



**Universidad  
Europea** VALENCIA

**Máster Universitario en Psicología General Sanitaria**

**Trabajo Fin de Máster (TFM)**

**PERFILES DE PERSONALIDAD COMO FACTOR PROTECTOR O DE RIESGO EN ADULTOS CON  
TRASTORNO OBSESIVO COMPULSIVO (TOC): UNA REVISIÓN SISTEMÁTICA**

**Presentado por: Sara Fernández Pérez**

**Tutora: Silvia Postigo Zegarra**

**Curso: 2024/2025**

**Convocatoria: ordinaria (mayo 2025)**

## Resumen

El presente trabajo es una revisión sistemática que pretende analizar qué variables de personalidad actúan como factores protectores y factores de riesgo en el Trastorno obsesivo-compulsivo (TOC) o los síntomas obsesivo-compulsivos (OC). Este estudio sigue la guía PRISMA 2020 y, tras consultar cinco bases de datos (Web of Science, SCOPUS, Pubmed, PsycINFO y Dialnet), se obtienen 645 resultados. Para el cribaje de artículos, se utilizó el gestor de referencias Mendeley, quedando finalmente 17 tras aplicar criterios de elegibilidad, todos publicados entre el 2015 y el 2025.

Las variables de personalidad fueron evaluadas principalmente con instrumentos como el Inventario de Personalidad NEO (NEO-PI-R y NEO-FFI-3) y el Inventario de Cinco Factores NEO (NEO-FFI). El diagnóstico y evaluación del TOC se basa en los criterios DSM-V, CIE-10 o entrevistas clínicas estructuradas (SCID). La gravedad de los síntomas OC se mide con la Escala Obsesivo-Compulsiva de Yale Brown (Y-BOCS) y los subtipos de síntomas OC, con la Escala Dimensional Obsesivo-Compulsiva (DOCS) y el Inventario de Trastorno Obsesivo-Compulsivo Revisado (OCI-R).

Se identificó al neuroticismo como el principal factor de riesgo, seguido de otros como el miedo a la culpa, la rigidez cognitiva o la inestabilidad emocional. La amabilidad y la extraversión se consideran factores protectores. No existe acuerdo respecto al rasgo de apertura. La conciencia mostró resultados diferentes en su impacto según el subtipo de TOC. Se concluye que existe una fuerte vinculación entre las variables de personalidad y el TOC y que su evaluación es necesaria para una intervención personalizada y eficaz.

*Palabras clave: Trastorno obsesivo-compulsivo (TOC), síntomas obsesivo-compulsivos (OC), variables de personalidad, factor protector, factor de riesgo.*

## **Abstract**

This paper presents a systematic review aimed at analyzing which personality variables act as protective or risk factors in Obsessive-Compulsive Disorder (OCD) or obsessive-compulsive (OC) symptoms. The study follows the PRISMA 2020 guidelines. After searching five databases (Web of Science, SCOPUS, PubMed, PsycINFO, and Dialnet), 645 results were obtained. The Mendeley reference manager was used for article screening, and 17 studies published between 2015 and 2025 were finally included based on eligibility criteria.

Personality variables were primarily assessed using psychometric instruments such as the NEO Personality Inventory (NEO-PI-R and NEO-FFI-3) and the NEO Five-Factor Inventory (NEO-FFI). The diagnosis and evaluation of OCD were based on DSM-5 and ICD-10 criteria, or structured clinical interviews (SCID). OC symptom severity was measured with the Yale-Brown Obsessive-Compulsive Scale (Y-BOCS), and OC symptom subtypes with the Dimensional Obsessive-Compulsive Scale (DOCS) and the Obsessive-Compulsive Inventory-Revised (OCI-R).

Neuroticism was identified as the main risk factor, followed by guilt sensitivity, cognitive rigidity, and emotional instability. Agreeableness and extraversion were associated with a protective effect. No consensus was found regarding the openness trait, while conscientiousness showed varying effects depending on the OCD subtype. The findings highlight a strong link between personality traits and OCD, emphasizing the need for their assessment to enable personalized and effective intervention.

*Keywords: Obsessive-Compulsive Disorder (OCD), obsessive-compulsive symptoms (OC), personality variables, protective factor, risk factor.*

## ÍNDICE DE CONTENIDOS

<b>1. INTRODUCCIÓN</b> .....	1
<b>1.1. Etiología del Trastorno Obsesivo Compulsivo (TOC)</b> .....	2
<b>1.2. Relación entre personalidad y TOC</b> .....	3
<b>1.3. Objetivos</b> .....	5
<b>2. MÉTODO</b> .....	6
<b>2.1. Diseño</b> .....	6
<b>2.2. Fuentes de datos</b> .....	6
<b>2.3. Estrategia de búsqueda</b> .....	6
<b>2.4. Criterios de elegibilidad</b> .....	6
<b>2.5. Gestión de datos</b> .....	7
<b>2.6. Extracción de datos y codificación</b> .....	8
<b>2.7. Evaluación de la calidad metodológica</b> .....	9
<b>3. RESULTADOS</b> .....	12
<b>3.1. Selección de estudios</b> .....	12
<b>3.2. Neuroticismo e inestabilidad emocional</b> .....	20
<b>3.3. Conciencia y perfeccionismo</b> .....	21
<b>3.4. Amabilidad y apertura</b> .....	21
<b>3.5. Extraversión</b> .....	22
<b>3.6. Otras variables de personalidad</b> .....	23
<b>3.7. Relación entre Trastornos de Personalidad y TOC</b> .....	24
<b>4.1. Implicaciones para la práctica clínica y futuras líneas de investigación</b> .....	27
<b>4.2. Limitaciones del estudio</b> .....	28
<b>4.3. Conclusiones</b> .....	28

## **Lista de tablas**

Tabla 1. Baremo de la calidad metodológica de los títulos seleccionados .....	10
Tabla 2. Criterios cumplidos por los estudios transversales .....	11
Tabla 3. Criterios cumplidos por los estudios longitudinales.....	12
Tabla 4. Características de los estudios incluidos .....	16
Tabla 5. Impacto de las variables de la personalidad en el TOC o síntomas OC.....	20

## **Lista de abreviaturas**

AN	Anorexia nerviosa
DDF	Dificultad para describir sentimientos
DIF	Dificultad para identificar sentimientos
EE	Evitación experiencial
EOT	Pensamiento orientado externamente
OC	Obsesivo-compulsivo
OCRD	Trastornos obsesivo-compulsivos y relacionados (DSM-5)
ODS	Objetivos de desarrollo sostenible
ROCD	Trastorno obsesivo-compulsivo centrado en las relaciones de pareja
TOC	Trastorno obsesivo compulsivo
TP	Trastornos de la personalidad
TPOC	Trastorno de personalidad obsesivo-compulsiva

## 1. INTRODUCCIÓN

El Trastorno obsesivo-compulsivo (TOC) es un trastorno mental caracterizado por pensamientos recurrentes e incontrolables llamados obsesiones y/o conductas repetitivas denominadas compulsiones, que se realizan con el objetivo de disminuir la ansiedad. Se estima que la prevalencia global del TOC es del 1 al 3% de la población general (Mathes et al., 2019), con mayor incidencia de mujeres, especialmente en la población adulta (Fawcett et al., 2020; Fontenelle et al., 2004).

Según el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM-5) en 2014, los criterios que deben cumplirse para realizar un diagnóstico son los siguientes:

A. Presencia de obsesiones, compulsiones o ambas:

- Las obsesiones se definen como pensamientos, impulsos o imágenes recurrentes y persistentes que se experimentan, en algún momento durante el trastorno, como intrusas o no deseadas, y que causan malestar significativo
- El sujeto intenta ignorar o suprimir estos pensamientos, impulsos o imágenes, o neutralizarlos con algún otro pensamiento o acto (es decir, realizando una compulsión).
- Las compulsiones son comportamientos (p. ej., lavarse las manos, ordenar, comprobar las cosas) o actos mentales (p. ej., rezar, contar, repetir palabras en silencio) repetitivos que el sujeto realiza como respuesta a una obsesión o de acuerdo con reglas que ha de aplicar de manera rígida.
- El objetivo de las compulsiones es prevenir o disminuir la ansiedad o el malestar, o evitar algún suceso o situación temida; sin embargo, estos comportamientos o actos mentales no están conectados de una manera realista con los destinados a neutralizar o prevenir, o bien resultan claramente excesivos.

B. Las obsesiones o compulsiones requieren mucho tiempo (más de una hora diaria) o causan malestar clínicamente significativo o deterioro en lo social, laboral u otras áreas importantes del funcionamiento.

C. Los síntomas obsesivo-compulsivos no se pueden atribuir a los efectos fisiológicos de una sustancia o a otra afección médica.

D. La alteración no se explica mejor por los síntomas de otro trastorno mental.

Existen varias dimensiones sintomáticas por las que se distinguen diferentes tipos de obsesiones y compulsiones frecuentes en pacientes TOC, como las preocupaciones por la limpieza, lavado o contaminación, las preocupaciones sobre el daño a sí mismo o a otros junto a la necesidad de comprobación, los pensamientos agresivos o sexuales intrusivos con rituales mentales y las preocupaciones relacionadas con la simetría, el orden o el conteo (Mathes et al., 2019; Stein et al., 2020). En cuanto a las diferencias de género la literatura respalda la idea de que las mujeres tenían más probabilidades de desarrollar síntomas relacionados con la contaminación, la limpieza y los pensamientos agresivos, mientras que los hombres suelen presentar más pensamientos blasfemos y preocupaciones relacionadas con la simetría y el orden (Labad et al., 2008; Jaisooriya et al., 2009; Mathes et al., 2019; Torresan et al., 2013).

### **1.1. Etiología del Trastorno Obsesivo Compulsivo (TOC)**

La etiología del TOC parece involucrar factores genéticos y ambientales que influyen en la psicopatología que presenta (Taylor et al., 2016). En este sentido, se han propuesto diferentes modelos explicativos entre los que se pueden encontrar:

- Modelos neurobiológicos que implican circuitos cortico-estriado-talamocorticales: estos se consideran involucrados en funciones de control del comportamiento motor, afectivo y motivacional, cuyo equilibrio dependerá de la iniciación y la inhibición del comportamiento y en los que pueden surgir anomalías que provocan diversas conductas desadaptativas observadas en trastornos mentales, como el TOC (Van den Heuvel et al., 2016).
- Modelos de aprendizaje que destacan los procesos de adquisición y extinción del miedo: algunas personas con TOC generalizan asociaciones entre estímulos a otros estímulos, hasta el punto de encontrar dificultad para discriminar entre estímulos percibidos y realmente peligrosos. La extinción es un proceso de aprendizaje importante en el tratamiento del TOC, porque, aunque no fulmina la asociación inicial entre estímulos, forma una nueva que inhibe la asociación disfuncional, disminuyendo la respuesta original de miedo/angustia después de realizar varias exposiciones (McGuire et al., 2016).
- Modelos cognitivos basados en la presencia de creencias erróneas relacionadas con la ansiedad: Mancini (2000) se inspira en la teoría del TOC de Carr (1974), quien sostiene que la base del TOC es la anticipación a la amenaza, lo que convierte las obsesiones y compulsiones en un intento de prevenir un acontecimiento peligroso o perjudicial. Por su lado, Mancini (2000) reformula esta concepción de amenaza por “el miedo a la culpa

ante la sensación de irresponsabilidad” estableciendo su propio modelo cognitivo para explicar el TOC. A partir de este enfoque, destaca dos principios fundamentales: 1) cuando el TOC existe, es que la persona tiene mucho miedo a la culpa que genera la irresponsabilidad y 2) si existe el miedo a la culpa por irresponsabilidad, comienza una conducta con características obsesivas: persistencia, alta frecuencia y repetitividad.

## **1.2. Relación entre personalidad y TOC**

A partir de la publicación del DSM-V, el TOC ya no es clasificado como un trastorno de ansiedad, sino como “trastorno obsesivo-compulsivo y trastornos relacionados” (OCD), incluyendo en esta categoría los siguientes trastornos: el trastorno de acumulación, y también el trastorno dismórfico corporal (TDC), la tricotilomanía y el trastorno de excoriación (Abramowitz y Jacoby, 2015). Sin embargo, el TOC se haya separado explícitamente de los trastornos de ansiedad, aún se considera que comparten similitudes en términos de personalidad y patrones emocionales (Pelissolo et al., 2015). Un ejemplo de patrón emocional compartido entre estos trastornos es la evitación experiencial (EE), relacionada con la tendencia a evitar pensamientos, emociones o sensaciones aversivas, tiene un papel fundamental en la relación entre el trastorno obsesivo-compulsivo (TOC) y el trastorno de personalidad obsesivo-compulsiva (TPOC) (Cowan, 2019), así como con otros trastornos de ansiedad como el trastorno de ansiedad social, el trastorno de pánico, la agorafobia y el trastorno de ansiedad generalizada (Pelissolo et al., 2015).

La relación entre personalidad y TOC es compleja y bidireccional, sobre todo en casos crónicos. Se ha observado que algunos patrones o perfiles de personalidad pueden predisponer a la persona para desarrollar el trastorno, pero, por otro lado, también se ha observado que el TOC puede alterar la personalidad con el tiempo (Alonso et al., 2008; Rees et al., 2014).

Un estudio longitudinal mostró que las personas que padecían TOC a la vez que un Trastorno de Personalidad comórbido manifestaban síntomas más graves, peor funcionamiento psicosocial y menor calidad de vida que las personas que sólo padecían TOC (Belli et al., 2024; Ferzan Giynas et al., 2018). Además, a veces se establecen relaciones específicas entre estas dos variables, ya que los rasgos de personalidad interactúan de manera diferente según la dimensión del TOC (simetría-orden, limpieza-contaminación, duda-comprobación...) (Zermatten y Van der Linden, 2008). Por otro lado, Pena Garijo et al. (2013) establecieron relación entre pacientes con TOC y aquellos con otros trastornos de ansiedad con una mayor prevalencia de trastornos de personalidad del Clúster C (evitativo, dependiente y obsesivo-compulsivo), en comparación con la población general.

Los rasgos de personalidad son características individuales estables que pueden actuar como factores protectores o de riesgo para el desarrollo o el empeoramiento de ciertos trastornos mentales. Zhang y Takahashi (2024) realizaron una revisión en la que expusieron cómo interaccionan los rasgos que componen el Modelo Big Five y el TOC. El Modelo Big Five está compuesto por los siguientes rasgos: neuroticismo, extraversión, apertura, amabilidad y conciencia (McCrae y Costa, 1985). Estos autores encontraron que el neuroticismo es el rasgo más asociado al agravamiento del TOC y otros trastornos de ansiedad, mientras que la extraversión y la amabilidad se relacionan con una mejora del TOC (Calero Vivas et al., 2019; Rees et al., 2014; Zhang y Takahashi, 2024). Sin embargo, respecto al rasgo de apertura, no se observó asociación con el TOC. En cuanto a la conciencia, se observó que una puntuación muy alta en este rasgo sí influiría negativamente en el TOC (Zhang y Takahashi, 2024).

Por otro lado, se ha estudiado que los síntomas TOC, más concretamente los obsesivos, están vinculados a una mayor inestabilidad emocional (neuroticismo) y menor amabilidad, a la vez que una puntuación más alta en conciencia o responsabilidad no necesariamente mantiene asociación con comportamientos compulsivos (Zermatten y Van der Linden, 2008).

También se han estudiado otros rasgos de personalidad que aumentan la resistencia al tratamiento en el TOC, por ejemplo, la rigidez cognitiva o la falta de *insight*, relacionada con una menor capacidad de regulación emocional (Dinn et al., 2014; Ferzan Giynas et al., 2018). Asimismo, las obsesiones pueden ir de la mano de otros rasgos como el perfeccionismo o el miedo al fracaso, generando sentimientos de angustia y ansiedad (De Caluwé et al., 2014). La evidencia sugiere que el perfeccionismo está vinculado al factor de responsabilidad y que ambos son predictores significativos de la aparición de obsesiones (Pinto et al., 2011; Rhéaume et al., 2000). Por otro lado, Levinson et al. (2019) realizaron un estudio en el que analizaron la relación entre Anorexia Nerviosa (AN) y TOC, observando que el perfeccionismo disfuncional y el miedo al error son factores transdiagnósticos clave en ambos trastornos.

A pesar de no constituir un criterio del DSM-V, la conducta de evitación está de una u otra forma presente en la mayoría de los casos de TOC, con el objetivo de evitar la exposición a situaciones valoradas como “peligrosas” o que provoquen ansiedad (Abramowitz y Jacoby, 2015). En este sentido, un estudio realizado por Alonso et al. (2008), en el que se analizaba la relación entre algunos patrones de personalidad del modelo de personalidad de Cloninger (1987,1993) y el TOC, puso de manifiesto que puntuaciones altas en evitación al daño y bajas en autodirección podrían relacionarse con dificultades para la regulación de obsesiones y

compulsiones y puntuaciones bajas en cooperación aumentan la probabilidad de desarrollar trastornos de la personalidad comórbidos, como el trastorno de la personalidad evitativa.

A raíz de todas estas evidencias de la relación entre algunos rasgos de personalidad y el desarrollo del TOC, Zhang et al. (2015) concluían que realizar una evaluación de rasgos y trastornos de la personalidad entre pacientes TOC resultaría beneficioso para planear la estrategia terapéutica y prevenir factores de riesgo asociados a un empeoramiento de los síntomas TOC.

### **1.3. Objetivos**

Esta revisión surge a partir de la observación de vacíos en la literatura existente sobre la relación entre personalidad y TOC. En particular, se han identificado:

1. Estudios limitados en población adulta, ya que la mayoría están destinados al estudio de esta relación en población joven o adolescente.
2. Escasez de estudios que analicen la relación entre variables de personalidad como patrones o creencias de pensamiento y rasgos de la personalidad y TOC, más allá de los modelos de personalidad, concretamente el Big Five, que ha sido el más estudiado.
3. Necesidad de actualizar la información publicada, dado que no existen revisiones desde hace más de una década.

Por ello, esta revisión pretende aportar información novedosa y relevante sobre la relación entre rasgos y otras variables de la personalidad como predictores de mejora o empeoramiento del TOC o los síntomas OC en adultos para contribuir a aumentar el conocimiento sobre el tema, establecer factores de protección y de riesgo, estudiar la importancia de evaluar estas variables en el TOC y mejorar las estrategias terapéuticas existentes.

Este trabajo se alinea con dos Objetivos de desarrollo sostenible (ODS), impulsados por las Naciones Unidas como parte de la Agenda 2030, los cuales promueven acciones beneficiosas para la sostenibilidad del planeta y el bienestar humano. Concretamente, esta revisión contribuye al ODS 3 (Salud y bienestar), porque aborda una problemática de salud mental cuyo propósito final es incrementar la eficacia y personalización en las intervenciones y tratamientos asociados al TOC, favoreciendo la comprensión sobre los factores psicológicos asociados e incentivando el acceso a atención psicológica especializada. Asimismo, esta investigación también es congruente con el ODS 4 (Educación de calidad) porque pretende enriquecer el conocimiento de profesionales de la salud mental sobre el abordaje de este trastorno,

aportando información actualizada y útil tanto para la evaluación como para la intervención clínica en casos de TOC (Naciones Unidas, 2015).

Para la selección de artículos, fue necesario realizar primero una búsqueda de bibliografía sobre la relación entre personalidad y TOC, creando así un marco teórico que sustentase el motivo de la presente revisión.

## **2. MÉTODO**

### **2.1. Diseño**

Este trabajo sigue un diseño de revisión sistemática, para la que se han seguido las directrices de la declaración PRISMA 2020 (*Preferred Reporting Items for Systematic reviews and Meta-Analyses*) (Page et al, 2021). La pregunta de investigación es: ¿Qué impacto tienen los diferentes rasgos, esquemas o perfiles de personalidad en adultos que padecen TOC o sintomatología característica?

### **2.2. Fuentes de datos**

Las búsquedas se realizaron a través de cinco bases de datos: Web of Science (Core Collection), SCOPUS (Elsevier), Medline (PubMed), PsycINFO (ProQuest) y Dialnet. El periodo de tiempo en el que fueron consultadas comprendió el 11 y el 21 de diciembre de 2024, siendo esta la última vez que fueron consultadas y cuando terminaron de trasladarse todos los resultados al gestor bibliográfico que se usaría para el filtraje.

### **2.3 Estrategia de búsqueda**

La estrategia de búsqueda combinó los términos relacionados con la pregunta de investigación y se realizó filtrando por los títulos para que fuese lo más restrictiva posible. Sin embargo, no se aplicaron otros filtros ni límites en la búsqueda con el fin de explorar en primera instancia la mayor cantidad de datos posibles, si bien, dada la cantidad de artículos encontrados, finalmente solo se incluyeron los artículos de los últimos 10 años. La operación de búsqueda final fue: ("*obsessive-compulsive disorder*" OR "*OCD*") AND ("*personality*").

### **2.4. Criterios de elegibilidad**

En esta revisión sistemática se incluyeron todos los estudios que proporcionaban información sobre la relación entre rasgos de personalidad y TOC. Sin embargo, la estrategia de elección de los artículos fue llevada a cabo basándose en una serie de criterios de inclusión y exclusión decididos tanto por las posibilidades de investigación como por el mero interés de conocimiento. Los criterios de inclusión fueron los siguientes:

- Población con TOC o síntomas obsesivos compulsivos.
- Población adulta (mayor de 18 años).
- Estudios que investiguen rasgos de personalidad, incluyendo aquellos que, aunque hablen de trastornos de personalidad, incluyan información valiosa sobre los rasgos que los caracterizan y su relación con el TOC, sin contemplar el trastorno en sí mismo.
- Año de publicación igual o posterior a 2013, para asegurar la información actualizada.
- Publicaciones en inglés o español.

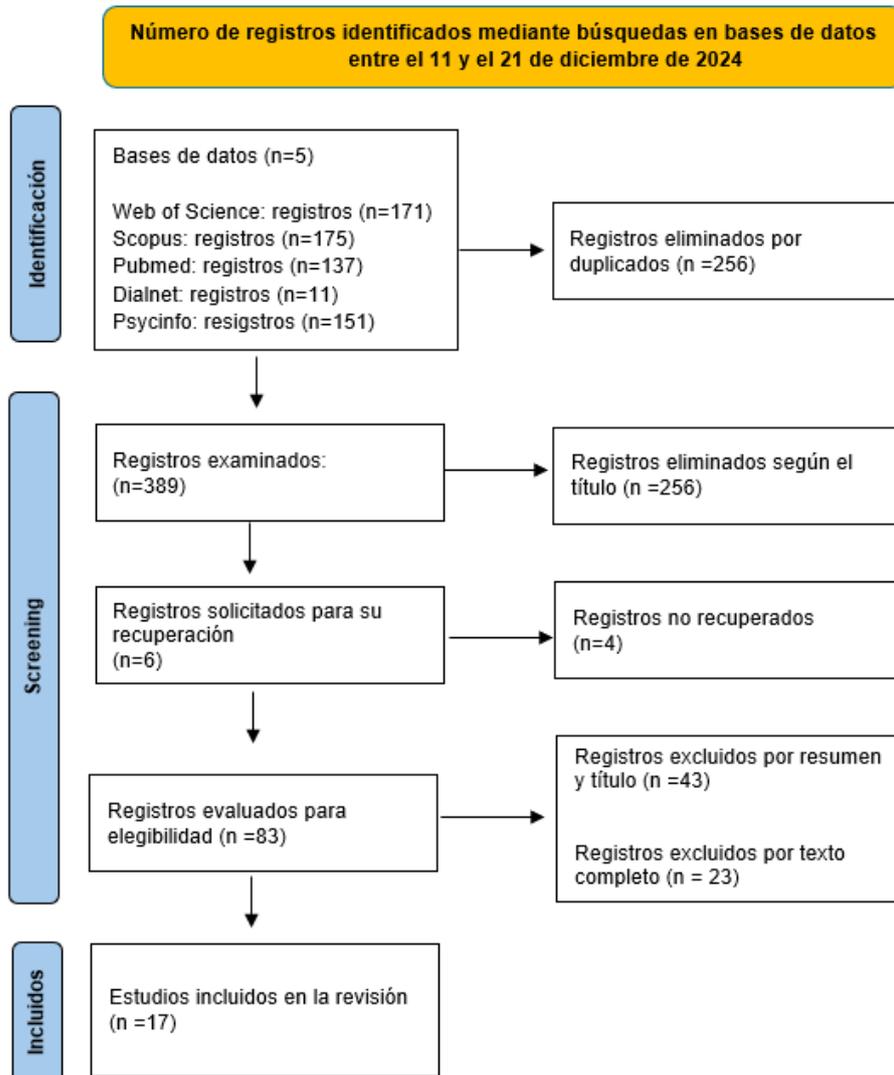
Como criterios de exclusión, se definieron los siguientes:

- Estudios que se centren exclusivamente en el diagnóstico de trastornos de la personalidad.
- Población menor a 18 años.
- Año de publicación inferior a 2013.
- Publicaciones en un idioma diferente al inglés o español
- Estudios de casos, tesis doctorales u otros trabajos universitarios.

## **2.5. Gestión de datos**

Tras realizar las búsquedas correspondientes en las bases de datos mencionadas, se utilizó el gestor bibliográfico Mendeley para agilizar su almacenamiento y cribado. Podemos observar este proceso en el diagrama de flujo (Figura 1). Primero, se exportaron absolutamente todos los resultados identificados a partir de la operación de búsqueda elegida en las diferentes bases de datos mencionadas. En segundo lugar, se eliminaron todos los duplicados. El total de artículos exportados a Mendeley fue de 645, de los cuales 171 procedían de Web of Science, 175 de Scopus, 137 de Pubmed, 11 de Dialnet y 151 de Psycinfo, quedando 389 tras eliminar duplicados. A continuación, se aplicaron los criterios de inclusión y exclusión basándose en la lectura de título y abstract; teniendo en cuenta si la relación descrita en el título se correspondía con el interés de la investigación y no integraba ya en sí mismo uno de los criterios de exclusión. Tras desechar los que no cumplían los criterios de elegibilidad según el título, quedaron 83. Tras leer el resumen aplicando criterios de inclusión y exclusión se seleccionaron 40 artículos, siendo los restantes descartados en su mayoría por no centrarse en la relación entre rasgos o variables de personalidad y TOC y por el criterio de año de publicación. Por último, se hizo una revisión a texto completo a partir del cual quedaron 17 artículos sobre los que trabajar. Los motivos por los que se descartaron los artículos en esta última fase se dividieron entre no cumplir el criterio

de mayoría de edad, la metodología o el idioma. El número de estudios que fueron eliminados en cada fase se detalla en la Figura 1 (diagrama PRISMA).



**Figura 1.**

*Diagrama de flujo*

## 2.6. Extracción de datos y codificación

Como se describe anteriormente, la ecuación de búsqueda final incluye como primera variable “*obsessive-compulsive disorder/OCD*”, que se refiere a un trastorno caracterizado por pensamientos intrusivos recurrentes a los que llamamos obsesiones y comportamientos repetitivos a los que denominamos compulsiones. Sin embargo, esta variable incluye no sólo el trastorno, sino también síntomas obsesivos compulsivos.

La segunda variable “personality” se refiere a rasgos de personalidad; es decir, características estables que modulan la conducta de las personas. Para incluir esta última variable, se han tenido en cuenta estudios que miden rasgos de personalidad a través de pruebas psicológicas y los que detallan rasgos de personalidad en población con un trastorno de la personalidad, aunque sin tener en cuenta el diagnóstico. Concretamente, las variables de personalidad incluidas en esta revisión son: 1) rasgos de personalidad como narcisismo, amabilidad, extraversión, responsabilidad, emocionalidad, culpa, perfeccionismo, rigidez, impulsividad cognitiva, neuroticismo, escurpulosidad; 2) rasgos de personalidad obsesiva y creencias de peligro y perfección 3) esquemas desadaptativos como el abandono, la privación emocional, la desconfianza o estándares inalcanzables, entre otros, que funcionan como patrones de pensamiento y comportamientos disfuncionales y 4) rasgos característicos de diferentes trastornos de los clústeres C y B de la personalidad.

### **2.7. Evaluación de la calidad metodológica**

Para evaluar la calidad metodológica de los estudios que conforman esta revisión se ha utilizado la MMAT (*Mixed Methods Appraisal Tool*), una herramienta que permite medir estudios con diferentes metodologías, como es el caso de esta revisión. Del total de 17 estudios, nos encontramos con que 15 son transversales y sólo dos longitudinales (Law et al., 2024 y Zhang et al., 2024), por eso, se han utilizado dos listas de chequeo diferentes para la evaluación de la calidad metodológica. Para los estudios transversales los regimos por los criterios metodológicos de “estudios cuantitativos descriptivos”, mientras que para los estudios longitudinales se usan los criterios metodológicos de “estudios cuantitativos no aleatorizados”. A continuación, se exponen los criterios de cada categoría de estudios:

Para los estudios cuantitativos descriptivos (Bowen et al., 2015; Bulli et al., 2016; Calero Vivas et al., 2019; Davoudi et al., 2024; Kart y Yucens, 2020; Lisi et al., 2024; Mroczkowski et al., 2016; Paast et al., 2016; Pinto et al., 2015; Samuels et al., 2020; Shariatzadeh et al., 2015; Tang et al., 2018; Tarafder y Mukhopadhyay, 2015; Tinella et al., 2023 y Tinella et al., 2024):

1. ¿Es relevante la estrategia de muestreo para abordar la pregunta de investigación?: se refiere a la forma de selección de la muestra, si se trató de un muestreo probabilístico o no probabilístico.
2. ¿La muestra es representativa de la población objetivo?: entendiendo que debe coincidir la población objetivo con la población finalmente encuestada y que el estudio debe describir de forma clara los criterios de elegibilidad.

3. ¿Son adecuadas las mediciones?: se valora que las variables de cada estudio estén correctamente definidas y las medidas que se utilicen para analizarlas sean apropiadas según cada pregunta de investigación.
4. ¿Es bajo el riesgo de sesgo de falta de respuesta?: referido a si los datos obtenidos mantienen relación con la población objetivo, fijándose en quiénes no han participado o no respondieron.
5. ¿Es el análisis estadístico adecuado para responder a la pregunta de investigación?: si han sido elegidos acorde al tipo de diseño y pregunta de investigación.

Para los estudios cuantitativos no aleatorizados (Law et al., 2018 y Zhang et al., 2024):

1. ¿Los participantes son representativos de la población objetivo?: debe haber una descripción clara de la población objetivo y cierta concordancia con los criterios de elegibilidad.
2. ¿Son apropiadas las mediciones en relación con el resultado, así como con la intervención?: se analiza si las variables están correctamente definidas y las herramientas o medidas que se han usado para analizarlas son apropiadas para ello.
3. ¿Hay datos completos de los resultados?: se refiere a si todos o la mayoría de los participantes han participado.
4. ¿Se tienen en cuenta los factores de confusión en el diseño y el análisis?: con factores de confusión se refiere a aquellos que predicen el resultado del estudio y se controla utilizando métodos como la regresión o la estandarización, entre otros.
5. Durante el período del estudio, ¿se administra la intervención (o se produce la exposición) según lo previsto?: se considera si los participantes han sido tratados de forma consistente con lo previsto y se analiza si ha podido haber contaminación, como puede ocurrir por ejemplo cuando un grupo control se expone de forma accidental o indirecta a la intervención.

Dado que la MMAT no propone una valoración global (alta, media o baja), para una mejor comprensión de los datos, se establecieron los rangos especificados en la Tabla 1.

**Tabla 1**

*Baremo de la calidad metodológica de los títulos seleccionados*

Criterios cumplidos	Valoración global
---------------------	-------------------

4 o 5	Alta
3	Moderada
2 o menos	Baja

En la Tabla 2 se presenta la totalidad de estudios transversales y los criterios específicos que cumplen indicando con “sí” cuando se cumplen, con “no” cuando no se cumplen y con “no se conoce”, cuando no hay información al respecto. En la Tabla 3 se presentan los estudios longitudinales y los criterios específicos que cumplen. Concretamente, de 17 estudios incluidos, 6 presentan calidad metodológica alta (Davoudi et al., 2024; Bowen et al., 2015; Law et al., 2018; Mroczkowski et al., 2016; Samuels et al., 2020 y Zhang et al., 2024), 7 calidad metodológica moderada (Bulli et al., 2016; Kart y Yucens, 2020; Lisi et al., 2024; Pinto et al., 2015; Tang et al., 2018; Tinella et al., 2023 y Tinella et al., 2024) y sólo 4 muestran una calidad metodológica baja (Calero Vivas et al., 2019; PAAST et al., 2016; Shariatzadeh et al., 2015 y Tarafder y Mukhopadhyay, 2015).

**Tabla 2**

*Criterios cumplidos por los estudios transversales*

Estudios	Criterio 1	Criterio 2	Criterio 3	Criterio 4	Criterio 5	Calidad metodológica
Tarafder y Mukhopadhyay, (2015)	No	No	Sí	No se conoce	Sí	Baja
Shariatzadeh et al. (2015)	No	No	Sí	No se conoce	Sí	Baja
Pinto et al. (2015)	Sí	No	Sí	No se conoce	Sí	Moderada
Bowen et al. (2015)	Sí	Sí	Sí	No se conoce	Sí	Alta
PAAST et al. (2016)	No	No	Sí	No se conoce	Sí	Baja
Mroczkowski et al., (2016)	Sí	Sí	Sí	No se conoce	Sí	Alta
Bulli et al. (2016)	Sí	No	Sí	No se conoce	Sí	Moderada
Tang et al. (2018)	Sí	No	Sí	No se conoce	Sí	Moderada

Calero Vivas et al. (2019)	No	No	Sí	No se conoce	Sí	Baja
Samuels et al. (2020)	Sí	Sí	Sí	No se conoce	Sí	Alta
Kart y Yucens (2020)	Sí	No	Sí	No se conoce	Sí	Moderada
Tinella et al. (2023)	Sí	No	Sí	No se conoce	Sí	Moderada
Tinella et al. (2024)	Sí	No	Sí	No se conoce	Sí	Moderada
Lisi et al. (2024)	Sí	No	Sí	No se conoce	Sí	Moderada
Davoudi et al. (2024)	Sí	Sí	Sí	No se conoce	Sí	Alta

**Tabla 3**

*Criterios cumplidos por los estudios longitudinales*

Estudios	Criterio 1	Criterio 2	Criterio 3	Criterio 4	Criterio 5	Calidad metodológica
Law et al. (2018)	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Alta
Zhang et al. (2024)	Sí	No	Sí	Sí	Sí	Alta

### 3. RESULTADOS

#### 3.1. Selección de estudios

En la Tabla 4 se presenta la síntesis de las características de los estudios incluidos en la presente revisión. En cuanto al país de origen, los 17 estudios que conforman esta revisión se desarrollan en 11 países: Estados Unidos (n = 4), Irán (n = 3), Canadá (n = 2), Reino Unido (n = 1), Italia (n = 2), Israel (n = 1), India (n = 1), Taiwán (n = 1), Turquía (n = 1), España (n = 1) y China (n = 1). Cabe destacar que el número total supera a 17 porque los estudios de Bowen et al. (2015) y Tinella et al. (2024) se desarrollan en más de un país.

En la mayoría de los estudios se realizó un tipo de muestreo no probabilístico y el tamaño muestral fue muy variable entre estudios, oscilando en un rango de 70 a 705 participantes. La muestra más pequeña correspondió al estudio de Paast et al. (2016), con 70 participantes, mientras que la más grande fue la de Samuels et al. (2020), con 705 participantes. Por otro lado, se observa que 7 estudios utilizaron muestras clínicas exclusivamente (Bulli et al.,

2016; Law et al., 2023; Mroczkowski et al., 2016; Samuels et al., 2020; Shariatzadeh et al., 2015; Tang et al., 2018; Tarafder y Mukhopadhyay, 2015), mientras que 7 estudios incluyeron tanto muestras clínicas como controles sanos (Bowen et al., 2015; Davoudi et al., 2024; Kart y Yucens, 2020; Lisi et al., 2024; PAAST et al., 2016; Pinto et al., 2015; Zhang et al., 2024). Además, hubo 3 estudios que se realizaron exclusivamente en muestras no clínicas (Calero Vivas et al., 2019; Tinella et al., 2023; Tinella et al., 2024). En los estudios con muestras clínicas exclusivamente, el tamaño de la muestra osciló entre 159 y 705 participantes, mientras que, en los estudios con muestras clínicas y controles sanos, la muestra más grande es la de Davoudi et al. (2024) con 609 participantes.

Respecto a la edad de los participantes, se obtiene una edad media de 34,8 años, destacando en cuanto a variabilidad los estudios de Mroczkowski et al. (2016), que incluyó participantes con un rango de edad mucho más amplio, de 18 a 95 años.

Respecto a la distribución de género de las muestras, en algunos estudios la muestra estuvo mayoritariamente compuesta por mujeres (Calero Vivas et al., 2019; Davoudi et al., 2024; Kart y Yucens, 2020; PAAST et al., 2016; Pinto et al., 2015; Mroczkowski et al., 2016; Samuels et al., 2020; Tang et al., 2018; Tinella et al., 2023). Sin embargo, destaca entre todos el de Tinella et al. (2023), donde el 81.7% de los participantes eran mujeres. En otros estudios, la distribución de género fue más equitativa, como en Davoudi et al. (2024), donde la muestra clínica incluía 83 hombres y 73 mujeres con TOC de comprobación, y 66 hombres y 117 mujeres con TOC de limpieza. El estudio de Law et al. (2024) fue el único que no reportó la incidencia de hombres y mujeres entre los participantes.

Sobre el diseño de los estudios, se encuentra un predominio de estudios transversales (n=16) frente a sólo dos longitudinales: Law et al. (2024) y Zhang et al. (2024). La duración del seguimiento longitudinal en Law et al. (2024) se extiende hasta 12 años; sin embargo, el informe actual se basa en datos prospectivos de tres años recopilados sobre los participantes que completaron la entrevista correspondiente. Por otra parte, el estudio de Zhang et al. (2024) presenta un seguimiento considerablemente más corto, concretamente de 12 semanas durante las cuales se realizaron evaluaciones en las semanas 0, 2, 4, y 8 para analizar la evolución de los síntomas TOC.

En relación con los instrumentos de evaluación, los estudios reflejan gran variedad de herramientas y pruebas psicométricas para evaluar variables de personalidad y creencias disfuncionales en relación con el TOC, siendo las más repetidas el Inventario de Personalidad NEO (NEO-PI-R y NEO-FFI-3) en Lisi et al. (2024), Mroczkowski et al., (2016) Samuels et al. (2020)

y el Inventario de Cinco Factores NEO (NEO-FFI) en Calero Vivas et al. (2019), Law et al. (2023), Samuels et al. (2020) y Tarafder y Mukhopadhyay, (2015). Para identificar o evaluar la existencia de Trastorno Obsesivo Compulsivo (TOC) o de síntomas obsesivo-compulsivos (OC), se han utilizado diferentes herramientas de diagnóstico y manuales para la categorización y valoración de síntomas. Todos los artículos excepto los de Tinella et al. (2023, 2024) se han basado en los criterios diagnósticos del DSM-V o el CIE-10 o han realizado entrevistas clínicas estructuradas para evaluar la presencia de trastornos del DSM (SCID-I; SCID-II y SCID-5-RV) y CIE-10 (CIS-R) en los participantes, concretamente para el diagnóstico de TOC. Asimismo, varios de los artículos (Bulli et al., 2016; Davoudi et al., 2024; Kart y Yucens, 2020; Law et al., 2024; Mroczkowski et al., 2016; Tarafder et al., 2015) utilizan también instrumentos para medir la gravedad de los síntomas TOC como la Escala Obsesivo-Compulsiva de Yale Brown (Y-BOCS). Para evaluar las dimensiones y subtipos de síntomas TOC, se han empleado la Escala Dimensional Obsesivo-Compulsiva (DOCS) y el Inventario de Trastorno Obsesivo-Compulsivo Revisado (OCI-R). Además, se incluye algún caso que examina tipos de TOC específicos mediante otros instrumentos de autoinforme como el Inventario de Obsesión Compulsiva Relacionada (ROCI) y el Inventario de síntomas obsesivo-compulsivos relacionados con la pareja (PROCSI), donde los participantes describen sus experiencias personales relacionadas con pensamientos y comportamientos OC.

Los estudios revisados emplearon distintos enfoques para analizar la relación entre el TOC y la personalidad. Todos analizaron de una forma u otros rasgos de la personalidad, sin embargo, algunos como Law et al. (2023), Lisi et al. (2024) y Samuels et al. (2020) lo hicieron a través de modelos estructurados como el Big Five (Big Five/NEO-FFI) y otros mediante la evaluación de dimensiones más específicas de la personalidad, como Bowen et al. (2015), Paast et al. (2016), Pinto et al. (2015), Tang et al. (2018), Tarafder et al. (2015), Tinella et al. (2023) y Tinella et al. (2024), que evaluaron la relación mediante rasgos y dimensiones específicas, como la inestabilidad emocional, el perfeccionismo, la baja tolerancia a la frustración, narcisismo, paranoia, miedo a la culpa o la alexitimia. Por otra parte, Davoudi et al. (2024) y Kart y Yucens (2020) realizaron un análisis de creencias de personalidad entre las que incluían “creencias de perfección y peligro” y creencias asociadas a los diferentes tipos de personalidad patológica. Por su parte, Shariatzadeh et al. (2015) llevaron a cabo un análisis del impacto de los esquemas desadaptativos para el TOC mediante el Cuestionario de Esquemas de Young – Forma Corta (YSQ-SF). Bulli et al. (2016), por su lado, realizó asociaciones de diferentes trastornos de la personalidad comórbidos en grupo con las dimensiones de síntomas específicos del TOC.

El conjunto de resultados que componen los diferentes artículos explorados para la presente revisión revela que existen rasgos, esquemas, perfiles o estilos de personalidad que funcionan como factores protectores, combatiendo o mejorando los síntomas OC o el trastorno en sí, y otros que funcionan como factores de riesgo, que por el contrario empeoran los síntomas obsesivos compulsivos. Además, para agrupar estas variables de personalidad, se considera importante estudiar si existe alguna diferencia en cómo estos interactúan según los distintos tipos de TOC que se mencionan en esta revisión. A continuación, se describen los resultados agrupados por modelos de personalidad. Para clarificar el impacto de cada una de las variables de personalidad que se analizan respecto al TOC y los síntomas OC, se presenta un resumen en la Tabla 5.

**Tabla 4***Características de los estudios incluidos*

Referencia	Muestra	Diseño del estudio	Grupo control	Evaluación Rasgos de personalidad	Principales resultados
Tarafder y Mukhopadhyay (2015)	50 pacientes con TOC. M edad: 27,63 años. Género: 25 hombres y 25 mujeres (50%).	Transversal	No	Inventario de cinco factores NEO (NEO-FFI)	Los síntomas y la gravedad del TOC se asocian a más neuroticismo y menos conciencia y extraversión. La baja amabilidad incrementa los síntomas OC.
Shariatzadeh et al. (2015)	140 participantes con diferentes diagnósticos. M edad = 27 años (rango 20-40 años). Género: 65 mujeres (46%) y 75 hombres (54%).	Transversal	Si	Cuestionario de Esquemas de Young-Forma Corta (ySQ-SF)	Los pacientes con TOC y TOCP presentan más esquemas desadaptativos que las personas sanas. El perfeccionismo y la necesidad de control aumentan severidad del TOC.
Pinto et al. (2015)	111 adultos, 27 cumplen criterios diagnósticos de TOC según DSM-V. M edad = 35 años. Género: 65 mujeres (59%) y 46 hombres (41%).	Transversal	No	Cuestionario de perfeccionismo retrospectivo infantil	Los rasgos OC en la infancia son más frecuentes en personas con TOCP y TOC+TOCP. Estos, predicen síntomas específicos en la adultez como: contaminación/limpieza, duda/comprobación y simetría/orden.
Bowen et al. (2015)	Datos de dos encuestas británicas de morbilidad psiquiátrica en adultos (APMS), realizadas en 2000 y 2007. Número no especificado. M edad = 37 años (rango 16-74 años en el 2000 y 16 o más en el 2007). Género: 60% mujeres y 40% hombres.	Transversal	No	Entrevista Clínica Estructurada (SCID-II)	La inestabilidad emocional se asocia fuertemente con el TOC. Cuantos más rasgos de TOCP, más probabilidad de inestabilidad emocional.

PAAST et al. (2016)	70 participantes, 20 con TOC, 25 con TOCP y 25 controles. M = 35 años (rango 20-50 años). Género: 48 mujeres (69%) y 22 hombres (31%).	Transversal	Si	Inventario clínico multiaxial de Millon-III (MCMI-III)	Los pacientes con TOC tienen peor desempeño en tareas de función ejecutiva (planificación y flexibilidad cognitiva) debido a su perfeccionismo y poca tolerancia a la incertidumbre.
Mroczkowski et al. (2016)	509 participantes reclutados durante el Estudio Genético Colaborativo del TOC. M edad = 56,5 años (rango 18-95 años). Género: 357 mujeres (70%) y 152 hombres (30%)	Transversal	No	Inventario de Personalidad NEO Revisado (NEO PI-R)	Los rasgos de personalidad dependiente e introvertida aumentan la vulnerabilidad a trastornos de ansiedad en personas con TOC.
Bulli et al. (2016)	159 pacientes con un diagnóstico primario de TOC. M edad = 34,6 años. Género: hombres (54%) y mujeres (46%)	Transversal	No	Entrevista clínica estructurada para los trastornos de la personalidad del Eje II del DSM-IV versión 2.0 (SCID-II)	Los TP del clúster C se relacionan con la alta responsabilidad y algunas compulsiones del TOC. En los del clúster B destaca el narcisista, relacionado con la impulsividad y la compulsividad.
Tang et al. (2018)	272 participantes con TOC. M edad = 38,55 años. Género: 123 hombres (45%) y 149 mujeres (55%).	Transversal	No	Inventario de personalidad de Eysenck (EPI); Escala de Alexitimia de Toronto (TAS-20)	El neuroticismo se asocia a mayor gravedad en el TOC. La conciencia se asocia al TOC limpieza/orden. Relación ambigua entre extraversión y TOC.
Calero Vivas et al. (2019)	Estudiantes universitarios sin número especificado. M edad = 20,98 (rango 18-19 años). Género: mujeres (71%) y hombres (29%).	Transversal	No	Inventario de los cinco factores de la personalidad (NEO-FFI) y su relación con los síntomas OC y Entrevista Clínica Estructurada (SCID-I).	El neuroticismo es el mayor predictor del TOC La amabilidad es considerada como un factor protector. No se encuentra asociación entre conciencia y apertura con los síntomas OC. El procesamiento emocional influye en los síntomas TOC.
Samuels et al. (2020)	705 adultos con TOC que habían participado en estudios familiares y genéticos del trastorno.	Transversal	No	Inventario de Personalidad NEO (NEO PI-R); Inventario de Cinco Factores NEO-3 (NEO-FFI-3)	El neuroticismo se asocia con mayor gravedad del TOC y peor respuesta al tratamiento. La extraversión y la amabilidad favorecen una mejor respuesta al tratamiento.

	<p>M edad = 37 (rango 18-75 años)  Género: 450 mujeres (64%) y 255 hombres (36%).</p>				<p>La responsabilidad se relaciona con síntomas de simetría/orden y menor deterioro clínico.</p>
Kart y Yucens (2020)	<p>202 pacientes con TOC y 76 controles sanos.  M edad = 41,5 (rango 18-65 años).  Género: 121 mujeres (60%) y 81 hombres (40%).</p>	Transversal	Si	Cuestionario breve sobre creencias de personalidad	<p>Las personas con TOC muestran más rasgos de personalidad evitativa, histriónica, paranoide y límite. Los rasgos narcisistas predicen significativamente la gravedad de los síntomas OC.</p>
Tinella et al. (2023)	<p>Resultados de una encuesta en línea administrada a 164 participantes sanos.  M edad = 32,6 (rango 19-60 años).  Género: 134 mujeres (81,7%) y 30 hombres (18,3%).</p>	Transversal	No	Inventario de Personalidad Narcisista (NPI); Escala de Miedo a la Culpa (FOGS); Escala de Persecución y Merecimiento (PADS)	<p>El narcisismo, la paranoia, y el miedo a la culpa aumentan los síntomas del ROCD.</p>
Law et al. (2023)	<p>166 adultos con TOC que buscaban tratamiento.  M edad: 43 años.  Sin información sobre género.</p>	Longitudinal	No	Inventario de cinco factores NEO 3 (NEO-FFI)	<p>El alto neuroticismo y la baja extraversión y escrupulosidad agrava los síntomas TOC. La baja extraversión reduce la probabilidad de remisión.</p>
Tinella et al. (2024)	<p>659 adultos emergentes.  M edad: 24 años.  Sin información sobre género.</p>	Transversal	No	Inventario Big-Five de 10 ítems (10-BFI); Escala de Culpa por Orientación Moral (MOGS)	<p>La amabilidad y la emocionalidad actúan como factores protectores contra los síntomas OC relacionados con las relaciones. La suciedad moral o el miedo a la culpa aumentan estos síntomas.</p>
Lisi et al. (2024)	<p>339 participantes, 239 pacientes ambulatorios con un diagnóstico y 100 controles sanos.  M edad: 39 años.  Género: 168 mujeres (70%) y 71 hombres (30%).</p>	Transversal	Sí	Inventario de Personalidad NEO Revisado (NEO-PI-R)	<p>Los trastornos relacionados con el TOC comparten las características de alto neuroticismo, baja extraversión y conciencia, siendo frecuente la presencia de creencias obsesivas, perfeccionismo e intolerancia a la incertidumbre.</p>

Davoudi et al. (2024)	609* participantes: 333 participantes con TOC (tipo limpieza y comprobación) y 257 sanos. M edad: 29 años. Género: 254 mujeres (42%) y 358 hombres (58%)	Transversal	Sí	Cuestionario de creencias de personalidad-forma corta (PBQ-SF); Cuestionario de creencias obsesivas-44 (OBQ-44)	Los rasgos de personalidad obsesiva y creencias de peligro y perfección aumentan la gravedad del TOC.
Zhang et al. (2024)	51 pacientes con TOC y 35 controles sanos. M edad = 41,5 (rango 18-65 años). Sin información sobre género	Longitudinal, retrospectivo (12 semanas)	Sí	Cuestionario de Personalidad de Eysenck (EPQ)	Más neuroticismo predice una peor respuesta al tratamiento con sertralina, mientras que la extraversión se asocia con mejores resultados en la remisión de síntomas TOC.

---

**Nota.** \*A pesar de que el artículo indica 609 participantes como número total, la suma por género asciende a 612, lo que sugiere una posible errata en la fuente. TOC = Trastorno obsesivo-compulsivo; OC = Obsesivos-Compulsivos; TOCP = Trastorno Obsesivo Compulsivo de la Personalidad; TP = Trastornos de la Personalidad; ROCD = *Relationship Obsessive-Compulsive Disorder*; M = *Media*.

**Tabla 5***Impacto de las variables de la personalidad en el TOC o síntomas OC*

<b>Variable de personalidad</b>	<b>Impacto en el TOC o síntomas OC</b>
Neuroticismo	Actúa como factor de riesgo empeorando o agravando el TOC. Se relaciona con peor respuesta al tratamiento.
Conciencia	Actúa como factor de riesgo en ciertos subtipos de TOC, sobre todo en dimensiones de TOC relacionadas con la limpieza o el orden. Sin embargo, cuando las puntuaciones en conciencia o responsabilidad son más altas, mejoran los síntomas de las dimensiones de tabú o acumulación.
Perfeccionismo	Predictor significativo de la aparición de obsesiones. Aumenta la gravedad de los síntomas TOC, especialmente los relacionados con las dimensiones de simetría/orden y contaminación/ limpieza.
Amabilidad	Se considera un factor protector del TOC en la mayoría de los estudios que lo analizan, aunque en otros no se encuentran diferencias significativas. Puntuaciones bajas en este rasgo podrían incrementar las obsesiones.
Apertura	Tal y como ocurre con la amabilidad, algunos estudios lo consideran un factor protector para el TOC mientras que otros no encuentran relación.
Extraversión	En todos los casos en los que se analiza, se concluye que la extraversión es un factor protector para el TOC, aliviando los síntomas y mejorando la respuesta al tratamiento.
Flexibilidad cognitiva	La población TOC presenta en algunos casos cierta rigidez cognitiva que dificulta el buen desempeño de tareas de planificación y organización, lo que interfiere negativamente con la regulación de obsesiones y compulsiones.
Impulsividad	Este rasgo ha sido vinculado a los rasgos característicos de los trastornos de personalidad del clúster B y se asocia con el empeoramiento del TOC.
Narcisismo	De nuevo se trata de un rasgo muy relacionado con aquellos presentes en los trastornos de personalidad del Clúster B. Vinculado al perfeccionismo y la necesidad de control, lo que contribuye al agravamiento del TOC.
Paranoia	Aumenta la severidad del TOC y ocurre cuando están presentes pensamientos de persecución o peligro.
Miedo a la culpa	Relacionado con el neuroticismo. Incrementa la intensidad de los síntomas OC, produciendo desregulación emocional e influyendo negativamente en el TOC.

**3.2. Neuroticismo e inestabilidad emocional**

El neuroticismo se considera en varios estudios como los de Calero Vivas et al. (2019), Lisi et al. (2024), Law et al. (2023), Samuels et al. (2020), Mroczkowski et al. (2016), Tang et al. (2018) Tarafder y Mukhopadhyay, (2015) y Zhang et al. (2024) como el principal predictor de los síntomas OC, actuando como un factor de riesgo que aumenta la frecuencia y severidad del TOC. Concretamente, Zhang et al. (2024) realizaron un estudio retrospectivo que evaluó cómo los rasgos de personalidad pueden predecir el ajuste al tratamiento con sertralina en individuos con TOC, encontrando que puntuaciones altas en neuroticismo se asociaron a síntomas TOC más

severos. Otros estudios como el de Bowen et al. (2015) no estudian el neuroticismo en sí como rasgo, pero señalan que la inestabilidad emocional aumentaba las probabilidades de padecer TOC, una conclusión en línea con la anterior. A esta última idea se suma Calero Vivas et al. (2019) quienes asumen en su estudio que el neuroticismo implica mayor impulsividad, inestabilidad emocional y presencia de pensamientos negativos.

### **3.3. Conciencia y perfeccionismo**

Otros estudios han analizado la interacción entre el rasgo consciencia, referido a ser meticuloso, ordenado, responsable o disciplinado, y el TOC o los síntomas OC. Las conclusiones respecto a esta relación plantean que este rasgo podría funcionar como factor de riesgo especialmente en los síntomas más relacionados con el orden, la limpieza o el control, sin embargo, los resultados son más dispares que los hallazgos respecto al neuroticismo. Estudios como el de Mroczkowski et al. (2016) y Tang et al. (2018) respaldan la idea de que la presencia de escrupulosidad o responsabilidad incrementa la severidad y frecuencia de los síntomas OC, sobre todo en los síntomas relacionados con la dimensión de limpieza y orden del TOC (Tang et al., 2018). Sin embargo, Lisi et al. (2024) encuentran que los grupos TOC y relacionados, especialmente el grupo de Trastorno por Acaparamiento Compulsivo, obtienen puntuaciones más bajas en el rasgo “escrupulosidad”, aspecto congruente con lo que sostiene el estudio de Samuels et al. (2020), quienes refuerzan la idea de que los síntomas de simetría y orden empeoran cuando las puntuaciones en responsabilidad o consciencia son más altas, a la vez que los de tabú o acumulación mejoran. Por otra parte, Tarafder y Mukhopadhyay (2015), que observaron que el grupo con TOC obtiene puntuaciones más bajas en escrupulosidad o consciencia respecto a los controles, explican que, aunque las personas con TOC exhiban comportamientos caracterizados con alta escrupulosidad como el orden o el perfeccionismo, en la práctica, las obsesiones y compulsiones limitan su percepción de competencia y eficiencia, lo que hace que las personas con TOC subestimen sus propias habilidades y se perciban a sí mismas como poco meticulosas. Este estudio señala que la baja escrupulosidad reportada en el grupo con TOC puede estar más relacionada con su percepción subjetiva que con su conducta objetiva. En contraposición a todo lo anterior, encontramos que en el estudio de Calero Vivas et al. (2019) no se encuentra una relación significativa entre síntomas OC y escrupulosidad.

### **3.4. Amabilidad y apertura**

En cuanto a las conclusiones sobre cómo se relacionan los rasgos de amabilidad y apertura con el TOC o los síntomas OC, la literatura se divide entre estudios que reportan puntuaciones más bajas de estos rasgos en población TOC respecto a la población normativa y

consideran, por lo tanto, que la presencia de este rasgo supone un factor protector frente al trastorno y los síntomas que se analizan ( Law et al., 2023; Tinella et al., 2024 y Samuels et al., 2020); y estudios que no encuentran diferencias significativas, como el de Lisi et al. (2024) y el de Tarafder y Mukhopadhyay, (2015). Sin embargo, en este último estudio sí se comprobó que individuos con baja amabilidad mostraron una mayor tendencia a desarrollar síntomas obsesivos, sugiriendo nuevamente que la amabilidad actúa como factor protector ante síntomas de este tipo. Por otro lado, el estudio de Calero Vivas et al. (2019) sí encuentra asociación entre amabilidad y síntomas OC, especificando que la baja amabilidad con menos empatía, cooperación o sociabilidad en mujeres y la presencia de pensamientos “inaceptables” en hombres, pero no encuentra relación significativa entre estos síntomas y el rasgo de apertura.

### **3.5. Extraversión**

Otro rasgo muy presente en los estudios tenidos en cuenta para la realización de esta revisión es la extraversión. Los hallazgos son bastante concluyentes respecto a su relación con el TOC o síntomas característicos del trastorno, considerando que la presencia o las puntuaciones altas de extroversión favorecen a la remisión, la disminución en la intensidad de los síntomas e inferior gravedad del trastorno, siendo entonces, un factor protector. Numerosos estudios respaldan esta cuestión, encontrando evidencia de ello a partir de sus resultados, indicadores en algunos casos, de que la población TOC obtiene puntuaciones más bajas en extraversión respecto a los controles, y en otros, que las personas más extrovertidas mantienen una relación favorable con los síntomas obsesivo compulsivos, atenuándolos (Lisi et al., 2024; Law et al., 2023; Mroczkowski et al., 2016; Samuels et al., 2020; Tang et al., 2018; Tarafder y Mukhopadhyay, 2015; Zhang et al. 2024). En concreto, Zhang et al. (2024) identificaron en su estudio que la presencia de extraversión se relaciona con una mejor respuesta al tratamiento con sertralina, lo que contribuye a la adaptación y mejora de síntomas OC.

Por otro lado, Tang et al. (2018), además de afirmar que la extraversión mejoraba los síntomas obsesivos compulsivos, también plantearon que, a menor extraversión, las personas padecían más evitación social y síntomas relacionados con la ansiedad. Otro apunte interesante a esta relación fue el aportado por Lisi et al. (2024), cuyos resultados indicaron que hubo una excepción en los grupos TOC la cual no obtuvo puntuaciones bajas en extraversión: el grupo de Tricotilomanía. Este grupo y el de Dermatilomanía, mostraron además puntuaciones altas en apertura, en sintonía con lo anterior, ya que la extraversión y la apertura son rasgos bastante relacionados. Además, en Mroczkowski et al., (2016), también se hace alusión a los rasgos de personalidad introvertidos o dependientes, los cuales actúan como factor de riesgo para los

síntomas obsesivos compulsivos y otros trastornos de ansiedad. Sólo un estudio (Calero Vivas et al., 2019) no encuentra relación entre extraversión y síntomas OC.

### **3.6. Otras variables de personalidad**

No solo se ha analizado la interacción entre TOC o síntomas OC y los rasgos de personalidad que conforman el Modelo de los Cinco Grandes de la Personalidad (Neuroticismo, Amabilidad, Apertura, Extraversión, y Escrupulosidad o Responsabilidad), sino que han sido de interés también otros rasgos como la flexibilidad cognitiva, la impulsividad, el narcisismo, la paranoia, la alexitimia o el miedo a la culpa. El grupo TOC se mostró vulnerable ante todos estos rasgos respecto al grupo control en cada uno de los estudios que lo analizan.

Los pacientes con TOC fueron más inflexibles y tuvieron más dificultades en las habilidades de planificación (Paast et al., 2016). En el estudio de Tinella et al. (2023), se concluyó que los rasgos de miedo a la culpa, la paranoia y el narcisismo, están asociados a un empeoramiento de los síntomas TOC, considerándolos factores de riesgo. Por otra parte, Bulli et al. (2016), además de coincidir en que los rasgos narcisistas están presentes en el TOC, añade a esta teoría que la impulsividad y la percepción de gravedad están vinculadas a los rasgos característicos de los trastornos de personalidad del clúster B y, Calero Vivas et al. (2019) hace referencia a la asociación entre el neuroticismo y el miedo a la culpa. La alexitimia es analizada por Tang et al. (2018), quienes evaluaron dimensiones de este rasgo tales como: dificultad para identificar sentimientos (DIF), dificultad para describir sentimientos (DDF) y pensamiento orientado externamente (EOT). Los resultados para cada una de estas dimensiones revelan que están asociadas a la presencia de obsesiones en el TOC, pero no tienen relación con las compulsiones.

Algunos de los estudios incluidos destacan la relevancia de ciertos perfiles de personalidad en el curso y gravedad del TOC y los síntomas OC. Es el caso de Davoudi et al. (2024) y Kart y Yucens (2020), que ponen de manifiesto la relación entre rasgos de tipo narcisista y obsesivo compulsivos y el empeoramiento del TOC. Concretamente, las creencias obsesivas relacionadas con la percepción de peligro y el deseo o necesidad de perfección suponen un factor de riesgo para el TOC, sobre todo para subtipos específicos como el de comprobación y contaminación o limpieza. Muy relacionado con lo anterior, Shariatzedeh et al. (2015) encuentran que los pacientes con TOC obtienen puntuaciones más altas en ciertos esquemas mentales desadaptativos como esquemas de vulnerabilidad, de privación emocional o de perfeccionismo y estándares inalcanzables. Estos resultados sugieren que estos rasgos o

esquemas agravan los síntomas OC y pueden influir en mayor o menor medida según el subtipo de TOC con el que interactúen.

Teniendo en cuenta que existen varios subtipos de TOC, podemos observar a partir de los resultados expuestos en estudios como los de Davoudi et al. (2024) y Tang et al. (2018) que, en sintonía con los hallazgos anteriores, las ideas obsesivas de limpieza, perfeccionismo o control tienen un impacto diferente según el tipo de TOC en el que actúan: el perfeccionismo orientado a estándares inalcanzables y la necesidad de control suponen un factor de riesgo para el subtipo comprobación y orden/simetría, y el perfeccionismo más relacionado con la limpieza y el orden exacerban los síntomas del subtipo contaminación o limpieza. El estudio de Pinto et al. (2015) refuerza las conclusiones anteriores al mostrar que, la presencia de rasgos como el perfeccionismo, la necesidad del orden o la inflexibilidad en la infancia pueden predecir el inicio temprano del TOC en la adultez, empeorando los síntomas relacionados, sobre todo en los subtipos específicos de TOC que nombran los artículos anteriores: contaminación o limpieza, comprobación y simetría-orden. Sin embargo, no se han encontrado referencias en cuanto a la influencia de estos rasgos en otros subtipos nombrados anteriormente como acaparamiento o acumulación, aunque muy relacionado con esto estaría el hallazgo anteriormente expuesto de Samuels et al. (2020), que asociaron puntuaciones más altas en conciencia o escrupulosidad con la mejora de estos síntomas. Las diferencias en la intensidad de estos rasgos indican que los perfiles y rasgos de personalidad adquieren bastante protagonismo en la manifestación del TOC y los síntomas OC.

### **3.7. Relación entre Trastornos de Personalidad y TOC**

Para conocer qué rasgos de la personalidad impactan de forma positiva o negativa en el TOC, algunos de los estudios han querido vincular estos rasgos a los clústeres de trastornos de la personalidad con el propósito de observar qué rasgos presentes en el TOC guardan más relación con los trastornos de personalidad. En el caso del rasgo “responsabilidad o escrupulosidad”, el cual hemos demostrado anteriormente su influencia en la sintomatología obsesiva-compulsiva se observa que está sobre todo presente en el clúster C (Bulli et al., 2016). Sin embargo, no es el único, puesto que se añaden otros como el perfeccionismo y la preocupación por el orden, también muy presentes en el TOC.

## **4. DISCUSIÓN**

La presente revisión tenía como objetivo aportar información actualizada sobre la relación o impacto de diferentes variables de personalidad en el TOC y en los síntomas OC. Para

ello, se trató de entender cómo interactúan ciertos rasgos de la personalidad y esquemas o patrones de creencias en la manifestación, curso o posibilidad de remisión de este trastorno; tratando de identificar cuales actúan como factores protectores y cuáles actúan como factores de riesgo. A partir de los resultados obtenidos se pretende establecer conclusiones que amplíen la información acerca de este trastorno, sirvan de guía sobre su abordaje y ayuden a los profesionales de la salud mental a diseñar estrategias y planes de intervención que contemplen estos elementos como barreras o facilitadores para una mayor eficiencia y éxito posible. Los hallazgos de esta revisión reflejan cierto consenso sobre la conexión entre personalidad y TOC y sobre el impacto de algunos de los rasgos de personalidad en el empeoramiento o mejora de este trastorno, tal y como observaban estudios previos como el de Alonso et al. (2008) o Rees et al. (2014).

Los resultados obtenidos confirman la relación entre ciertos rasgos de la personalidad y el TOC, comenzando por el neuroticismo. La relación entre el neuroticismo y el TOC es clara, concluyendo que el neuroticismo influye negativamente en el TOC, empeorando los síntomas OC y prediciendo una peor respuesta al tratamiento (Calero Vivas et al., 2019; Law et al., 2023; Lisi et al., 2024, Mroczkowski et al., 2016; Samuels et al., 2020; Tang et al., 2018; Tarafder y Mukhopadhyay, 2015 y Zhang et al., 2024). Dicha conclusión refuerza la idea de que el neuroticismo es un rasgo habitual en personas con TOC y otros trastornos de ansiedad (Pelissolo et al., 2015). Por otro lado, Bowen et al. (2015), observaron que la inestabilidad emocional aumentaba la vulnerabilidad ante el TOC, en consonancia con estudios previos, especialmente con Calero Vivas et al. (2019), quienes en su estudio asociaron el rasgo de neuroticismo con otros rasgos como la inestabilidad emocional o la impulsividad.

Otros rasgos que parecen actuar como factores de riesgo son la rigidez cognitiva, el perfeccionismo o el miedo a la culpa (Levinson et al., 2019; Pinto et al., 2015 y Shariatzadeh et al., 2015). Estos rasgos impactan en el TOC agravando los síntomas. Además, la información proporcionada por Pena Garijo et al. (2013) sobre la mayor prevalencia de Trastornos de la Personalidad del Clúster C en pacientes TOC, así como la observación que hacen Abramowitz y Jacoby, (2015), quienes argumentan que conductas evitativas o estrategias de neutralización mantienen los síntomas OC a través del refuerzo negativo, lo que impide la extinción del miedo, interfiriendo así con la remisión del TOC y asociándose con peor pronóstico. Estas observaciones han adquirido fuerza tras los estudios de Kart y Yucens (2020), que observaron relación entre el TOC y las características del Trastorno Evitativo de la personalidad, entre otros.

Los resultados reflejan también acuerdo respecto a los rasgos de extraversión y amabilidad, siendo las implicaciones respecto a la extraversión algo más consistentes. La presente revisión sugiere que ambos rasgos pueden considerarse como factores protectores (Law et al., 2023; Lisi et al., 2024; Mroczkowski et al., 2016; Samuels et al., 2020; Tang et al., 2018; Tarafder y Mukhopadhyay, 2015; Tinella et al., 2024; Zhang et al. 2024), en consonancia con otros estudios previos (McCrae y Costa, 1985; Rees et al., 2014) y con el metaanálisis realizado por Zhang y Takahashi, 2024. Estos hallazgos confirman la idea acerca de que ambos rasgos disminuyen los síntomas OC y favorecen la respuesta al tratamiento.

A pesar de que los resultados de esta revisión son bastante congruentes con la literatura previa, se han detectado algunas discrepancias. Respecto al rasgo de apertura, no se han encontrado evidencias claras o significativas que permitan establecer una conclusión rigurosa, ya que mientras algunos estudios consideran que actúa como un factor protector frente al desarrollo del TOC (Law et al., 2023; Samuels et al., 2020; Tinella et al. 2024), otros no encuentran suficiente asociación entre este rasgo y el TOC (Calero Vivas et al., 2019; Lisi et al., 2024; Tarafder y Mukhopadhyay, 2015). A pesar de que alguna de las características de este rasgo como la flexibilidad cognitiva parece comprometida en las personas con TOC existe una falta de evidencia respecto a la asociación de apertura y TOC. Esto puede ser debido a que quizás no hay claridad en cuanto a la expresión de este rasgo, ya que quizás en ocasiones se interpreta desde el punto de vista cognitivo olvidando el emocional, o porque sus implicaciones, como pueden ser la creatividad o la búsqueda de experiencias nuevas no interaccionen en ningún sentido con el TOC, sino que sean independientes.

Con respecto al rasgo de conciencia, se han observado diferentes resultados: Calero Vivas et al., (2019), en sintonía con Zermatten y Van der Linden, (2008), no encuentran asociación entre este rasgo y los comportamientos OC. Sin embargo, Lisi et al. (2024) observaron que su presencia actúa como factor protector para el TOC, mientras que otros autores como Samuels et al. (2020) y Tarafder y Mukhopadhyay, (2015) asocian la escrupulosidad con un aumento de la sintomatología obsesivo-compulsiva en algunos subtipos de TOC. Investigaciones más recientes como las de Zhang et al. (2024) respaldan la idea de que altos niveles de conciencia supondría un perjuicio para los pacientes TOC. Este desacuerdo podría deberse al contexto clínico en el que se desarrolle el trastorno y el subtipo específico de TOC. Respecto al subtipo, este puede modular la función que desempeñan los rasgos de la personalidad en el TOC. Los estudios analizados destacan tres subtipos de TOC que sí muestran interacción con los

rasgos mencionados: TOC de simetría-orden, TOC de limpieza-lavado o contaminación, TOC de comprobación y TOC de acaparamiento y acumulación.

Por último, el perfeccionismo y la escrupulosidad se relacionaron con un empeoramiento de los síntomas en el subtipo simetría-orden (Samuels et al., 2020; Tang et al., 2018) y con una mejora de los síntomas del subtipo acaparamiento y acumulación (Samuels et al., 2020). Esto puede deberse a que, puntuaciones altas en conciencia se asocian a mayor meticulosidad, organización u orden, aspectos con una connotación positiva y que podrían ser positivos para combatir los síntomas del subtipo acaparamiento y acumulación, pero que cuando se dan de forma exagerada como en los subtipos de simetría-orden o contaminación-limpieza, se vuelven disfuncionales. Asimismo, el perfeccionismo, unido al neuroticismo, provocaría un agravamiento del TOC en el subtipo de limpieza-lavado o contaminación (Davoudi et al., 2024; Pinto et al., 2015). La rigidez cognitiva y el miedo a la culpa se asocian al subtipo de comprobación y empeoran los síntomas (Paast et al., 2016; Shariatzadeh et al., 2015).

#### **4.1. Implicaciones para la práctica clínica y futuras líneas de investigación**

Esta revisión aporta una visión compleja y a la vez completa del Trastorno Obsesivo Compulsivo, que no se centra en aspectos ya estudiados como los síntomas de ansiedad o los pensamientos intrusivos, si no a qué factores predisponen o preceden estos síntomas, que se mantienen estables y modulan la forma en la que nos afectan. Para ello, se ha estudiado qué rasgos o variables de la personalidad se identifican como factores protectores o de riesgo. De esta forma, se pretende ampliar la comprensión del trastorno para incluir en el diseño de intervenciones futuras, así como en los tratamientos tanto de psicoterapia como farmacológicos, opciones o estrategias que contemplen la interacción de personalidad y el TOC y se consiga con ello mayor eficacia y personalización. Además, sería útil realizar una evaluación de la personalidad a pacientes con sintomatología OC a partir de la cual, con la información sobre los rasgos de personalidad predominantes en el paciente y los datos que se extraen de esta revisión, se obtenga un perfil de personalidad que prediga el pronóstico del trastorno o la evolución de los síntomas. Para entender la diferencia de género en cuanto a la expresión de este trastorno (subtipo que padecen con más frecuencia, intensidad de los síntomas o rasgos más destacados) podría ser de utilidad considerar el tipo de procesamiento emocional de la persona, así como el tipo de preocupaciones que les invaden, que habitualmente diferiría bastante en función de si es hombre o mujer, con el objetivo de plantear intervenciones aún más personalizadas.

Más concretamente, con relación a los resultados que nos proporciona esta revisión, se podría sugerir que, para los pacientes con altos niveles de neuroticismo o inestabilidad emocional, se definan objetivos de intervención basados en la promoción de estrategias de relajación, control conductual y regulación emocional, así como terapias de tercera generación como *mindfulness* o la Terapia de aceptación y compromiso, para reducir la reactividad emocional y la evitación experiencial. Por otro lado, para los pacientes con baja extraversión se podrían proponer talleres de habilidades sociales donde tengan la posibilidad de socializar y disminuyan la ansiedad social y la evitación, así como barajar otras opciones farmacológicas como el tratamiento con sertralina. Para los pacientes con más inflexibilidad cognitiva, así como el miedo a la culpa o niveles altos de responsabilidad, así como necesidad de perfeccionismo, se podría enfatizar en técnicas como la reestructuración cognitiva.

#### **4.2. Limitaciones del estudio**

En el transcurso de la realización se han encontrado algunos obstáculos que deben ser tenidos en consideración para futuros estudios. Una de las grandes limitaciones fue poder seleccionar sólo artículos de acceso abierto, lo cual enlenteció el procedimiento; algunos autores tardaban en responder y aceptar el acceso y otros ni siquiera respondieron. Esta limitación supone que haya información de la literatura sobre el tema de interés que no se ha podido revisar. Por otro lado, las distintas conceptualizaciones sobre “rasgos” de personalidad como en el caso de “conciencia” y “escrupulosidad” dificultaron la comprensión y posterior comparación de los resultados. También, comparar estudios con diferente diseño de estudio (transversal o longitudinal) puede dificultar la generalización de las conclusiones.

#### **4.3. Conclusiones**

Los resultados del estudio permiten concluir que el rasgo neuroticismo es considerado como el mayor predictor del TOC o los síntomas OC. Además, a esta categoría se añaden como factores de riesgo destacados para el TOC rasgos como la rigidez cognitiva, la inestabilidad emocional, el miedo a la culpa o la impulsividad; mientras que los rasgos amabilidad o extraversión funcionan como factores protectores. Otros rasgos, como el de apertura, presentan resultados inconsistentes y necesitarían de más investigación. Por último, hay rasgos que afectan de forma diferente según ciertos subtipos o dimensiones del TOC, como es el caso de la conciencia y el perfeccionismo. Estos rasgos actúan como factor de riesgo en ciertos subtipos de TOC relacionados con la limpieza, la simetría o el orden y como factor protector del subtipo acaparamiento o acumulación. Estos resultados pueden ser útiles en la evaluación y tratamiento

del TOC, teniendo implicaciones clínicas importantes para la personalización y optimización de las intervenciones psicológicas en este ámbito.

## 5. REFERENCIAS

- Abramowitz, J. S., y Jacoby, R. J. (2015). Obsessive-compulsive and related disorders: A critical review of the new diagnostic class. *Annual Review of Clinical Psychology*, *11*, 165–186. <https://doi.org/10.1146/annurev-clinpsy-032813-153713>
- Alonso, P., Menchón, J. M., Jiménez, S., Segalàs, C., Jaurrieta, N., Labad, J., Real, E., y Cardoner, N. (2008). Personality dimensions in obsessive-compulsive disorder: Relation to clinical variables. *Psychiatry Research*, *157*(1-3), 159-168. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2006.02.003>
- American Psychiatric Association. (2013). Diagnostic and statistical manual of mental disorders (5th ed.). American Psychiatric Publishing. <https://doi.org/10.1176/appi.books.9780890425596>
- American Psychiatric Association. (2022). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (5th ed., text rev.). American Psychiatric Publishing. <https://doi.org/10.1176/appi.books.9780890425787>
- Belli, G. M., Law, C., Obisie-Orlu, I. C., Eisen, J. L., Rasmussen, S. A., y Boisseau, C. L. (2024). Course and clinical correlates of obsessive-compulsive disorder with or without comorbid personality disorder. *Journal of Affective Disorders*, *348*, 218–223. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2023.12.041>
- \*Bowen, R., Balbuena, L., Baetz, M., y Marwaha, S. (2015). Mood instability in people with obsessive-compulsive disorder and obsessive-compulsive personality traits. *Journal of Obsessive-Compulsive and Related Disorders*, *6*, 108–113. <https://doi.org/10.1016/j.jocrd.2015.07.003>
- \*Bulli, F., Melli, G., Cavalletti, V., Stopani, E., y Carraresi, C. (2016). Comorbid personality disorders in obsessive-compulsive disorder and its symptom dimensions. *Psychiatric Quarterly*, *87*, 365–376. <https://doi.org/10.1007/s11126-015-9393>
- \*Calero Vivas, D., Felipe-Castaño, E., y León, B. (2019). Emotional processing and personality as predictors of obsessive-compulsive symptoms in college students. *The Spanish Journal of Psychology*, *22*, e32. <https://doi.org/10.1017/sjp.2019.31>

- Carr, A. T. A. (1974). "Compulsive neurosis: a review of literature". *Psychological Bulletin*, 81, 311-318.
- Cloninger, C. R. (1987). A systematic method for clinical description and classification of personality variants: A proposal. *Archives of General Psychiatry*, 44(6), 573-588.
- Cloninger, C. R., Svrakic, D. M., y Przybeck, T. R. (1993). A psychobiological model of temperament and character. *Archives of General Psychiatry*, 50(12), 975-990.
- \*Davoudi, M., Pourshahbaz, A., Dolatshahi, B., y Astaneh, A. N. (2024). A network analysis study to evaluate obsessive-compulsive beliefs/dimensions and personality beliefs in patients with obsessive-compulsive disorder (OCD): A cross-sectional study in two common OCD subtypes. *Iranian Journal of Psychiatry*, 19(1), 30–44.  
<https://doi.org/10.18502/ijps.v19i1.14337>
- De Caluwé, E., De Clercq, B., De Bolle, M., y De Wolf, T. (2014). A general and maladaptive personality perspective on youth obsessive-compulsive symptoms. *Journal of Personality Assessment*, 96(5), 495–502.  
<https://doi.org/10.1080/00223891.2013.856315>
- Dinn, W. M., Aycicegi-Dinn, A., Göral, F., yildirim, E. A., y Hacioglu, M. (2014). Treatment-resistant obsessive-compulsive disorder: Clinical and personality correlates. *Procedia - Social and Behavioral Sciences*, 159, 239–242.  
<https://doi.org/10.1016/j.sbspro.2014.12.365>
- Fawcett, E. J., Power, H., y Fawcett, J. M. (2020). Women are at greater risk of OCD than men: A meta-analytic review of OCD prevalence worldwide. *The Journal of Clinical Psychiatry*, 81(4), 19r13085. <https://doi.org/10.4088/JCP.19r13085>
- Fontenelle, L. F., y Hasler, G. (2008). The analytical epidemiology of obsessive–compulsive disorder: Risk factors and correlates. *Progress in Neuro-Psychopharmacology and Biological Psychiatry*, 32(1), 1–15. <https://doi.org/10.1016/j.pnpbp.2007.06.024>
- Gıynaş, F. F., yazıcı Güleç, M., Kazan Kızılkurt, Ö., yılmaz, y., Çıtak, S., y Güleç, H. (2019). Personality organization in patients with obsessive-compulsive disorder and its relationship with functionality. *Anatolian Journal of Psychiatry*, 20(1), 38–46.  
<https://doi.org/10.5455/apd.300344>

- Jaisoorya, T., Reddy, y.J., Srinath, S., y Thennarasu, K. (2009). Sex differences in Indian patients with obsessive-compulsive disorder. *Comprehensive Psychiatry*, 50(1), 70–75.
- \*Kart, A., y yucens, B. (2020). Personality beliefs in obsessive-compulsive disorder: How are they related to symptom severity? *Psychiatry Investigation*, 17(8), 822-828. <https://doi.org/10.30773/pi.2020.0118>
- Labad, J., Menchón, J.M., Alonso, P., Segalás, C., Jiménez, S., Jaurrieta, N., et al. (2008). Gender differences in obsessive–compulsive symptom dimensions. *Depression and Anxiety*, 25(10), 832–838.
- \*Law, C., Kamarsu, S., Obisie-Orlu, I. C., Belli, G. M., Mancebo, M., Eisen, J., Rasmussen, S., y Boisseau, C. L. (2023). Personality traits as predictors of OCD remission: A longitudinal study. *Journal of Affective Disorders*, 320, 196–200. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2022.09.121>
- Levinson, C. A., Zerwas, S. C., Brosf, L. C., Thornton, L. M., Strober, M., Pivarunas, B., Crowley, J. J., yilmaz, Z., Berrettini, W. H., Brandt, H., Crawford, S., Fichter, M. M., Halmi, K. A., Johnson, C., Kaplan, A. S., La Via, M., Mitchell, J., Rotondo, A., Woodside, D. B., Kaye, W. H., y Bulik, C. M. (2019). Associations between dimensions of anorexia nervosa and obsessive-compulsive disorder: An examination of personality and psychological factors in patients with anorexia nervosa. *European Eating Disorders Review*, 27(2), 161–172. <https://doi.org/10.1002/erv.2635>
- \*Lisi, D. M., Wood-Ross, C., Regev, R., Laposa, J. M., y Rector, N. A. (2024). Universal personality dimensions and dysfunctional obsessional beliefs in the DSM-5's OCD and related disorders (OCRDs). *Cognitive Behaviour Therapy*. <https://doi.org/10.1080/16506073.2024.2408381>
- Mancini, F. (2000). Un modelo cognitivo del trastorno obsesivo-compulsivo. *Revista de Psicoterapia*, 11(42-43), 5-30.
- Mathes, B. M., Morabito, D. M., y Schmidt, N. B. (2019). Epidemiological and clinical gender differences in OCD. *Current Psychiatry Reports*, 21(36). <https://doi.org/10.1007/s11920-019-1015-2>
- McCrae, R. R., y Costa, P. T. (1985). Updating Norman's "adequacy taxonomy": Intelligence and personality dimensions in natural language and in questionnaires. *Journal of Personality and Social Psychology*, 49(3), 710–721. <https://doi.org/10.1037/0022-3514.49.3.710>

- McGuire, J. F., Orr, S. P., Wu, M. S., Lewin, A. B., Small, B. J., Phares, V., Murphy, T. K., Wilhelm, S., Pine, D. S., Geller, D., y Storch, E. A. (2016). Fear conditioning and extinction in youth with obsessive-compulsive disorder. *Depression and Anxiety*, 33(3), 229-237. <https://doi.org/10.1002/da.22468>
- \*Mroczkowski, M. M., Goes, F. S., Riddle, M. A., Grados, M. A., Bienvenu, O. J., Greenberg, B. D., Fyer, A. J., McCracken, J. T., Rauch, S. L., Murphy, D. L., Knowles, J. A., Piacentini, J., Cullen, B., Rasmussen, S. A., Pauls, D. L., Nestadt, G., y Samuels, J. (2016). Dependent personality, separation anxiety disorder and other anxiety disorders in OCD. *Personality and Mental Health*, 10, 22-28. <https://doi.org/10.1002/pmh.1321>
- Naciones Unidas. (2015). *Transformar nuestro mundo: la Agenda 2030 para el Desarrollo Sostenible*. <https://sdgs.un.org/es/2030agenda>
- \*Paast, N., Khosravi, Z., Memari, A. H., Shayestehfar, M., y Arbabi, M. (2016). Comparison of cognitive flexibility and planning ability in patients with obsessive-compulsive disorder, patients with obsessive-compulsive personality disorder, and healthy controls. *Shanghai Archives of Psychiatry*, 28(1), 28-34. <https://doi.org/10.11919/j.issn.1002-0829.215124>
- Page, M. J., McKenzie, J. E., Bossuyt, P. M., Boutron, I., Hoffmann, T. C., Mulrow, C. D., et al. (2021). The PRISMA 2020 statement: An updated guideline for reporting systematic reviews. *Systematic Reviews*, 10(1), 89. <https://doi.org/10.1186/s13643-021-01626-4>
- Pelissolo, A., Moukheiber, A., y Mallet, L. (2015). Obsessive-compulsive disorders and anxiety disorders: A comparison of personality and emotionality patterns. *Psychiatry Research*, 229(3), 695-701.
- Pena-Garijo, J., Edo Villamón, S., Meliá de Alba, A., y Ruipérez, M. Á. (2013). Personality disorders in obsessive-compulsive disorder: A comparative study versus other anxiety disorders. *The Scientific World Journal*, 2013, Article ID 856846. <https://doi.org/10.1155/2013/856846>
- \*Pinto, A., Greene, A. L., Storch, E. A., y Simpson, H. B. (2015). Prevalence of childhood obsessive-compulsive personality traits in adults with obsessive-compulsive disorders versus obsessive-compulsive personality disorder. *Journal of Obsessive-Compulsive and Related Disorders*, 4, 25-29. <https://doi.org/10.1016/j.jocrd.2014.11.002>
- Pinto, A., Steinglass, J. E., Greene, A. L., Weber, E. U., y Simpson, H. B. (2014). Capacity to delay reward differentiates obsessive-compulsive disorder and obsessive-compulsive

personality disorder. *Biological Psychiatry*, 75(8), 653–659.  
<https://doi.org/10.1016/j.biopsych.2013.09.007>

Rees, C. S., Roberts, L. D., van Oppen, P., Eikelenboom, M., Hendriks, A. A. J., van Balkom, A. J. L. M., y van Megen, H. (2014). Personality and symptom severity in obsessive–compulsive disorder: The mediating role of depression. *Personality and Individual Differences*, 71, 92–97. <https://doi.org/10.1016/j.paid.2014.07.025>

Rheaume, J., Ladouceur, R., y Freeston, M. H. (2000). The prediction of obsessive-compulsive tendencies: Does perfectionism play a significant role? *Personality and Individual Differences*, 28(4), 583-592. [https://doi.org/10.1016/S0191-8869\(99\)00121-X](https://doi.org/10.1016/S0191-8869(99)00121-X)

\*Samuels, J., Bienvenu, O. J., Krasnow, J., Wang, y., Grados, M. A., Cullen, B., Goes, F. S., Maher, B., Greenberg, B. D., McLaughlin, N. C., Rasmussen, S. A., Fyer, A. J., Knowles, J. A., McCracken, J. T., Piacentini, J., Geller, D., Stewart, S. E., Murphy, D. L., Shugart, y.-y., Riddle, M. A., y Nestadt, G. (2020). General personality dimensions, impairment, and treatment response in obsessive-compulsive disorder. *Personal and Mental Health*, 14(2), 186–198. <https://doi.org/10.1002/pmh.1472>

\*Shariatzadeh, M., Vaziri, S., y Mirhashemi, M. (2015). Comparison of early maladaptive schemas in patients with obsessive-compulsive disorder, patients with obsessive-compulsive personality disorder with healthy individuals. *Mediterranean Journal of Social Sciences*, 6(4 S2), 171-180. <https://doi.org/10.5901/mjss.2015.v6n4s2p171>

\*Tang, H.-S., Chen, P.-F., y Lung, F.-W. (2018). Personality and alexithymic disparity in obsessive-compulsive disorder based on washing and checking. *Psychiatric Quarterly*, 89, 371–381. <https://doi.org/10.1007/s11126-017-9541>

\*Tarafer, S., y Mukhopadhyay, P. (2015). Exploring the possibility of shared familial diathesis for personality in OCD probands. *Psychological Studies*, 60(4), 455-461. <https://doi.org/10.1007/s12646-015-0339-1>

Taylor, S., Asmundson, G. J. G., y Jang, K. L. (2016). Etiology of obsessions and compulsions: General and specific genetic and environmental factors. *Psychiatry Research*, 237, 17–21. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2016.01.071>

\*Tinella, L., Lunardi, L., Rigobello, L., Bosco, A., y Mancini, F. (2023). Relationship Obsessive-Compulsive Disorder (R-OCD): The role of relationship duration, fear of guilt, and personality traits. *Journal of Obsessive-Compulsive and Related Disorders*, 37, 100801. <https://doi.org/10.1016/j.jocrd.2023.100801>

- \*Tinella, L., Ricciardi, E., Cosentino, T., Caffò, A. O., Doron, G., Bosco, A., y Mancini, F. (2024). Deontological guilt mediates the effects of personality on the symptoms of romantic relationship obsessive-compulsive disorder (ROCD). *Clinical Neuropsychiatry*, 21(3), 205–216. <https://doi.org/10.36131/cnfioritieditore20240306>
- Torresan, R.C., Ramos-Cerqueira, A.T.A., Shavitt, R.G., do Rosário, M.C., de Mathis, M.A., Miguel, E.C., et al. (2013). Symptom dimensions, clinical course and comorbidity in men and women with obsessive-compulsive disorder. *Psychiatry Research*, 209(2), 186–195.
- Van den Heuvel, O. A., van Wingen, G., Soriano-Mas, C., Alonso, P., Chamberlain, S. R., Nakamae, T., Denys, D., Goudriaan, A. E., y Veltman, D. J. (2016). Brain circuitry of compulsivity. *European Neuropsychopharmacology*, 26(5), 810-827. <https://doi.org/10.1016/j.euroneuro.2015.12.005>
- Zermatten, A., y Van der Linden, M. (2008). Impulsivity in non-clinical persons with obsessive-compulsive symptoms. *Personality and Individual Differences*, 44(8), 1824–1830. <https://doi.org/10.1016/j.paid.2008.01.025>
- \*Zhang, J., Zhong, H., Zhang, y., yin, J., Song, X., ye, K., Song, Z., Lai, S., Zhong, S., Wang, Z., y Jia, y. (2024). Personality traits as predictors for treatment response to sertraline among unmedicated obsessive-compulsive disorder: A 12-weeks retrospective longitudinal study. *Journal of Psychiatric Research*, 170, 245–252. <https://doi.org/10.1016/j.jpsychires.2023.12.021>
- Zhang, L., y Takahashi, y. (2024). Relationships between obsessive-compulsive disorder and the Big Five personality traits: A meta-analysis. *Journal of Psychiatric Research*, 177, 11–23. <https://doi.org/10.1016/j.jpsychires.2024.06.033>
- Zhang, T., Chow, A., Tang, y., Xu, L., Dai, y., Jiang, K., Wang, J., y Xiao, Z. (2015). Comorbidity of personality disorder in obsessive-compulsive disorder: Special emphases on the clinical significance. *CNS Spectrums*, 20(5), 466–468. <https://doi.org/10.1017/S1092852915000607>