



TRASTORNO OBSESIVO COMPULSIVO: UNA REVISIÓN BIBLIOGRÁFICA DE LO PRINCIPAL QUE SE DEBE SABER Y SU RELACIÓN CON OTRAS ENFERMEDADES

OBSESSIVE-COMPULSIVE DISORDER: A LITERATURE REVIEW OF THE MAIN THINGS TO KNOW AND ITS RELATIONSHIP WITH OTHER DISEASES

Augusto Barros Cruz^{a*}

^aEstudiante de Medicina, Facultad de Medicina Clínica Alemana de Santiago - Universidad del Desarrollo.
Artículo recibido el 30 de julio de 2025. Aceptado en versión corregida el 1 de abril, 2026.

DOI: 10.52611/confluencia.2026.1467

RESUMEN

Introducción: El trastorno obsesivo compulsivo es un trastorno que se caracteriza por la presencia de obsesiones y compulsiones que pueden ser leves a muy graves, según el compromiso funcional del individuo. Esta entidad tiene múltiples comorbilidades, lo que resalta la importancia de un buen diagnóstico y una visión integral del paciente. **Objetivo:** Revisar el diagnóstico, la fisiopatología y las actuales opciones terapéuticas que existen para el trastorno obsesivo compulsivo, en conjunto con las comorbilidades y una visión integral del paciente.

Metodología: Se realizó una búsqueda sistematizada, principalmente en Pubmed, donde se utilizó el término Mesh "Obsessive-Compulsive Disorder" asociado a epidemiología, etiología, fisiopatología, rehabilitación y terapia, sumado a literatura gris y bibliografía de otras plataformas. **Desarrollo:** Se detalla el concepto de trastorno obsesivo compulsivo, su diagnóstico en DSM-5, dimensiones afectadas y evaluación de severidad de los síntomas con Yale Brown Obsessive Compulsive Scale. También se describe el uso de inhibidores selectivos de la recaptura de serotonina en altas dosis y de la Terapia Cognitivo Conductual como mejor alternativa terapéutica, junto con una revisión de otras opciones disponibles. Se describe las comorbilidades del trastorno obsesivo compulsivo y la necesidad de abordar a los pacientes desde un enfoque más amplio. **Conclusión:** El trastorno obsesivo compulsivo es un trastorno psiquiátrico con gran relevancia en la población chilena. Además, la evidencia sostiene una respuesta favorable a las estrategias terapéuticas combinadas. Dada su alta comorbilidad con otros trastornos, es de vital importancia evaluar al paciente integralmente.

Palabras clave: Trastorno obsesivo compulsivo; Psiquiatría; Esquizofrenia.

ABSTRACT

Introduction: Obsessive-compulsive disorder is a psychiatric disorder characterized by obsessions and compulsions that range from mild to very severe depending on the patient's functional impairment. This condition has multiple comorbidities, which underscores the importance of a proper diagnosis and a comprehensive view of the patient. **Objective:** To review the diagnosis, pathophysiology, and current therapeutic options for obsessive-compulsive disorder, along with comorbidities and a comprehensive view of the patient. **Methodology:** A systematic search was carried out mainly in Pubmed where the term Mesh "Obsessive-Compulsive Disorder" was used associated with epidemiology, etiology, pathophysiology, rehabilitation and therapy, added to gray literature and bibliography from other platforms. **Development:** The article details the concept of obsessive-compulsive disorder, its diagnosis in the DSM-5, the dimensions affected, and the assessment of symptom severity using the Yale-Brown Obsessive-Compulsive Scale. It also describes the use of high-dose selective serotonin reuptake inhibitors and cognitive behavioural therapy as the preferred treatment options, alongside a review of other available options. The comorbidity of obsessive-compulsive disorder is described, along with the need to treat patients using a broader approach. **Conclusion:** Obsessive-compulsive disorder is a psychiatric disorder with significant prevalence in the Chilean population. Also, the evidence suggests that obsessive-compulsive disorder responds favourably to combined treatment strategies. Given its high comorbidity with other disorders, a comprehensive assessment of the patient is vitally important.

Key words: Obsessive-compulsive disorder; Psychiatry; Schizophrenia.

Cómo citar:

Barros-Cruz A. Trastorno obsesivo compulsivo: Una revisión bibliográfica de lo principal que se debe saber y su relación con otras enfermedades. Rev Conflu [Internet]. 2026 [citado el 30 de abril 2026];9. Disponible en: <https://doi.org/10.52611/confluencia.2026.1467>

INTRODUCCIÓN

El Trastorno Obsesivo Compulsivo (TOC) se caracteriza por ser un trastorno en el cual hay presencia de obsesiones y compulsiones. La diferenciación entre síntomas subclínicos y un trastorno propiamente tal requiere de la evaluación de numerosos factores, incluidos el nivel de angustia del individuo y el deterioro del funcionamiento, que dependerá fundamentalmente del grado de TOC que tenga el paciente desde leve a grave. Este trastorno tiene una prevalencia que varía entre 1 y 3% a nivel global, y se estima que este mismo porcentaje es el que corresponde en Chile¹.

En esta revisión bibliográfica se explicará el concepto, diagnóstico, tratamiento y la fisiopatología del TOC, profundizando en el entendimiento actual que se tiene con respecto a este trastorno, y se explorarán las actuales estrategias que existen para enfrentarlo. Además, se presentará una entidad asociada al TOC, el espectro esquizo-obsesivo, con su respectivo tratamiento y otras comorbilidades que resaltan la importancia de la evaluación integral del paciente, a partir del análisis de la información obtenida.

Objetivos

- Revisar el diagnóstico, la fisiopatología y las actuales opciones terapéuticas que existen para el TOC.
- Explicar las comorbilidades del TOC, aportando una visión integral del paciente.
- Explicar qué es el espectro esquizo-obsesivo y cómo este se relaciona con el TOC.

METODOLOGÍA

Para redactar esta revisión se revisó literatura clásica, como es el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM-5 por su sigla en inglés) y, además, se realizó un proceso de selección de estudios, principalmente en Pubmed, donde se utilizó el término Mesh "Obsessive-Compulsive Disorder" asociado a epidemiología, etiología, fisiopatología, rehabilitación y terapia. Se filtró con publicaciones de los últimos cinco años, dando exclusividad a guías clínicas, revisiones sistemáticas y metaanálisis, obteniéndose 50 resultados. En una primera selección, en base al título y *abstract*, y eliminando copias y bibliografía no atingente a los fines de esta revisión, se preseleccionaron 31 estudios. Luego, se leyeron dichos estudios, de los cuales para la presente revisión sólo quedaron 12. Para las patologías asociadas se indagó en literatura gris y bibliografía de otras plataformas (SciElo, Journals y Academia Americana de Pediatría, entre otras).

DESARROLLO

¿Qué debemos saber del TOC?

Para una comprensión y correcta aproximación diagnóstica al TOC, primero se debe comprender qué es una obsesión y qué es una compulsión.

Obsesión

Las obsesiones son pensamientos, impulsos o imágenes persistentes en el tiempo y que recurren constantemente, los cuales se experimentan como intrusivos y no deseados, son egodistónicos y, por lo general, causan ansiedad o malestar importante en los pacientes².

Compulsión

Va orientado hacia el eje motor, son conductas o actos mentales repetitivos que realiza un paciente en respuesta a una obsesión, o de acuerdo a reglas que deben aplicarse rígidamente².

Diagnóstico del TOC

Se presentan a continuación los criterios diagnósticos del DSM-5 para TOC²:

- A. Presencia de obsesiones, compulsiones o ambas y, además:
 1. En el caso de las obsesiones, el paciente las intenta ignorar, suprimir o neutralizar con algún pensamiento o acto.
 2. En el caso de las compulsiones, estas buscan prevenir o en su defecto disminuir la ansiedad o malestar. Sin embargo, estos actos mentales o comportamientos no están conectados de forma realista con los destinados a neutralizar o prevenir, o bien resultan evidentemente excesivos.
- B. Las obsesiones y/o las compulsiones utilizan mucho tiempo del paciente y/o causan malestar significativo o deterioro en áreas importantes del funcionamiento como lo personal, social o laboral.
- C. Los síntomas no son atribuibles a los efectos fisiológicos de una sustancia o a otro diagnóstico o afección médica.
- D. No existe otro trastorno mental que explique mejor los síntomas.

El DSM-5 también hace alusión a especificar el grado de introspección que existe respecto a estos síntomas, pudiendo ser desde nada hasta un alto grado de introspección. Además, también refiere que debe especificarse si tiene historia o actualmente trastorno por tics.

¿Cuáles son las obsesiones y compulsiones más comunes?

Una forma de ordenar las obsesiones y las compulsiones es de acuerdo a la dimensión de la vida diaria que éstas afectan. Las cinco dimensiones principales son: contaminación, daño, pensamientos inaceptables, simetría y acaparamiento. Cada una de estas tiene una obsesión y compulsión asociada^{3,4}. Es importante recalcar que, en esta sección, se hará un breve resumen de las obsesiones y compulsiones más comunes. Sin embargo, lo anterior no significa que no existan diferentes manifestaciones a las mencionadas ni reglas rígidas a seguir para hacer el diagnóstico (Tabla 1).

Tabla 1. Dimensiones y manifestaciones del TOC más frecuentes*.

Dimensiones	Obsesión	Compulsión
Contaminación	Suciedad, gérmenes	Limpieza, bañarse
Daño	Preocupaciones por hacer daño	Comprobación
Pensamientos inaceptables	Relacionado al sexo, religión	Rituales mentales u oraciones
Simetría	Concerniente a preservar la simetría	Ordenar, repetir, contar
Acaparamiento	Preservar, guardar	Coleccionar

*Fuente: Elaboración propia

¿Cómo se puede objetivar los síntomas y la gravedad de estos en el TOC?

Existe una escala ampliamente utilizada para este propósito llamada Yale Brown Obsessive - Compulsive Scale (Y-BOCS). Esta es una herramienta que se utiliza para medir la gravedad de los síntomas del TOC, principalmente a través de la evaluación y cuantificación de la cantidad de tiempo, interferencia, angustia, resistencia y control que ocupa y refiere el paciente en relación, tanto de las obsesiones como de las compulsiones⁴ (Figura 1).

Escala de Obsesiones						
N	ITEM	RANGO SEVERIDAD				
		0	1	2	3	4
1	¿Cuánto tiempo le ocupan los pensamientos, dudas patológicas o imágenes obsesivas?	0 h/d	0-1 h/d	1-3 h/d	3-8 h/d	≥ 8 h/d
2	¿Cuánto interfieren sus pensamientos obsesivos con la actividad social, laboral o funcionamiento?	Nada	Leve	Medio (Manejable)	Gran Impedimento	Incapacitantes
3	¿Cuánto malestar le causan sus obsesiones?	Nada	Poco	Moderado (Manejable)	Severo (Perturbador)	Extremo (Incapacitante)
4	¿Es capaz de resistir o desviar las obsesiones?	Siempre	Mucho	Moderado	A veces	Nunca
5	¿Cuál es el grado de control que tiene sobre sus obsesiones?	Completo	Mucho	Moderado	Poco	Ninguno
Total Obsesiones						
Escala de Compulsiones						
N	ITEM	RANGO SEVERIDAD				
		0	1	2	3	4
6	¿Cuánto tiempo gasta/ocupa en conductas compulsivas o rituales?	0 h/d	0-1 h/d	1-3 h/d	3-8 h/d	≥ 8 h/d
7	¿Cuánto interfieren sus conductas compulsivas con la actividad social, laboral o funcionamiento?	Nada	Leve	Medio (Manejable)	Gran Impedimento	Incapacitantes
8	¿Cuánto malestar le causaría si tuviera que evitar realizar las compulsiones?	Nada	Poco	Moderado (Manejable)	Severo (Perturbador)	Extremo (Incapacitante)
9	¿Es capaz de resistir o postergar la realización de compulsiones o rituales?	Siempre	Mucho	Moderado	A veces	Nunca
10	¿Cuál es el grado de control que tiene sobre sus conductas compulsivas o rituales?	Completo	Mucho	Moderado	Poco	Ninguno
Total Compulsiones						
TOTAL GENERAL						
Valores						
0 - 7 Subclínico						
8 - 15 Leve						
16 - 23 Moderado						
24 - 31 Severo						
32 - 40 Muy Severo						

Figura 1. Escala Y-BOCS⁴.

También existe una adaptación del Y-BOCS para la población pediátrica, el Child Yale Brown Obsessive -Compulsive Scale (CY-BOCS) y versiones que incluyen reportes de los niños (CY-BOCS-CR) y de sus padres (CY-BOCS-PR)⁵.

Tratamiento de TOC: ¿Qué estrategias terapéuticas/farmacológicas han demostrado la mejor evidencia?

La terapia que ha demostrado tener más evidencia y mejores *outcomes* en el TOC es principalmente la Terapia Cognitivo Conductual (TCC), y dentro de las TCC, la terapia de Exposición y Prevención de Respuestas (EPR)⁵. En general se evalúa la respuesta a las 10 a 20 sesiones y, en base a eso, se

decide si mantener ese esquema o agregar terapia farmacológica³ (Figura 2).

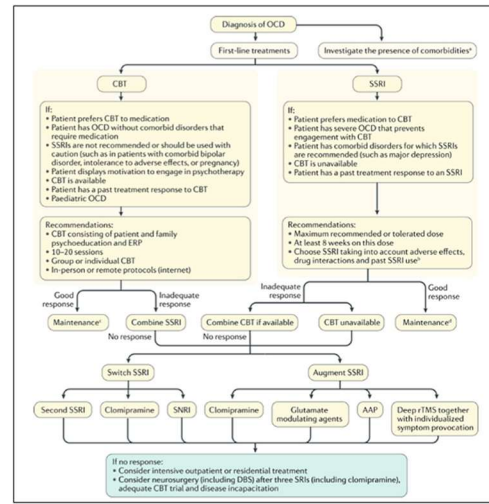


Figura 2. Algoritmo de tratamiento del TOC³.

Por otra parte, la primera línea farmacológica en el tratamiento del TOC es el uso de antidepresivos, principalmente inhibidores selectivos de la recaptura de la serotonina (ISRS/SSRIs) a la dosis máxima tolerada⁶. Es importante recalcar que, en este metaanálisis publicado en 2023, se demostró que no existe una diferencia significativa entre el uso de un antidepresivo u otro. En este estudio se incluyeron también los inhibidores selectivos de la recaptura de la serotonina y noradrenalina (ISRSN/SNSIs)⁶.

En la práctica se ha demostrado que la TCC por sí sola tiene mejor tasa de respuesta que el uso de los antidepresivos por sí solos, sin embargo, el uso en conjunto dentro de un esquema terapéutico está relacionado con mejores *outcomes*, mostrando una disminución significativa en el CY-BOCS en población pediátrica^{5,7}.

¿Qué otras alternativas en tratamiento se han estudiado para el TOC?

Una de las opciones que se ha postulado en caso de TOC moderado a severo es la coadyuvancia con uso de inhibidores glutamatérgicos, como la memantina. Esta es un antagonista, no competitivo de los receptores NMDA (N-metil-D-aspartato), lo que bloquea los efectos de los niveles tónicos de glutamato que están patológicamente elevados y que pueden generar disfunción neuronal. Se evaluaron tres estudios que utilizaban 10 mg/día con un descenso promedio de 5,68 puntos en el Y-BOCS en adultos, con un intervalo desde 0,92 a 15,59 que, si bien parece prometedor, también tiene una gran dispersión en los diferentes estudios⁸.

En una revisión sistemática de 16 publicaciones se estudiaron los efectos de la meditación en pacientes con TOC. Se aplicó un esquema de terapia basada en meditación sumada al tratamiento farmacológico, donde la terapia tenía una duración de

2 a 12 semanas con sesiones de 2 horas, 1 a 2 veces por semana, y se hacía seguimiento durante máximo un año. La conclusión del estudio muestra que sí había una mejora significativa en la sintomatología del TOC durante el periodo de tratamiento, no obstante, esta mejoría dejaba de ser significativa pasado un año⁹. Por lo tanto, de querer complementar con esta alternativa, habría que sumar la meditación como una forma permanente más que una terapia aguda.

Otra alternativa terapéutica que ha tomado relevancia últimamente es la Estimulación Magnética Transcraneal (TMS en inglés). Con respecto a esta terapia, se ha establecido una relación entre el área cortical estimulada y la respuesta clínica en el paciente, mostrándose una mayor respuesta al aplicar TMS en la corteza frontal dorsolateral con estimulación bilateral, con una disminución sostenida de un 32,13% en Y-BOCS a largo plazo. Al considerar todas las regiones cerebrales, se obtenía una mejora promedio del 21,6% en Y-BOCS a largo plazo¹⁰. Sin embargo, en esta revisión sistemática en la cual se evaluaban 35 publicaciones, las sesiones de los distintos estudios variaron entre 8 a 30 sesiones, y la frecuencia aplicada en TMS es los diferentes estudios oscilaba entre 1 a 50 Hz, con cifras muy variables y que mezclaban frecuencias activadoras con inhibitorias¹⁰. El último seguimiento de los pacientes fue entre 1 a 26 semanas post TMS. Es por esto que, considerando el resultado favorable de la revisión, se debe tener en cuenta la alta variabilidad en las diferentes metodologías que se compararon para llegar a dichas conclusiones.

Neurobiología del TOC: Lo principal que se debe saber

El circuito cortico-estriado-tálamo-cortical es una de las principales vías de regulación del movimiento, la cognición, la regulación emocional y el comportamiento. Su función principal es la modulación de la actividad motora y de procesos cognitivos a través de un sistema de retroalimentación que conecta la corteza cerebral, los ganglios basales y el tálamo. Dentro de estas funciones además se encuentran las funciones cognitivas, que intervienen en la toma de decisiones y planificación de acciones, además de estar involucradas en la motivación y refuerzo de procesos de aprendizaje. También se relacionan con el control de la impulsividad.

En los pacientes con TOC este circuito toma especial relevancia, ya que la vía directa está hiperactiva, lo que se traduce en que se genera una dificultad para inhibir pensamientos o acciones repetitivas, que explicaría las obsesiones y las compulsiones, generando un circuito reverberante con un tálamo que no discrimina (ya que no está inhibido) y, como resultado, activa a la corteza que, a su vez, promueve que no se inhiba al tálamo¹¹ (Figura 3).

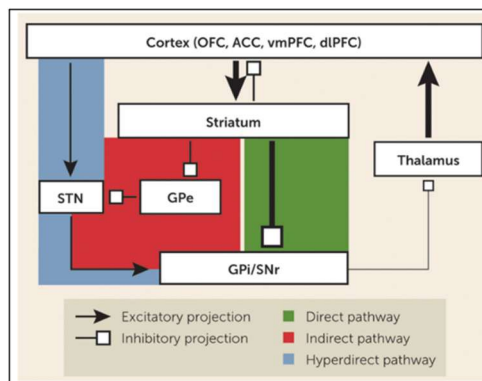


Figura 3. Circuito cortico-estriado-tálamo-cortical para el TOC¹¹.

Visión integral del paciente: Si tiene el diagnóstico de TOC, ¿qué otras comorbilidades podría presentar?

Dentro de las comorbilidades asociadas al TOC, los trastornos de ansiedad presentan mayor prevalencia, figurando en un 75% de los paciente con TOC, seguida por los trastornos del ánimo, que se pueden encontrar en un 65% de los mismos. Especial relevancia adquiere el trastorno por uso de sustancias y el trastorno afectivo bipolar; estos últimos poseen una comorbilidad del 45% y 25%, respectivamente y son trastornos más serios que no deben ser pasados por alto³ (Figura 4).

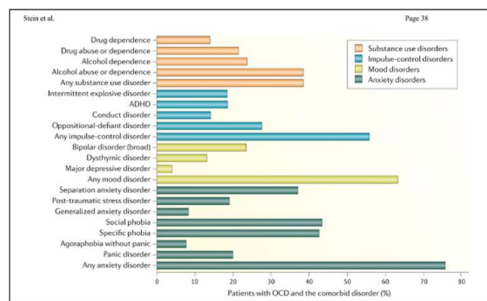


Figura 4. Comorbilidades más frecuentes de encontrar en estos pacientes³.

Espectro esquizo-obsesivo: ¿qué es y de dónde viene esta entidad?

En 1994 Hwang y Opler presentan el concepto de lo esquizo-obsesivo en respuesta a que características del eje obsesivo-compulsivo y la esquizofrenia coexistirían en un mismo complejo psicopatológico. Clínicamente los pacientes experimentan síntomas del TOC en conjunto con manifestaciones de la esquizofrenia¹². Este concepto no se incluye en el DSM-5.

Los criterios propuestos para el trastorno esquizo-obsesivo o “esquizotoc” son¹²:

1. Síntomas obsesivos-compulsivos que cumplan con criterio A de TOC en el contexto de un curso de esquizofrenia.
2. Obsesiones-compulsiones interrelacionadas con contenido de delirio y/o alucinaciones.
3. Los síntomas asociados al TOC están presentes durante una parte importante del período prodrómico, activo y/o residual de la esquizofrenia.

4. Estos elementos consumen más de una hora de la vida del paciente al día.
5. Los síntomas no se deben al uso de sustancias ni pueden ser explicados por otros cuadros.

De esta forma, se podría concluir que existe un continuo entre TOC y esquizofrenia, siendo trastornos que pueden ocurrir simultáneamente e interactuar de formas complejas¹³ (Figura 5).



Figura 5. Comorbilidades más frecuentes en TOC*.

*Fuente: Elaboración propia

Factores a considerar en el tratamiento del esquizotoc

Al ser dos entidades que tienen diferentes formas de ser tratadas, se debe asegurar que el tratamiento de una no incida en la otra. Por esta razón, se ha demostrado que no se deben usar antipsicóticos típicos, ya que exacerban la sintomatología obsesiva. Sin embargo, se han encontrado buenos resultados con el uso conjunto de antipsicóticos atípicos con ISRS en altas dosis en estos pacientes¹⁴.

Entre los antipsicóticos atípicos, los con mayor evidencia son la olanzapina y la risperidona. También, se ha postulado el uso de estabilizadores del ánimo, siendo la lamotrigina la única respaldada por la evidencia¹⁴.

Limitaciones

La limitación más evidente fue la escasa bibliografía disponible respecto al esquizotoc, generando algunos vacíos, como el por qué servirían los estabilizadores de ánimo en estos pacientes o cuál es la fisiopatología clara al respecto de este espectro psicopatológico.

CONCLUSIÓN

El TOC es un trastorno psiquiátrico con gran relevancia en la población chilena, tanto por su prevalencia como por el compromiso funcional que puede generar en aquellos que lo padecen. Sin embargo, es característico e identificable en su presentación clínica y actualmente se conoce bastante al respecto, lo que ha permitido que los profesionales lo puedan diagnosticar y tratar efectivamente. De acuerdo a lo presentado en esta revisión, es de saber que responde favorablemente a estrategias terapéuticas combinadas. Lo anterior, desafía a mantenerse informados al respecto y a colaborar en esta patología multidisciplinaria, ya que al tener un gran porcentaje de comorbilidad con otras enfermedades y además tener como pilar de tratamiento la TCC, obliga a evaluar al paciente en su

dimensión más integral pues, como se detalló en la presente revisión, el TOC podría ocurrir en simultáneo con otras patologías que se deben saber pesquisar, tratar y/o derivar.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Hirschtritt ME, Bloch MH, Mathews CA. Obsessive-Compulsive Disorder: Advances in Diagnosis and Treatment. JAMA [Internet]. 2017 [citado el 25 de marzo 2025];317(13):1358-67. Disponible en: <https://doi.org/10.1001/jama.2017.2200>
2. American Psychiatric Association. Guía de consulta de los criterios diagnósticos del DSM-5 [Internet]. Washington, DC: American Psychiatric Publishing; 2013 [citado el 25 de marzo 2025]. p 145-6. Disponible en: <https://apapcanarias.org/wp-content/uploads/2023/12/guia-de-consulta-del-dsm-v.pdf>
3. Stein DJ, Costa DLC, Lochner C, Miguel EC, Reddy YCJ, Shavitt RG, et al. Obsessive-compulsive disorder. Nat Rev Dis Primers [Internet]. 2019 [citado el 25 de marzo 2025];5(1):52. Disponible en: <https://doi.org/10.1038/s41572-019-0102-3>
4. Yacila GA, Cook-del Aguila L, Sanchez-Castro AE, Reyes-Bossio M, Tejada R. Traducción y adaptación cultural del Yale-Brown Obsessive Compulsive Scale (Y-BOCS) para trastornos obsesivos compulsivos. Acta Méd Peru [Internet]. 2016 [citado el 25 de marzo 2025];33(3):253-5. Disponible en: http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1728-59172016000300018
5. Öst LG, Havnen A, Hansen B, Kvale G. Cognitive behavioral treatments of obsessive-compulsive disorder. A systematic review and meta-analysis of studies published 1993-2014. Clin Psychol Rev [Internet]. 2015 [citado el 25 de marzo 2025];40:156-69. Disponible en: <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2015.06.003>
6. Gosmann NP, Costa M de A, Jaeger M de B, Motta LS, Frozi J, Spanemberg L, et al. Selective serotonin reuptake inhibitors, and serotonin and norepinephrine reuptake inhibitors for anxiety, obsessive-compulsive, and stress disorders: A 3-level network meta-analysis. PLOS Med [Internet]. 2021 [citado el 25 de marzo 2025];18(6):e1003664. Disponible en: <https://doi.org/10.1371/journal.pmed.1003664>
7. Mendez EM, Dahlsgaard KK, Hjelmgren JM, Mills JA, Suresh V, Strawn JR. What Is the Added Benefit of Combining Cognitive Behavioral Therapy and Selective Serotonin Reuptake Inhibitors in Youth with Obsessive Compulsive Disorder? A Bayesian Hierarchical Modeling Meta-Analysis. J Child Adolesc Psychopharmacol [Internet]. 2023 [citado el 25 de marzo 2025];33(6):203-11. Disponible en: <https://doi.org/10.1089/cap.2023.0018>
8. Hadi F, Kashefinejad S, Kamalzadeh L, Hoobehfekr S, Shalban M. Glutamatergic medications as adjunctive therapy for moderate to severe obsessive-compulsive disorder in adults: a systematic review and meta-analysis. BMC Pharmacol Toxicol [Internet]. 2021 [citado el 25 de marzo 2025];22(1):69. Disponible en: <https://doi.org/10.1186/s40360-021-00534-6>
9. Lee SM, Suh HW, Kwak HY, Kim JW, Chung SY. Meditation-based intervention for obsessive-compulsive disorder: A PRISMA-compliant systematic

- review and meta-analysis. *Medicine (Baltimore)* [Internet]. 2022 [citado el 25 de marzo 2025];101(30):e29147. Disponible en: <https://doi.org/10.1097/md.00000000000029147>
10. Vicheva P, Osborne C, Krieg SM, Ahmadi R, Shotbolt P. Transcranial magnetic stimulation for obsessive-compulsive disorder and post-traumatic stress disorder: A comprehensive systematic review and analysis of therapeutic benefits, cortical targets, and psychopathophysiological mechanisms. *Prog Neuropsychopharmacol Biol Psychiatry* [Internet]. 2024 [citado el 25 de marzo 2025];136:111147. Disponible en: <https://doi.org/10.1016/j.pnpbp.2024.111147>
 11. Goodman WK, Storch EA, Sheth SA. Harmonizing the Neurobiology and Treatment of Obsessive-Compulsive Disorder. *Am J Psychiatry* [Internet]. 2021 [citado el 25 de marzo 2025];178(1):17-29. Disponible en: <https://doi.org/10.1176/appi.ajp.2020.20111601>
 12. Flores-García E. Espectro esquizo-obsesivo: ¿A qué se refiere? [Internet]. Argentina: NeuroClass; 2024 [citado el 25 de marzo 2025]. Disponible en: <https://neuro-class.com/espectro-esquizo-obsesivo-a-que-se-refiere/>
 13. Cavaco TB, Ribeiro JS. Drawing the Line Between Obsessive-Compulsive Disorder and Schizophrenia. *Cureus* [Internet]. 2023 [citado el 25 de marzo 2025];15(3):e36227. Disponible en: <https://doi.org/10.7759/cureus.36227>
 14. Pardossi S, Cuomo A, Fagiolini A. Unraveling the Boundaries, Overlaps, and Connections between Schizophrenia and Obsessive-Compulsive Disorder (OCD). *J Clin Med* [internet]. 2024 [citado el 25 de marzo 2025];13(16):4739. Disponible en: <https://doi.org/10.3390/jcm13164739>