder. *The Psychiatric clinics of North America*, 37(3), 375–391. <https://doi.org/10.1016/j.psc.2014.05.006>
25. Rintala, H., Chudal, R., Leppämäki, S., Leivonen, S., Hinkka-Yli-Salomäki, S., & Sourander, A. (2017). Register-based study of the incidence, comorbidities and demographics of obsessive-compulsive disorder in specialist healthcare. *BMC psychiatry*, 17(1), 64.
26. <https://doi.org/10.1186/s12888-017-1224-3>

28. Saxena, S., Bota, R. G., & Brody, A. L. (2001). Brain-behavior relationships in obsessive-compulsive disorder. In *Seminars in clinical neuropsychiatry*, 6(2), 82-101. <https://doi.org/10.1053/scnp.2001.21833>
29. Simpson, H. B., Huppert, J. D., Petkova, E., Foa, E. B., & Liebowitz, M. R. (2006). Response versus remission in obsessive-compulsive disorder. *The Journal of clinical psychiatry*, 67(2), 269–276. <https://doi.org/10.4088/jcp.v67n0214>
30. Stein, D. J., Andersen, E. W., Tonnoir, B., & Fineberg, N. (2007). Escitalopram in obsessive-compulsive disorder: a randomized, placebo-controlled, paroxetine-referenced, fixed-dose, 24-week study. *Current medical research and opinion*, 23(4), 701–711. <https://doi.org/10.1185/030079907x178838>
31. Subramaniam, M., Soh, P., Ong, C., Esmond Seow, L. S., Picco, L., Vaingankar, J. A., & Chong, S. A. (2014). Patient-reported outcomes in obsessive-compulsive disorder. *Dialogues in clinical neuroscience*, 16(2), 239–254. <https://doi.org/10.31887/DCNS.2014.16.2/msubramaniam>
32. Torresan, R. C., Ramos-Cerqueira, A. T., Shavitt, R. G., do Rosário, M. C., de Mathis, M. A., Miguel, E. C., & Torres, A. R. (2013). Symptom dimensions, clinical course and comorbidity in men and women with obsessive-compulsive disorder. *Psychiatry research*, 209(2), 186–195. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2012.12.006>
33. Yoldascan, E., Ozenli, Y., Kutlu, O., Topal, K., & Bozkurt, A. I. (2009). Prevalence of obsessive-compulsive disorder in Turkish university students and assessment of associated factors. *BMC psychiatry*, 9, 40. <https://doi.org/10.1186/1471-244X-9-40>

