



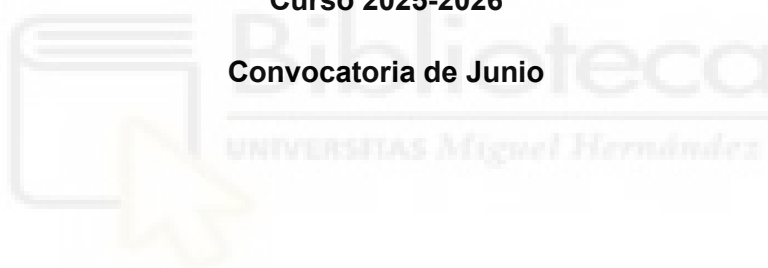
UNIVERSITAS
Miguel Hernández

Grado en Psicología

Trabajo Fin de Grado

Curso 2025-2026

Convocatoria de Junio



Modalidad: Revisión sistemática

Título: Dimensiones del trastorno obsesivo-compulsivo asociadas a la incompletitud y a las experiencias "Not Just Right": revisión sistemática

Autor/a: Paloma Alfaro Lázaro

Tutor/a: José Antonio Piqueras Rodríguez

Elche, 27 de mayo de 2026

Índice

Contenido

Resumen.....	3
Introducción.....	4
Método	7
Resultados	12
Discusión.....	22
Referencias bibliográficas	25
Anexos	29

Índice de tablas

Tabla 1. Formulación de la pregunta de investigación según el marco PEO	8
Tabla 2. Evaluación de la calidad metodológica y del riesgo de sesgo de los estudios incluidos	11
Tabla 3. Características de los estudios incluidos	14
Tabla 4. Características de las muestras de los estudios incluidos	15
Tabla 5. Distribución de la evidencia según dimensión sintomática, constructo evaluado y tipo de muestra	16
Tabla 6. Asociaciones entre NJRE/incompletitud y simetría/orden	17
Tabla 7. Asociaciones entre NJRE/incompletitud y comprobación/checking.....	18
Tabla 8. Asociaciones entre NJRE/incompletitud y contaminación/lavado.....	19
Tabla 9. Asociaciones entre incompletitud y acumulación/hoarding	20
Tabla 10. Asociaciones entre incompletitud y pensamientos inaceptables	20
Tabla 11. Operacionalización de los dominios utilizados para clasificar la fuerza de evidencia dimensional	21
Tabla 12. Reglas de decisión para la clasificación de la fuerza de evidencia dimensional	21
Tabla 13. Clasificación de la evidencia dimensional del TOC	22
Tabla B1. Matriz de evaluación de la calidad metodológica y riesgo de sesgo mediante la JBI Critical Appraisal Checklist for Analytical Cross-Sectional Studies	31
Tabla B2. Matriz de evaluación de la calidad metodológica y riesgo de sesgo mediante la JBI Critical Appraisal Checklist for Quasi-Experimental Studies (non-randomized experimental studies)	32
Tabla B3. Matriz de evaluación de la calidad metodológica y riesgo de sesgo mediante la JBI Critical Appraisal Checklist for Cohort Studies.....	32

Índice de figuras

Figura 1. Diagrama de flujo del proceso de selección de estudios (PRISMA 2020).....	13
---	----

Índice de anexos

Anexo A. Estrategias de búsqueda por base de datos	29
Anexo B. Evaluación de la calidad metodológica y riesgo de sesgo por ítems	31

Resumen

El trastorno obsesivo-compulsivo (TOC) presenta una elevada heterogeneidad sintomática, por lo que resulta necesario comprender si ciertos procesos motivacionales se relacionan de forma diferencial con sus dimensiones. Esta revisión sistemática tuvo como objetivo sintetizar la evidencia empírica cuantitativa sobre la asociación entre las experiencias *not just right* (NJRE) o la incompletitud y las dimensiones sintomáticas del TOC. Se realizaron búsquedas en PubMed, PsycINFO, Scopus y Web of Science, siguiendo las directrices PRISMA, y se incluyeron estudios cuantitativos que evaluaran NJRE/incompletitud y reportaran asociaciones con dimensiones obsesivo-compulsivas específicas. Finalmente, se incluyeron 14 estudios. La calidad metodológica se valoró mediante herramientas del Joanna Briggs Institute y los resultados se integraron mediante una síntesis narrativa estructurada. Los hallazgos mostraron una asociación especialmente consistente con simetría/orden, que alcanzó un nivel de evidencia fuerte. Comprobación y contaminación/lavado presentaron evidencia moderada, aunque con mayor variabilidad entre estudios y tipos de muestra. En cambio, acumulación mostró evidencia limitada y pensamientos inaceptables evidencia insuficiente. En conjunto, las NJRE y la incompletitud parecen implicadas en la sintomatología obsesivo-compulsiva, pero su relación parece ser dimensionalmente selectiva.

Palabras clave: trastorno obsesivo-compulsivo, incompletitud, experiencias *not just right*, dimensiones sintomáticas, revisión sistemática, simetría/orden

Introducción

El trastorno obsesivo-compulsivo (TOC) se caracteriza por la presencia de obsesiones (pensamientos, impulsos o imágenes recurrentes e intrusivos que generan ansiedad o malestar) y compulsiones, que consisten en conductas o actos mentales repetitivos dirigidos a reducir dicha angustia o prevenir un suceso temido (American Psychiatric Association [APA], 2022). Para establecer el diagnóstico, estos síntomas deben ocupar una cantidad significativa de tiempo o provocar un deterioro clínicamente relevante en el funcionamiento social, laboral o personal del individuo (APA, 2022). Más allá de su definición diagnóstica, el TOC se asocia con un elevado nivel de interferencia en la vida cotidiana y suele presentar un curso persistente si no se interviene adecuadamente, lo que subraya la necesidad de comprender con mayor precisión los procesos psicológicos que lo sostienen y mantienen. Sin embargo, el TOC no constituye una entidad homogénea, sino que presenta una marcada variabilidad en la forma en que se manifiestan sus síntomas.

En coherencia con esta heterogeneidad, distintos estudios han propuesto entender el TOC desde un enfoque dimensional que organiza sus síntomas en un número reducido de dimensiones relativamente consistentes (Mataix-Cols et al., 2005; Bloch et al., 2008). Así, la literatura ha identificado de forma estable dimensiones como simetría/orden, contaminación/limpieza, acumulación y pensamientos tabú. Lejos de ser categorías cerradas, estas dimensiones pueden coexistir en una misma persona, de modo que un mismo individuo puede mostrar síntomas relevantes en más de una de ellas (Mataix-Cols et al., 2005). Este planteamiento permite analizar el TOC con mayor precisión y estudiar qué procesos psicológicos se relacionan específicamente con cada perfil sintomático (Bloch et al., 2008), en línea con revisiones actuales que abogan por avanzar hacia modelos más específicos y basados en dimensiones (Stein et al., 2019).

Los modelos cognitivo-conductuales clásicos del TOC han explicado las compulsiones principalmente como intentos de evitar daño. Desde este enfoque, las intrusiones no son problemáticas por sí mismas (al ser fenómenos comunes en la población general) sino por la interpretación que se hace de ellas: cuando la persona las entiende como señal de que puede ser responsable de causar o no prevenir un daño relevante, aumenta la ansiedad y se activan conductas de neutralización dirigidas a reducir ese riesgo percibido (Salkovskis et al., 2000). Así, la responsabilidad inflada ante posibles consecuencias negativas constituye el eje central del modelo, especialmente en síntomas de contaminación, comprobación o prevención de catástrofes. Sin embargo, investigaciones posteriores han señalado que centrar la explicación

exclusivamente en la evitación del daño puede resultar insuficiente para comprender todos los perfiles clínicos. En particular, algunos síntomas (como los relacionados con simetría u orden) no siempre se asocian a una consecuencia externa temida, y una proporción significativa de pacientes no identifica un daño específico que intente prevenir con sus rituales (Pietrefesa & Coles, 2008).

En este contexto, la literatura ha descrito un tipo particular de experiencia subjetiva conocida como *Not Just Right Experiences* (NJRE). Estas experiencias se refieren a una sensación interna de que algo “no está como debería estar” o “no se siente correcto”, que genera una incomodidad o tensión y que impulsa a la persona a repetir o ajustar una acción hasta que la situación finalmente se percibe como adecuada o completa (Coles et al., 2003; Coles & Ravid, 2016). De manera relacionada, el constructo de incompletitud se ha utilizado para describir un estado interno persistente de imperfección o de falta de finalización de la acción, en el que la persona percibe que lo que ha hecho no está plenamente logrado o satisfactorio. Esto genera una sensación de que el estado actual no es adecuado y una tendencia a continuar corrigiendo o repitiendo la conducta hasta alcanzar una sensación subjetiva de completitud (Summerfeldt, 2004). En conjunto, ambos constructos presentan importantes similitudes conceptuales y se han propuesto como posibles motivadores del comportamiento compulsivo. No obstante, también se ha sugerido que podrían representar diferentes aspectos de un mismo proceso psicológico subyacente: mientras que la incompletitud reflejaría una predisposición estable hacia la experiencia de imperfección, las NJRE describen experiencias más cercanas a las obsesiones que pueden desencadenar compulsiones (Belloch et al., 2016).

A partir de esta formulación, las compulsiones pueden entenderse no solo como intentos de prevenir daño, sino también como respuestas dirigidas a aliviar un malestar interno. En este sentido, se ha propuesto que el TOC puede organizarse en torno a dos grandes rutas motivacionales: una centrada en la evitación del daño y otra vinculada a la incompletitud. Mientras que la primera suele asociarse a ansiedad, nerviosismo y necesidad de impedir una consecuencia negativa, la segunda se relaciona más con tensión, incomodidad y necesidad de continuar la acción hasta que esta se perciba como correcta o “just right” (Pietrefesa & Coles, 2009). Además, esta distinción permite entender que una misma conducta compulsiva puede cumplir funciones distintas según la experiencia subjetiva que la sostenga, de modo que rituales externamente semejantes pueden responder a motivaciones diferentes (Belloch et al., 2016). Si esto es así, cabría esperar que estas rutas motivacionales se vinculen de forma diferencial con los distintos perfiles sintomáticos del TOC.

Cabe esperar que las NJRE y la incompletitud se relacionen con mayor claridad con aquellas dimensiones del TOC en las que la conducta parece orientarse a la necesidad de exactitud, de ajuste correcto o de que las cosas “encajen”, más que a la prevención de un daño concreto (Coles et al., 2003). Al tratarse de experiencias de carácter sensorial e interno, ligadas a la percepción de que algo no está del todo “correcto” o finalizado, es razonable pensar que su implicación sea mayor en dimensiones como la simetría/orden o la repetición y comprobación hasta que “se sienta bien”. Por el contrario, en otras dimensiones, como la contaminación, la responsabilidad del daño u obsesiones predominantemente cognitivas, su papel podría ser menos específico o adoptar una forma distinta. Para comprobarlo, es necesario evaluar NJRE/incompletitud y examinar su relación con las dimensiones sintomáticas del TOC a través de subescalas específicas.

La evaluación de las NJRE y la incompletitud se ha llevado a cabo mediante diferentes instrumentos y aproximaciones, y no siempre está claro que todos ellos capten adecuadamente este fenómeno. En este sentido, algunas medidas pueden basarse en descripciones cercanas a los propios síntomas obsesivo-compulsivos, lo que dificulta distinguir si se está evaluando realmente una experiencia subjetiva específica o una manifestación del TOC, pudiendo incluso sesgar los resultados en función del instrumento empleado (Sica et al., 2019). Por ello, para que la comparación entre estudios sea válida, resulta fundamental que la medida utilizada sea explícita, identificable y conceptualmente diferenciada. Del mismo modo, tampoco hay consenso en la estructura dimensional del TOC, sino que varía en función del modelo e instrumento utilizado, de modo que distintos instrumentos pueden identificar diferentes configuraciones dimensionales, lo que limita la comparabilidad entre estudios (Grabill et al., 2008).

La literatura disponible sugiere, en conjunto, una relación entre las NJRE y la incompletitud y la sintomatología o severidad obsesivo-compulsiva, tanto en muestras adultas como infanto-juveniles (Belloch et al., 2016; Cervin et al., 2020; Ecker & Gönner, 2008). Además, esta relación parece observarse con mayor claridad en dimensiones como simetría/orden (ordering) y, con bastante frecuencia, en duda/comprobación (doubting/checking), aunque en este último caso la asociación es menos específica, dado que esta dimensión se vincula tanto a incompletitud como a otros factores motivacionales (Cervin et al., 2020; Ecker & Gönner, 2008). Asimismo, algunos estudios señalan asociaciones con otros dominios, como lavado/contaminación (washing/contamination), si bien estos hallazgos resultan menos consistentes y más variables según el estudio, sin desaparecer completamente (Belloch et al., 2016; Mathes et al., 2019). En esta línea, los resultados no son completamente uniformes, ya que pueden variar en función del tipo de muestra estudiada, así

como del instrumento y del modo de evaluar u operacionalizar las NJRE y la incompletitud (Belloch et al., 2016; Cervin et al., 2020; Mathes et al., 2019).

A pesar de la evidencia disponible, no se dispone de una revisión sistemática que sintetice de forma específica la asociación entre las NJRE/incompletitud y las distintas dimensiones sintomáticas del TOC. Esta limitación es relevante porque sitúa la literatura en un punto ambiguo: aunque estas experiencias se han relacionado con la sintomatología obsesivo-compulsiva, todavía no está claro si actúan como mecanismos motivacionales transdimensionales o si su peso es mayor en determinadas dimensiones sintomáticas. Sin esta distinción, el campo corre el riesgo de formular explicaciones demasiado generales para un trastorno que, precisamente, se caracteriza por su heterogeneidad. Una síntesis sistemática permite una lectura integradora de estos hallazgos y la evaluación del patrón global, lo que resulta fundamental para construir modelos teóricos ajustados a la evidencia. Asimismo, cubrir este hueco puede contribuir a una evaluación clínica más precisa, al ayudar a identificar cuándo resulta relevante explorar estas experiencias, lo que favorece una mejor comprensión funcional de la compulsión y en la formulación del caso clínico.

Por ello, el presente trabajo tiene como objetivo sintetizar de forma sistemática la evidencia empírica cuantitativa disponible sobre la asociación entre las NJRE/incompletitud y las distintas dimensiones sintomáticas del TOC. A partir de la literatura revisada, se plantea como hipótesis que esta asociación será más consistente y relevante en las dimensiones de simetría/orden y comprobación, dada su mayor afinidad conceptual con la necesidad de exactitud, ajuste y cierre subjetivo, mientras que en el resto de dimensiones será menos robusta.

Método

Diseño y protocolo de la revisión

El presente trabajo se llevó a cabo mediante una revisión sistemática de la literatura científica, orientada a identificar y sintetizar la evidencia disponible sobre la relación entre las experiencias *not just right* (NJRE) o incompletitud y las distintas dimensiones sintomáticas del trastorno obsesivo-compulsivo. El proceso de revisión contó con un protocolo registrado en PROSPERO (ID CRD420261395393) y se desarrolló siguiendo las directrices PRISMA (*Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses*; Page et al., 2021), con el fin de garantizar un procedimiento sistemático y transparente. La pregunta de investigación y los criterios de elegibilidad se estructuraron mediante el marco PEO (Population, Exposure, Outcomes; Khan et al., 2003) (Tabla 1).

Tabla 1

Formulación de la pregunta de investigación según el marco PEO

P (<i>Population</i>)	muestras clínicas con diagnóstico de trastorno obsesivo-compulsivo y/o muestras no clínicas o subclínicas evaluadas mediante medidas dimensionales de síntomas obsesivo-compulsivos.
E (<i>Exposure</i>)	experiencias <i>not just right</i> (NJRE) y sentimientos de incompletitud.
O (<i>Outcomes</i>)	asociaciones estadísticas entre las experiencias <i>not just right</i> (NJRE) o los sentimientos de incompletitud y distintas dimensiones sintomáticas del trastorno obsesivo-compulsivo.

Estrategia de búsqueda y criterios de elegibilidad

Se realizó una búsqueda sistemática de la literatura en las bases de datos electrónicas PubMed, PsycINFO (EBSCOhost), Scopus y Web of Science Core Collection. La estrategia de búsqueda combinó términos relacionados con las experiencias *not just right* (NJRE) o incompletitud, el trastorno obsesivo-compulsivo y sus dimensiones sintomáticas. La búsqueda se llevó a cabo el 16 de febrero de 2026 en PubMed, Scopus y PsycINFO, y el 18 de febrero de 2026 en Web of Science. Se incluyeron estudios publicados en inglés o español, sin restricción inicial de año de publicación, si bien en Web of Science se aplicó un rango temporal de 2000 a 2025, junto con filtros por tipo de documento (artículos) y áreas temáticas (psiquiatría, psicología y ciencias del comportamiento). Las estrategias de búsqueda completas para cada base de datos se detallan en el Anexo A.

Se incluyeron estudios que cumplieran los siguientes criterios: artículos originales publicados en revistas revisadas por pares, con diseño cuantitativo empírico (p. ej., estudios transversales, longitudinales u observacionales) que permitieran estimar relaciones entre variables. Asimismo, se consideraron tanto muestras clínicas con diagnóstico de trastorno obsesivo-compulsivo establecido mediante criterios diagnósticos estandarizados y/o entrevista clínica estructurada, como muestras no clínicas o subclínicas evaluadas mediante medidas dimensionales de síntomas obsesivo-compulsivos. Además, los estudios debían evaluar de forma explícita la incompletitud y/o las experiencias *not just right* (NJRE) mediante un instrumento identificable, así como analizar dimensiones sintomáticas específicas del TOC a través de escalas o subescalas diferenciadas. Asimismo, se requirió que los estudios reportaran estadísticos de asociación entre incompletitud/NJRE y dichas dimensiones (p. ej.,

correlaciones, coeficientes de regresión u otros indicadores equivalentes) y que estuvieran publicados en inglés o español.

Por el contrario, se excluyeron revisiones, meta-análisis, editoriales, cartas, protocolos sin resultados, resúmenes de congreso, literatura gris y otros documentos no empíricos. También se excluyeron estudios que no evaluaran de forma específica la incompletitud/NJRE, que no analizaran dimensiones sintomáticas de manera desagregada o que no reportaran datos de asociación interpretables. Asimismo, se excluyeron diseños cualitativos, estudios de caso único o series de casos sin análisis cuantitativo, así como aquellos centrados exclusivamente en validación psicométrica sin análisis de asociación. Finalmente, en caso de publicaciones duplicadas, se seleccionó la versión con mayor tamaño muestral y/o análisis más completo.

Selección de estudios y extracción de datos

Los registros identificados a través de las bases de datos electrónicas fueron exportados e integrados en una base maestra en Microsoft Excel para su gestión y depuración. La eliminación de duplicados se llevó a cabo en dos fases sucesivas: en primer lugar, mediante la comparación del DOI (Digital Object Identifier) previamente normalizado y, posteriormente, mediante la revisión de los títulos en aquellos registros que no disponían de DOI. A continuación, se realizó el proceso de selección de estudios, que incluyó el cribado por título y resumen y, posteriormente, la evaluación a texto completo de los artículos potencialmente elegibles. En todas las fases se aplicaron los criterios de inclusión y exclusión previamente establecidos. Finalmente, se seleccionaron los estudios que cumplían todos los criterios para su inclusión en la síntesis, registrándose de forma sistemática las decisiones adoptadas y los motivos de exclusión en la fase de lectura a texto completo. Tanto la selección de estudios como la extracción de datos fueron realizadas por una única revisora, bajo la supervisión metodológica del director del trabajo.

Una vez seleccionados los estudios incluidos, se llevó a cabo la extracción de datos de forma sistemática mediante una matriz estructurada en Microsoft Excel. En dicha matriz se registró la información relevante de cada estudio, incluyendo datos de identificación (autores y año de publicación), características metodológicas (diseño del estudio y tipo de muestra), así como información sobre la muestra (tamaño muestral y variables demográficas, cuando estaban disponibles). Asimismo, se recogieron los instrumentos utilizados para la evaluación de las experiencias *not just right* (NJRE) o incompletitud y de las dimensiones del trastorno obsesivo-compulsivo, así como las dimensiones sintomáticas analizadas en cada estudio. Por último, se extrajeron los resultados principales, centrándose en los estadísticos de asociación reportados entre NJRE/incompletitud y las distintas dimensiones del TOC.

Evaluación de la calidad metodológica y riesgo de sesgo

La calidad metodológica y el riesgo de sesgo de los estudios incluidos se evaluaron mediante las herramientas de valoración crítica del *Joanna Briggs Institute* (JBI), seleccionando la checklist correspondiente al diseño metodológico de cada estudio: *JBI Critical Appraisal Checklist for Analytical Cross Sectional Studies*, *JBI Critical Appraisal Checklist for Cohort Studies* y *JBI Critical Appraisal Checklist for Quasi-Experimental Studies (non-randomized experimental studies)* (Moola et al., 2024; Tufanaru et al., 2024). Cada ítem se codificó como *Yes*, *No*, *Unclear* o *Not applicable*; las respuestas *Yes* se contabilizaron como cumplimiento del criterio, mientras que los ítems *Not applicable* se excluyeron del denominador. Con fines descriptivos, se calculó una puntuación porcentual a partir del número de criterios cumplidos sobre el total de ítems aplicables, y la calidad metodológica se clasificó como alta cuando el estudio cumplía $\geq 70\%$ de los ítems, moderada entre el 50% y el 69%, y baja cuando cumplía $< 50\%$; el riesgo de sesgo se interpretó de forma inversa a dicha clasificación. La evaluación fue realizada por una única revisora. Como se muestra en la Tabla 2, la mayoría de los estudios presentó calidad metodológica alta y riesgo de sesgo bajo, mientras que únicamente dos estudios fueron clasificados con calidad moderada y riesgo de sesgo moderado. Las matrices completas de evaluación por ítems se presentan en el Anexo B.

Tabla 2*Evaluación de la calidad metodológica y del riesgo de sesgo de los estudios incluidos*

Estudio	Herramienta JBI	Puntuación (%)	Calidad metodológica	Riesgo de sesgo
Belloch et al. (2016)	Analytical Cross-Sectional	7/8 (87.5%)	Alta	Bajo
Ecker y Gönner (2008)	Analytical Cross-Sectional	8/8 (100%)	Alta	Bajo
Bottesi et al. (2017)	Analytical Cross-Sectional	6/8 (75%)	Alta	Bajo
Pietrefesa y Coles (2008)	Analytical Cross-Sectional	5/8 (62.5%)	Moderada	Moderado
Cervin et al. (2020)	Analytical Cross-Sectional	8/8 (100%)	Alta	Bajo
Martin et al. (2025)	Analytical Cross-Sectional	7/8 (87.5%)	Alta	Bajo
Ólafsson et al. (2020)	Analytical Cross-Sectional	6/8 (75%)	Alta	Bajo
Nisyrailou et al. (2024)	Analytical Cross-Sectional	5/8 (62.5%)	Moderada	Moderado
Cogle et al. (2013)	Analytical Cross-Sectional	6/8 (75%)	Alta	Bajo
Cogle et al. (2011)	Analytical Cross-Sectional	6/8 (75%)	Alta	Bajo
Großmann et al. (2025)	Analytical Cross-Sectional	7/8 (87.5%)	Alta	Bajo
Mathes et al. (2019)	Quasi-Experimental	7/8 (87.5%)	Alta	Bajo
Lundström et al. (2024)	Cohort	10/11 (90.9%)	Alta	Bajo
Sica et al. (2012)	Cohort	10/11 (90.9%)	Alta	Bajo

Nota. JBI = *Joanna Briggs Institute*. Las herramientas JBI aplicadas fueron la *JBI Critical Appraisal Checklist for Analytical Cross-Sectional Studies*, la *JBI Critical Appraisal Checklist for Quasi-Experimental Studies (non-randomized experimental studies)* y la *JBI Critical Appraisal Checklist for Cohort Studies*. La puntuación se calculó dividiendo el número de respuestas Yes entre el total de ítems aplicables; el porcentaje correspondiente se presenta entre paréntesis. La calidad metodológica se clasificó como alta cuando el estudio cumplía $\geq 70\%$ de los ítems aplicables, moderada entre el 50% y el 69%, y baja cuando cumplía $< 50\%$. El riesgo de sesgo se interpretó de forma inversa a la calidad metodológica. Las matrices completas de evaluación por ítems se presentan en el Anexo B.

Síntesis de los resultados

La variable principal de interés fue la asociación entre las experiencias *not just right* (NJRE) o la incompletitud y las distintas dimensiones sintomáticas del trastorno obsesivo-compulsivo. En relación con estas dimensiones, se incluyeron aquellas clásicamente descritas en la literatura y evaluadas de forma consistente en los estudios primarios: contaminación/lavado, comprobación, simetría/orden, acumulación y pensamientos inaceptables.

La síntesis de los hallazgos se llevó a cabo mediante una síntesis narrativa estructurada, informada por las recomendaciones SWiM para revisiones sin metaanálisis (Campbell et al., 2020), dado que el objetivo no es estimar un efecto global único, sino comparar la consistencia de las asociaciones. Por ello, la fuerza de la evidencia para cada dimensión se clasificó mediante criterios adaptados de la *best-evidence synthesis* (Slavin, 1986; van Tulder et al., 2003), considerando el número de estudios disponibles, la consistencia de los resultados, el tipo de muestra y la convergencia entre NJRE e

incompletitud. A partir de estos criterios, la evidencia se clasificó como fuerte, moderada, limitada/insuficiente o conflictiva.

No se realizó metaanálisis porque los estudios incluidos presentaban una heterogeneidad metodológica relevante. Aunque todos reportaban asociaciones cuantitativas, no evaluaban siempre los mismos constructos, no utilizaban los mismos instrumentos para medir NJRE, incompletitud o dimensiones del TOC, y tampoco operacionalizaban de forma idéntica las dimensiones sintomáticas. Además, al desagregar los resultados por dimensión, constructo y tipo de muestra, el número de estudios comparables dentro de cada combinación era reducido. Por ello, una estimación cuantitativa conjunta habría podido ofrecer una medida global poco interpretable, mientras que la síntesis narrativa permitía responder mejor al objetivo de la revisión: identificar qué dimensiones sintomáticas muestran asociaciones más consistentes con NJRE e incompletitud.

Resultados

Características generales de los estudios incluidos

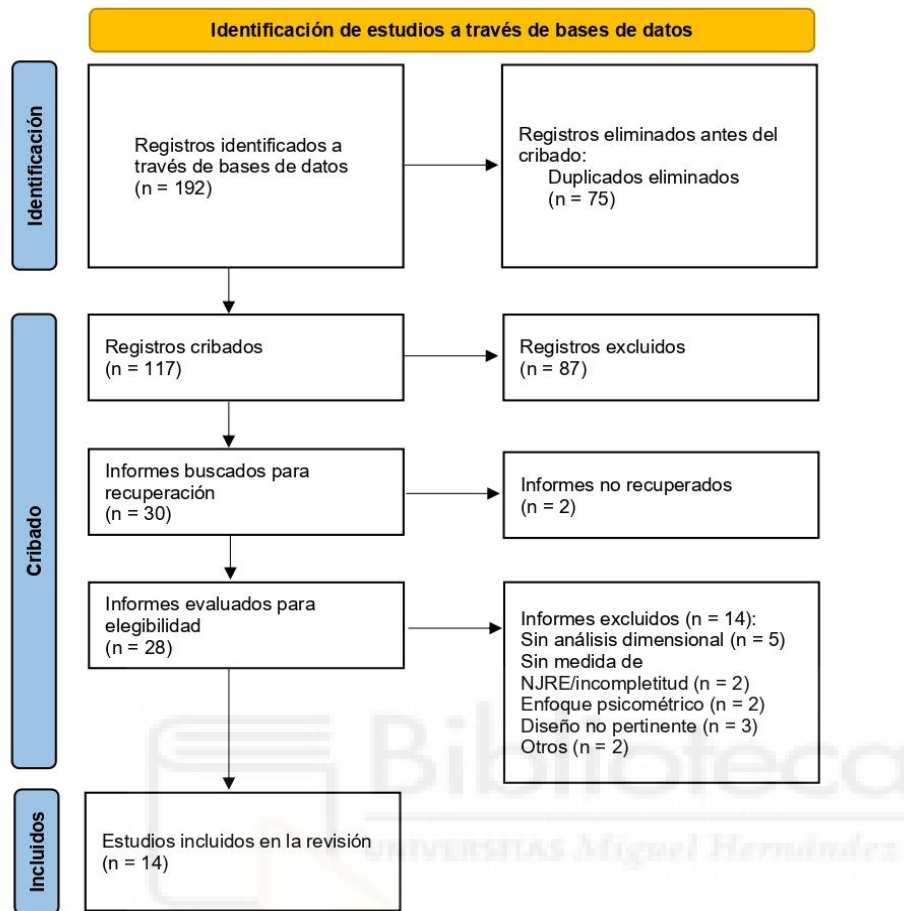
El diagrama de flujo del proceso de búsqueda y selección de estudios se presenta en la Figura 1. Finalmente, 14 estudios cumplieron los criterios de elegibilidad y fueron incluidos en la revisión sistemática.

En la Tabla 3 se sintetizan las características metodológicas de los estudios incluidos. Todos los estudios fueron realizados en Europa o Estados Unidos, con predominio de diseños transversales, aunque también se incluyeron estudios longitudinales, correlacionales y de caso-control. En cuanto a los constructos evaluados, los estudios evaluaron NJRE, incompletitud o ambos, principalmente mediante cuestionarios específicos, y emplearon distintas medidas dimensionales de síntomas obsesivo-compulsivos.

Las características de las muestras se recogen en la Tabla 4. Los estudios incorporaron muestras clínicas con TOC, muestras no clínicas (principalmente universitarias) y muestras mixtas, incluyendo una muestra comunitaria y una muestra clínica ampliada con TOC y trastornos relacionados. Los tamaños muestrales fueron variables, desde estudios con grupos reducidos hasta una muestra superior a 1000 participantes. En términos generales, las muestras abarcaron población adolescente, joven y adulta, con predominio de mujeres en la mayoría de los estudios.

Figura 1

Diagrama de flujo del proceso de selección de estudios (PRISMA 2020)



Nota. Adaptado del diagrama de flujo PRISMA 2020 (Page et al., 2021), bajo licencia Creative Commons Attribution 4.0 (CC BY 4.0).

Tabla 3

Características de los estudios incluidos

Autor, año	País	Diseño	Tipo de muestra	N total	Medida NJRE	Medida INC	Medida TOC	Dimensiones TOC
Belloch et al., 2016	España	Transv.	Mixta	314	NJREQ-R	OCCDQ (INC)	OCI-R; Y-BOCS	orden/simetría; comprobación; contaminación; acumulación
Mathes et al., 2019	Estados Unidos	Longit.	Mixta	88	Tarea NJRE	OCCDQ (INC)	DOCS	contaminación
Ecker y Gönner, 2008	Alemania	Transv.	Clínica	202	—	OC-TCDQ (INC)	OCI-R; VOCl; SOAQ	orden/simetría; comprobación; contaminación; acumulación
Bottesi et al., 2017	Italia	Transv.	No clínica	188	NJREQ-R	—	OCI-R	comprobación
Pietrefesa y Coles, 2008	Estados Unidos	Transv.	No clínica	377	—	OC-TCDQ (INC)	OCI	orden/simetría; comprobación; contaminación; acumulación
Cogle et al., 2011	Estados Unidos	Transv.	No clínica	133	NJREQ-R	—	VOCl; SOAQ	contaminación
Cogle et al., 2013	Estados Unidos	Correl.	No clínica	85	NJREQ-R	OC-TCDQ (INC)	OCI-R	comprobación
Cervin et al., 2020	Suecia	Transv.	Mixta	221	—	OC-TCDQ (INC)	OCI-CV	orden/simetría; comprobación; contaminación
Martin et al., 2025	Estados Unidos	Transv.	Clínica	218	—	OC-TCDQ (INC)	DOCS	orden/simetría; comprobación; contaminación; acumulación; pensamientos inaceptables
Großmann et al., 2025	Alemania	Caso-control	Mixta	43	NJREQ-R	OC-TCDQ (INC)	OCI-R; Y-BOCS	comprobación
Lundström et al., 2024	Suecia	Long.	Clínica	167	—	OC-TCDQ (INC)	Y-BOCS; Y-BOCS-SR; OCI-R	orden/simetría
Ólafsson et al., 2020	Islandia	Transv.	No clínica	211	NJREQ-R	OCCDQ (INC)	PI-WSUR	contaminación
Sica et al., 2012	Italia	Long.	No clínica	187	NJREQ-R	—	OCI-R	orden/simetría; contaminación
Nisyraiou et al., 2024	Grecia	Transv.	No clínica	1128	—	OC-TCDQ (INC)	OCI-R	orden/simetría; comprobación; contaminación; acumulación

Nota. Transv. = transversal; Long. = longitudinal; Correl. = correlacional; NJRE = *Not Just Right Experiences*; INC = incompletitud.

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

Autor, año	Submuestra	n	Edad, M (DT)	Mujeres, %	Tipo de muestra
Belloch et al., 2016	TOC	47	34.82 (8.43)	61.7	clínica TOC
	No clínica	267	27.14 (11.65)	74.5	comunitaria
Mathes et al., 2019	Mixta	88	NR	NR	mixta
Ecker y Gönner, 2008	TOC	202	37.00 (11.00)	60.0	clínica TOC
Bottesi et al., 2017	No clínica	188	41.08 (14.27)	61.2	comunitaria
Pietrefesa y Coles, 2008	No clínica	377	18.28 (3.15)	62.0	universitaria
Cogle et al., 2011	No clínica	133	19.64 (2.40)	71.4	universitaria
Cogle et al., 2013	No clínica	85	19.31 (1.64)	74.0	universitaria
Cervin et al., 2020	TOC	100	13.34 (2.65)	59.0	clínica TOC
	Ansiedad	96	14.68 (2.52)	82.3	clínica ansiedad
	No clínica	25	13.03 (3.11)	56.0	comunitaria
Martin et al., 2025	Mixta clínica	218	28.57 (10.03)	54.6	clínica TOC/trastornos relacionados
Großmann et al., 2025	TOC	23	30.48 (12.20)	60.9	clínica TOC
	No clínica	20	38.25 (12.92)	65.0	comunitaria
Lundström et al., 2024	TOC	167	30.90 (9.20)	63.0	clínica TOC
Ólafsson et al., 2020	No clínica	211	24.20 (5.90)	69.9	universitaria
Sica et al., 2012	No clínica	187	22.20 (3.00)	76.0	universitaria
Nisyraiou et al., 2024	No clínica	1128	19.42 (2.02)	65.3	universitaria

Nota. NR = no reportado. En estudios con muestras mixtas no desagregadas, los datos se presentan de forma conjunta.

Distribución dimensional de la evidencia identificada

Dado que los estudios incluidos no evaluaron de forma uniforme las mismas dimensiones sintomáticas ni los mismos constructos, fue necesario organizar previamente la distribución de la evidencia identificada para cada dimensión del TOC (véase Tabla 5) antes de presentar la síntesis narrativa de las asociaciones. Esta distribución permite contextualizar el alcance y la representatividad de la evidencia disponible para cada dimensión sintomática.

Tabla 5

Distribución de la evidencia según dimensión sintomática, constructo evaluado y tipo de muestra

Dimensión TOC	Estudios, n	Unidades analíticas, n	NJRE (n/N)	INC (n/N)	Muestra clínica (n/N)	Muestra no clínica (n/N)
Simetría/orden	8	11	3/3	8/8	6/6	5/5
Comprobación	11	15	5/6	8/9	5/7	8/8
Contaminación/lavado	9	11	4/4 ^a	6/7	2/4	7/7
Acumulación	3	3	0/0	2/3	0/1	2/2
Pensamientos inaceptables	1	1	0/0	0/1	0/1	0/0

Nota. NJRE = Not Just Right Experiences; INC = incompletitud. “Estudios” hace referencia al número de artículos incluidos que evaluaron cada dimensión, mientras que “unidades analíticas” se refiere al número total de análisis dimensionales independientes identificados. Los valores n/N indican el número de asociaciones significativas respecto al total de asociaciones evaluadas en cada categoría. ^aMathes et al. (2019) evaluaron NJRE mediante una tarea conductual no directamente comparable con medidas de autoinforme estandarizadas, por lo que no se incluyó en el cómputo principal de significatividad NJRE.

La dimensión de comprobación concentró el mayor volumen de evidencia identificado en la revisión, al reunir el mayor número de estudios y unidades analíticas (11 estudios y 15 unidades analíticas). Por su parte, las dimensiones de contaminación/lavado y simetría/orden también mostraron una representación amplia dentro de la literatura revisada, con una presencia similar entre ambas, aunque ligeramente inferior a la observada en comprobación. En contraste, la acumulación apareció en un número considerablemente menor de estudios y unidades analíticas, mientras que pensamientos inaceptables tuvo una presencia mínima dentro del corpus empírico identificado, al haber sido evaluado en un único estudio y unidad analítica.

En términos globales, la Tabla 5 muestra una mayor presencia de análisis sobre incompletitud que sobre NJRE (28 frente a 12 asociaciones evaluadas), así como una representación ligeramente superior de muestras no clínicas frente a clínicas (22 frente a 19 asociaciones evaluadas). Esta distribución, sin embargo, varió según la dimensión sintomática. Comprobación, contaminación/lavado y simetría/orden fueron evaluadas tanto desde NJRE como desde incompletitud y en muestras clínicas y no clínicas, lo que indica una cobertura más amplia de estas combinaciones. No obstante, simetría/orden concentró una mayor presencia de análisis sobre incompletitud (8/8) que sobre NJRE (3/3), mientras que comprobación y contaminación/lavado presentaron una distribución más equilibrada entre constructos. Asimismo, la acumulación apareció únicamente vinculada a estudios de incompletitud y mostró una representación más reducida en muestras clínicas. Por su parte, pensamientos inaceptables presentó una disponibilidad de evidencia claramente limitada, tanto en diversidad de constructos como en tipos de muestra evaluados.

Síntesis narrativa dimensional de las asociaciones entre NJRE/incompletitud y dimensiones del TOC

Tras delimitar la distribución de la evidencia disponible, se examinó el patrón de asociaciones entre NJRE/incompletitud y las dimensiones sintomáticas del TOC. La síntesis se presenta de forma dimensional, integrando para cada dominio los resultados observados según el constructo evaluado, el tipo de muestra y la consistencia de los hallazgos entre estudios.

La dimensión de simetría/orden mostró el patrón de asociación más homogéneo dentro de la síntesis dimensional. Como se observa en la Tabla 6, todas las asociaciones identificadas fueron significativas, tanto para NJRE como para incompletitud, y se distribuyeron entre muestras clínicas y no clínicas. Este patrón fue especialmente consistente para incompletitud, con asociaciones significativas en todas las submuestras evaluadas, mientras que las tres unidades analíticas disponibles para NJRE también alcanzaron significación estadística. Asimismo, el análisis conjunto de estos resultados permitió describir el patrón dimensional sin realizar comparaciones directas entre los distintos indicadores estadísticos reportados por los estudios incluidos. En conjunto, los resultados indican una relación consistentemente positiva entre los fenómenos de incompletitud/NJRE y la dimensión de simetría/orden, sin asociaciones nulas o discrepantes en los estudios identificados.

Tabla 6

Asociaciones entre NJRE/incompletitud y simetría/orden

Estudio	Submuestra	Constructo	Estadístico	Asociación	p	Significativa
Belloch et al. (2016)	Clínica	NJRE	r	.602	< .001	Sí
Belloch et al. (2016)	No clínica	NJRE	r	.344	< .001	Sí
Sica et al. (2012)	No clínica	NJRE	Estimate LME	.0226	.0179	Sí
Belloch et al. (2016)	Clínica	Incompletitud	r	.333	< .05	Sí
Ecker y Gönner (2008)	Clínica	Incompletitud	β	.48	< .008	Sí
Cervin et al. (2020)	Clínica	Incompletitud	β	.46	< .01	Sí
Lundström et al. (2024)	Clínica	Incompletitud	β	.52	< .001	Sí
Martin et al. (2025)	Clínica	Incompletitud	r	.59	< .001	Sí
Belloch et al. (2016)	No clínica	Incompletitud	r	.542	< .001	Sí
Pietrefesa y Coles (2008)	No clínica	Incompletitud	r	.59	< .007	Sí
Nisyraiou et al. (2024)	No clínica	Incompletitud	β	.661	< .001	Sí

Nota. NJRE = *Not Just Right Experiences*; LME = modelo lineal mixto.

La dimensión de comprobación mostró un patrón de asociación globalmente consistente con NJRE e incompletitud, aunque más heterogéneo que el observado para simetría/orden. Como se observa en la Tabla 7, la mayoría de asociaciones identificadas fueron significativas, especialmente en muestras no clínicas. Además, tanto NJRE como incompletitud presentaron asociaciones significativas con comprobación, aunque la incompletitud mostró una presencia más estable entre las distintas submuestras evaluadas. No obstante, también se identificaron algunas excepciones relevantes. En concreto, Belloch et al. (2016) no encontraron una asociación significativa entre incompletitud y comprobación en la submuestra clínica, mientras que Großmann et al. (2025) observaron una asociación no significativa para NJRE en pacientes con TOC, aunque significativa en controles sanos. En conjunto, los resultados sugieren una relación generalmente positiva entre comprobación y los fenómenos de incompletitud/NJRE, aunque con una mayor variabilidad entre estudios y tipos de muestra que la observada para simetría/orden.

Tabla 7

Asociaciones entre NJRE/incompletitud y comprobación/checking

Estudio	Submuestra	Constructo	Estadístico	Asociación	p	Significativa
Belloch et al. (2016)	Clínica	NJRE	r	.421	< .01	Sí
Belloch et al. (2016)	No clínica	NJRE	r	.375	< .001	Sí
Bottesi et al. (2017)	No clínica	NJRE	r	.34	< .001	Sí
Cogle et al. (2013)	No clínica	NJRE	β	.40	< .02	Sí
Großmann et al. (2025)	Clínica	NJRE	r	.27	ns	No
Großmann et al. (2025)	No clínica	NJRE	ρ	.77	< .001	Sí
Sica et al. (2012)	No clínica	NJRE	Estimate (LME)	.0043	.5661	No
Belloch et al. (2016)	Clínica	Incompletitud	r	.204	ns	No
Ecker y Gönner (2008)	Clínica	Incompletitud	β	.18	< .008	Sí
Cervin et al. (2020)	Clínica	Incompletitud	β	.31	< .05	Sí
Großmann et al. (2025)	Clínica	Incompletitud	r	.45	< .05	Sí
Martin et al. (2025)	Clínica	Incompletitud	r	.18	< .01	Sí
Belloch et al. (2016)	No clínica	Incompletitud	r	.446	< .001	Sí
Pietrefesa y Coles (2008)	No clínica	Incompletitud	r	.58	< .007	Sí
Cogle et al. (2013)	No clínica	Incompletitud	β	.38	< .02	Sí
Großmann et al. (2025)	No clínica	Incompletitud	ρ	.72	< .001	Sí
Nisyraiou et al. (2024)	No clínica	Incompletitud	β	.215	< .001	Sí

Nota. NJRE = *Not Just Right Experiences*; LME = modelo lineal mixto; ns = no significativo.

La dimensión de contaminación/lavado mostró un patrón de asociación más heterogéneo que el observado para simetría/orden y comprobación. Como se observa en la Tabla 8, las asociaciones significativas fueron más frecuentes en muestras no clínicas, tanto para NJRE como para incompletitud, donde todas las asociaciones identificadas alcanzaron significación estadística. Sin embargo, los resultados clínicos fueron considerablemente más variables. En concreto, Belloch et al. (2016) no encontraron asociaciones significativas entre contaminación/lavado y NJRE o incompletitud en la submuestra clínica, mientras que Cervin et al. (2020) observaron una asociación negativa y no significativa para incompletitud. Asimismo, Ecker y Gönner (2008) tampoco identificaron una contribución significativa de la incompletitud en esta dimensión. Por otro lado, aunque los estudios con muestras mixtas mostraron asociaciones significativas con incompletitud, la única asociación significativa identificada específicamente en muestras clínicas fue la observada por Martin et al. (2025). En conjunto, los hallazgos sugieren un patrón más consistente en población no clínica, mientras que en muestras clínicas predominaron las asociaciones no significativas.

Tabla 8

Asociaciones entre NJRE/incompletitud y contaminación/lavado

Estudio	Submuestra	Constructo	Estadístico	Asociación	p	Significativa
Belloch et al. (2016)	Clínica	NJRE	r	.010	ns	No
Belloch et al. (2016)	No clínica	NJRE	r	.303	< .001	Sí
Cogle et al. (2011)	No clínica	NJRE	r	.24	< .01	Sí
Ólafsson et al. (2020)	No clínica	NJRE	r	.42	< .01	Sí
Sica et al. (2012)	No clínica	NJRE	Estimate (LME)	.0139	.0210	Sí
Belloch et al. (2016)	Clínica	Incompletitud	r	.237	ns	No
Mathes et al. (2019)	Mixta	Incompletitud	r	.65	< .001	Sí
Ecker y Gönner (2008)	Clínica	Incompletitud	β	NA	NA	No
Cervin et al. (2020)	Clínica	Incompletitud	β	-.21	ns	No
Martin et al. (2025)	Clínica	Incompletitud	r	.23	< .001	Sí
Pietrefesa y Coles (2008)	No clínica	Incompletitud	r	.45	< .007	Sí
Ólafsson et al. (2020)	No clínica	Incompletitud	r	.40	< .01	Sí
Nisyraiou et al. (2024)	No clínica	Incompletitud	β	.326	< .001	Sí

Nota. NJRE = *Not Just Right Experiences*; ns = no significativo; LME = modelo lineal mixto. Mathes et al. (2019) evaluaron NJRE mediante una tarea conductual no directamente comparable con medidas de autoinforme estandarizadas, por lo que no se incluyó en el cómputo principal de significatividad NJRE.

La dimensión de acumulación mostró una evidencia considerablemente más limitada. Como se observa en la Tabla 9, únicamente se identificaron asociaciones con incompletitud, sin unidades analíticas disponibles para NJRE. Además, el patrón volvió a diferir según el tipo de muestra. Las dos asociaciones identificadas en muestras no clínicas fueron significativas, mientras que la única asociación evaluada en muestra clínica no alcanzó significación

estadística. En conjunto, los resultados sugieren una evidencia limitada y poco consistente para la relación entre acumulación e incompletitud, especialmente en muestras clínicas.

Tabla 9

Asociaciones entre incompletitud y acumulación/hoarding

Estudio	Submuestra	Constructo	Estadístico	Asociación	p	Significativa
Pietrefesa y Coles (2008)	No clínica	Incompletitud	r	.37	< .007	Sí
Cervin et al. (2020)	Clínica	Incompletitud	β	.05	ns	No
Nisyraiou et al. (2024)	No clínica	Incompletitud	β	.149	< .001	Sí

Nota. ns = no significativo.

Como se observa en la Tabla 10, solo se identificó una unidad analítica sobre pensamientos inaceptables, correspondiente a una asociación no significativa con incompletitud en una muestra clínica mixta. Esta disponibilidad mínima de datos impide establecer un patrón descriptivo para esta dimensión.

Tabla 10

Asociaciones entre incompletitud y pensamientos inaceptables

Estudio	Submuestra	Constructo	Estadístico	Asociación	p	Significativa
Martin et al. (2025)	Clínica mixta	Incompletitud	r	.09	.186	No

Clasificación de la fuerza de evidencia dimensional

A partir de la síntesis narrativa dimensional presentada previamente, se procedió a clasificar la fuerza de evidencia para cada dimensión sintomática del TOC. Esta clasificación se realizó mediante criterios adaptados de la *best-evidence synthesis* (Slavin, 1986; van Tulder et al., 2003), en el marco de una síntesis narrativa estructurada informada por las recomendaciones SWiM (Campbell et al., 2020). El objetivo de este análisis fue valorar la consistencia y convergencia del patrón dimensional observado entre estudios, muestras y constructos evaluados, más allá de la presencia de asociaciones significativas aisladas. Para ello, se operacionalizaron cuatro dominios metodológicos: la consistencia de los hallazgos, el número de estudios disponibles, la replicación muestral y la convergencia entre NJRE e incompletitud, cuyos criterios operativos se recogen en la Tabla 11.

Tabla 11

Operacionalización de los dominios utilizados para clasificar la fuerza de evidencia dimensional

Dominio metodológico	Indicador operativo	Criterio de valoración
Consistencia de los hallazgos	Proporción de asociaciones significativas y presencia de resultados nulos o discrepantes dentro de cada dimensión sintomática.	Completa: todas las asociaciones fueron significativas y no se identificaron resultados discrepantes. Parcial: predominaron las asociaciones significativas, pero existieron resultados nulos, heterogeneidad o excepciones relevantes. Limitada: las asociaciones significativas fueron escasas o el patrón fue poco estable. Mínima: no se identificaron asociaciones significativas o la evidencia disponible fue insuficiente.
Número de estudios	Número de estudios independientes que evaluaron cada dimensión sintomática.	Amplio: ≥4 estudios. Moderado: 3 estudios. Reducido: 1–2 estudios.
Replicación muestral	Presencia de asociaciones significativas en distintos tipos de muestra.	Amplia: asociaciones significativas en muestras clínicas y no clínicas. Parcial: asociaciones concentradas principalmente en un tipo de muestra. Mínima: evidencia disponible en un único tipo de muestra o sin asociaciones significativas.
Convergencia entre constructos	Presencia de asociaciones significativas para NJRE, incompletitud o ambos constructos.	Amplia: asociaciones significativas para NJRE e incompletitud. Parcial: asociaciones significativas solo para uno de los constructos. Mínima: ausencia de asociaciones significativas o evidencia no comparable.

Nota. NJRE = *Not Just Right Experiences*. Los dominios se operacionalizaron para su aplicación uniforme a todas las dimensiones sintomáticas evaluadas.

Los dominios metodológicos operacionalizados se integraron posteriormente en un sistema de reglas operativas (véase Tabla 12) destinado a clasificar la fuerza de evidencia para cada dimensión. Siguiendo la lógica de niveles de evidencia propuesta por van Tulder et al. (2003), la evidencia se organizó en cinco categorías: fuerte, moderada, limitada, insuficiente y conflictiva. La descripción de cada nivel se realizó mediante la aplicación conjunta de los cuatro criterios previamente definidos.

Tabla 12

Reglas de decisión para la clasificación de la fuerza de evidencia dimensional

Nivel de evidencia	Regla operativa de clasificación
Fuerte	Consistencia completa, número de estudios amplio, replicación muestral amplia y convergencia amplia entre constructos.
Moderada	Consistencia parcial, con número de estudios amplio o moderado, y al menos replicación muestral parcial o convergencia parcial entre constructos.
Limitada	Consistencia limitada, número de estudios moderado o reducido, o evidencia restringida principalmente a un único tipo de muestra o constructo.
Insuficiente	Consistencia mínima, número de estudios reducido o evidencia insuficiente para establecer un patrón dimensional interpretable.
Conflictiva	Resultados incompatibles entre estudios, muestras o constructos, sin predominio claro de un patrón de asociación.

Nota. Los niveles de evidencia se establecieron a partir de la combinación de los dominios operacionalizados en la Tabla 11.

A partir de este procedimiento, se aplicaron los criterios operacionalizados a cada dimensión sintomática, obteniéndose una clasificación cualitativa adaptada de la fuerza de evidencia dimensional, presentada en la Tabla 13. El patrón resultante mostró una distribución desigual entre dimensiones: simetría/orden fue la única que alcanzó un nivel de evidencia fuerte, mientras que comprobación/checking y contaminación/lavado se situaron en un nivel moderado. En cambio, acumulación/hoarding presentó evidencia limitada y pensamientos inaceptables mostró evidencia insuficiente.

Tabla 13

Clasificación de la evidencia dimensional del TOC

Dimensión TOC	Consistencia de los hallazgos	Número de estudios	Replicación muestral	Convergencia entre constructos	Nivel de evidencia
Simetría/orden	Completa	Amplio	Amplia	Amplia	Fuerte
Comprobación/checking	Parcial	Amplio	Amplia	Amplia	Moderada
Contaminación/lavado	Parcial	Amplio	Parcial	Amplia	Moderada
Acumulación/hoarding	Limitada	Moderado	Parcial	Parcial	Limitada
Pensamientos inaceptables	Mínima	Reducido	Mínima	Mínima	Insuficiente

Nota. La clasificación se realizó aplicando las reglas operativas definidas en la Tabla 12 a los dominios operacionalizados en la Tabla 11.

Discusión

Los hallazgos de esta revisión permiten matizar la idea de que las NJRE y la incompletitud actúen como procesos motivacionales indiferenciados dentro del TOC. Más que relacionarse de forma similar con todas las dimensiones obsesivo-compulsivas, su relevancia parece aumentar cuando la propia naturaleza de la dimensión sintomática comparte rasgos funcionales o fenomenológicos con estos constructos. Esta diferenciación resulta relevante porque sitúa la incompletitud y las NJRE como procesos clínicamente significativos, pero no como explicaciones transversales aplicables por igual a todo el espectro obsesivo-compulsivo. Así, la heterogeneidad observada adquiere valor interpretativo, al sugerir que estos fenómenos podrían ocupar un lugar específico dentro de la estructura dimensional del TOC.

La fuerza de la evidencia en simetría/orden no se explica únicamente por la significación estadística de las asociaciones, sino por la homogeneidad del patrón observado: se mantuvo en muestras clínicas y no clínicas, apareció tanto para NJRE como para incompletitud y no presentó resultados nulos o discrepantes. Esta consistencia resulta especialmente comprensible si se atiende a la propia fenomenología de la dimensión, descrita como un conjunto de obsesiones y compulsiones centradas en simetría, orden, repetición y conteo, frecuentemente vinculadas a la necesidad de perfección, exactitud o percepción de

que las cosas se perciban “just right” (Vellozo et al., 2021). Esta caracterización se solapa de forma clara con la definición de NJRE e incompletitud, entendidas como experiencias internas de incorrección, imperfección o falta de finalización que impulsan a repetir o ajustar la acción hasta que se percibe como adecuada o completa (Coles et al., 2003; Summerfeldt, 2004). Así, la centralidad de simetría/orden resulta coherente con la literatura previa (Cervin et al., 2020; Ecker & Gönner, 2008) y sugiere que estos constructos adquieren especial relevancia cuando la compulsión se organiza alrededor de la corrección subjetiva, más que de la prevención de una amenaza externa (Coles et al., 2003).

En comprobación/checking, el patrón de asociación también fue relevante, aunque no alcanzó la misma claridad que en simetría/orden pese al mayor volumen de evidencia disponible. La asociación con NJRE e incompletitud resulta comprensible porque la comprobación implica duda, revisión repetida y dificultad para cerrar una acción como suficientemente resuelta. Estos elementos comparten características con la experiencia de incompletitud, especialmente cuando la conducta se repite porque la persona no alcanza una sensación subjetiva de finalización o certeza. Sin embargo, esta dimensión también se ha explicado desde procesos vinculados a la responsabilidad y la prevención del daño: la comprobación compulsiva aparece cuando la persona no se siente segura de que una amenaza haya sido eliminada o controlada (Rachman, 2002). Por ello, su relación con NJRE/incompletitud parece clínicamente relevante, pero menos específica que en simetría/orden, al poder estar sostenida por más de una ruta motivacional.

En contaminación/lavado, la evidencia también mostró una relación relevante con NJRE/incompletitud, aunque más dependiente del tipo de muestra. El patrón fue más claro en muestras no clínicas, mientras que en muestras clínicas predominaron los resultados no significativos, lo que coincide con la literatura previa que ya señalaba asociaciones menos consistentes en esta dimensión, aunque no ausentes (Belloch et al., 2016; Mathes et al., 2019). Esta relación puede entenderse porque algunas compulsiones de lavado implican repetir la acción hasta que la limpieza se percibe como adecuada o completa. Sin embargo, en población clínica, la contaminación/lavado puede estar sostenida por otros procesos adicionales, como amenaza, asco, evitación del daño o ansiedad. De hecho, se ha propuesto que el miedo a la contaminación puede responder tanto a la evitación del daño como a la evitación del asco, con perfiles motivacionales diferenciados (Melli et al., 2015). Por ello, las NJRE y la incompletitud podrían estar implicadas en algunos casos, pero no constituir el proceso dominante en toda la dimensión.

En acumulación/hoarding y pensamientos inaceptables, la evidencia presenta una base empírica reducida y no permite establecer un patrón interpretable. La escasez de

estudios puede explicarse, al menos en parte, porque ambas dimensiones parecen organizarse en torno a una lógica menos próxima fenomenológica y motivacionalmente a las NJRE y la incompletitud. La acumulación se ha relacionado principalmente con dificultades de procesamiento de la información, apego emocional a las posesiones, evitación y creencias erróneas sobre el valor o la utilidad de los objetos (Frost & Hartl, 1996). Por su parte, los pensamientos inaceptables suelen implicar intrusiones sexuales, agresivas o moralmente repugnantes, con rituales encubiertos, supresión del pensamiento y amenaza al autoconcepto (Moulding et al., 2014). No obstante, la falta de evidencia suficiente debe interpretarse con cautela: no indica ausencia de relación, sino ausencia de un corpus empírico sólido para valorar esta relación.

Desde un punto de vista clínico, estos hallazgos sugieren que la evaluación de las NJRE y la incompletitud podría ser especialmente útil cuando el perfil sintomático se organiza en torno al orden, la corrección, la completitud o el cierre subjetivo, sobre todo en síntomas de simetría/orden y, con mayor cautela, de comprobación. Esta exploración no debería sustituir a la evaluación dimensional habitual del TOC, sino complementarla, ayudando a precisar qué función subjetiva cumple la compulsión en cada caso. Así, además de identificar la conducta compulsiva, puede ser relevante explorar si esta responde al miedo a una consecuencia externa o a la sensación interna de que la acción no está suficientemente resuelta. No obstante, estas implicaciones deben formularse con prudencia, ya que la revisión analiza asociaciones y no permite derivar recomendaciones terapéuticas directas.

Estos hallazgos deben interpretarse teniendo en cuenta varias limitaciones. En cuanto a la evidencia incluida, predominan los diseños transversales o correlacionales, por lo que no permiten establecer la dirección de las asociaciones entre NJRE/incompletitud y dimensiones del TOC. Además, fue frecuente el uso de autoinformes, muestras no clínicas (principalmente universitarias) y tamaños muestrales desiguales, lo que puede afectar a la estabilidad y generalización de algunos resultados. También existió heterogeneidad en la forma de definir y evaluar tanto los constructos de NJRE/incompletitud como las dimensiones sintomáticas, ya que los estudios no siempre emplearon los mismos instrumentos ni analizaron las mismas subescalas. En cuanto al proceso de revisión, la selección y extracción de datos fueron realizadas por una única revisora, la estrategia de búsqueda pudo haber reducido la sensibilidad al incluir un número limitado de sinónimos para algunas dimensiones obsesivo-compulsivas, y la heterogeneidad metodológica impidió realizar una síntesis cuantitativa. Por tanto, las conclusiones deben entenderse como una integración narrativa y estructurada de la evidencia disponible.

De cara a futuras investigaciones, sería necesario avanzar en diseños longitudinales que permitan aclarar si las NJRE y la incompletitud preceden, acompañan o aparecen como consecuencia de determinados perfiles sintomáticos. Asimismo, se requieren muestras clínicas más amplias para comprobar si los patrones observados son consistentes y generalizables a población clínica con TOC. Otra prioridad sería utilizar medidas más homogéneas y conceptualmente diferenciadas de NJRE/incompletitud, junto con instrumentos dimensionales comparables para evaluar los síntomas obsesivo-compulsivos. Además, sería útil examinar estos constructos junto a otros motivadores, como evitación del daño, responsabilidad o asco, para determinar si su contribución es específica o compartida con otros procesos. Por último, resulta necesario ampliar la evidencia sobre acumulación y pensamientos inaceptables, donde todavía no puede establecerse una conclusión firme. En definitiva, las NJRE y la incompletitud parecen implicadas en la sintomatología obsesivo-compulsiva, pero su relación parece ser dimensionalmente selectiva, con especial solidez en simetría/orden.

Referencias bibliográficas

- American Psychiatric Association. (2022). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (5th ed., text rev.). <https://doi.org/10.1176/appi.books.9780890425787>
- Belloch, A., Fornés, G., Carrasco, A., López-Solá, C., Alonso, P., & Menchón, J. M. (2016). Incompleteness and not just right experiences in the explanation of obsessive-compulsive disorder. *Psychiatry Research*, 236, 1–8. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2016.01.012>
- Bloch, M. H., Landeros-Weisenberger, A., Rosario, M. C., Pittenger, C., & Leckman, J. F. (2008). Meta-analysis of the symptom structure of obsessive-compulsive disorder. *The American Journal of Psychiatry*, 165(12), 1532–1542. <https://doi.org/10.1176/appi.ajp.2008.08020320>
- Bottesi, G., Ghisi, M., Sica, C., & Freeston, M. H. (2017). Intolerance of uncertainty, not just right experiences, and compulsive checking: Test of a moderated mediation model on a non-clinical sample. *Comprehensive Psychiatry*, 73, 111–119. <https://doi.org/10.1016/j.comppsy.2016.11.014>
- Campbell, M., McKenzie, J. E., Sowden, A., Katikireddi, S. V., Brennan, S. E., Ellis, S., Hartmann-Boyce, J., Ryan, R., Shepperd, S., Thomas, J., Welch, V., & Thomson, H. (2020). Synthesis without meta-analysis (SWiM) in systematic reviews: Reporting guideline. *BMJ*, 368, l6890. <https://doi.org/10.1136/bmj.l6890>

- Cervin, M., Perrin, S., Olsson, E., Claesdotter-Knutsson, E., & Lindvall, M. (2020). Incompleteness, harm avoidance, and disgust: A comparison of youth with OCD, anxiety disorders, and no psychiatric disorder. *Journal of Anxiety Disorders*, 69, Article 102175. <https://doi.org/10.1016/j.janxdis.2019.102175>
- Coles, M. E., & Ravid, A. (2016). Clinical presentation of not-just right experiences (NJREs) in individuals with obsessive-compulsive disorder: Characteristics and response to treatment. *Behaviour Research and Therapy*, 87, 182–187. <https://doi.org/10.1016/j.brat.2016.09.013>
- Coles, M. E., Frost, R. O., Heimberg, R. G., & Rhéaume, J. (2003). Not just right experiences: Perfectionism, obsessive–compulsive features and general psychopathology. *Behaviour Research and Therapy*, 41(6), 681–700. [https://doi.org/10.1016/S0005-7967\(02\)00044-X](https://doi.org/10.1016/S0005-7967(02)00044-X)
- Cogle, J. R., Fitch, K. E., Jacobson, S., & Lee, H.-J. (2013). A multi-method examination of the role of incompleteness in compulsive checking. *Journal of Anxiety Disorders*, 27(2), 231–239. <https://doi.org/10.1016/j.janxdis.2013.02.003>
- Cogle, J. R., Goetz, A. R., Fitch, K. E., & Hawkins, K. A. (2011). Termination of washing compulsions: A problem of internal reference criteria or “not just right” experience? *Journal of Anxiety Disorders*, 25(6), 801–805. <https://doi.org/10.1016/j.janxdis.2011.03.019>
- Ecker, W., & Gönner, S. (2008). Incompleteness and harm avoidance in OCD symptom dimensions. *Behaviour Research and Therapy*, 46(8), 895–904. <https://doi.org/10.1016/j.brat.2008.04.002>
- Frost, R. O., & Hartl, T. L. (1996). A cognitive-behavioral model of compulsive hoarding. *Behaviour Research and Therapy*, 34(4), 341–350. [https://doi.org/10.1016/0005-7967\(95\)00071-2](https://doi.org/10.1016/0005-7967(95)00071-2)
- Grabill, K., Merlo, L., Duke, D., Harford, K.-L., Keeley, M. L., Geffken, G. R., & Storch, E. A. (2008). Assessment of obsessive-compulsive disorder: A review. *Journal of Anxiety Disorders*, 22(1), 1–17. <https://doi.org/10.1016/j.janxdis.2007.01.012>
- Großmann, A., Wiebe, A., Edlinger, N., Philipsen, A., Braun, N., & Bey, K. (2025). Assessment of sense of agency in obsessive-compulsive disorder using a virtual reality stove-checking paradigm. *Journal of Obsessive-Compulsive and Related Disorders*, 45, Article 100940. <https://doi.org/10.1016/j.jocrd.2025.100940>
- Khan, K. S., Kunz, R., Kleijnen, J., & Antes, G. (2003). Five steps to conducting a systematic review. *Journal of the Royal Society of Medicine*, 96(3), 118–121. <https://doi.org/10.1177/014107680309600304>
- Lundström, L., Ivanova, E., Mataix-Cols, D., Flygare, O., Cervin, M., Rück, C., & Andersson, E. (2024). Incompleteness as a clinical characteristic and predictor of treatment

- outcome in obsessive-compulsive disorder. *Journal of Obsessive-Compulsive and Related Disorders*, 42, Article 100880. <https://doi.org/10.1016/j.jocrd.2024.100880>
- Martin, H. S., Falkenstein, M. J., Nota, J. A., & Kuckertz, J. M. (2025). Harm avoidance and incompleteness as motivational dimensions of OCD: Associations with clinical and demographic traits. *Cognitive Therapy and Research*, 49(4), 795–806. <https://doi.org/10.1007/s10608-024-10561-2>
- Mataix-Cols, D., do Rosario-Campos, M. C., & Leckman, J. F. (2005). A multidimensional model of obsessive-compulsive disorder. *The American Journal of Psychiatry*, 162(2), 228–238. <https://doi.org/10.1176/appi.ajp.162.2.228>
- Mathes, B. M., Kennedy, G. A., Wilver, N. L., Carlton, C. N., & Cogle, J. R. (2019). A multi-method analysis of incompleteness in behavioral treatment of contamination-based OCD. *Behaviour Research and Therapy*, 114, 1–6. <https://doi.org/10.1016/j.brat.2018.12.008>
- Melli, G., Chiorri, C., Carraresi, C., Stopani, E., & Bulli, F. (2015). The two dimensions of contamination fear in obsessive-compulsive disorder: Harm avoidance and disgust avoidance. *Journal of Obsessive-Compulsive and Related Disorders*, 6, 124–131. <https://doi.org/10.1016/j.jocrd.2015.07.001>
- Moola, S., Munn, Z., Tufanaru, C., Aromataris, E., Sears, K., Sfetcu, R., Currie, M., Lisy, K., Qureshi, R., Mattis, P., & Mu, P.-F. (2024). *Systematic reviews of etiology and risk*. In E. Aromataris, C. Lockwood, K. Porritt, B. Pilla, & Z. Jordan (Eds.), *JBIM manual for evidence synthesis*. JBI. <https://doi.org/10.46658/JBIMES-24-06>
- Moulding, R., Aardema, F., & O'Connor, K. P. (2014). Repugnant obsessions: A review of the phenomenology, theoretical models, and treatment of sexual and aggressive obsessional themes in OCD. *Journal of Obsessive-Compulsive and Related Disorders*, 3(2), 161–168. <https://doi.org/10.1016/j.jocrd.2013.11.006>
- Nisyrariou, A., Simou, M., & Simos, G. (2024). A cross-sectional study of how harm avoidance, incompleteness and intolerance of uncertainty contribute to obsessive-compulsive disorder in university students. *Psychiatry International*, 5(1), 121–133. <https://doi.org/10.3390/psychiatryint5010009>
- Ólafsson, R. P., Emmelkamp, P. M. G., Ólason, D. Þ., & Kristjánsson, Á. (2020). Disgust and contamination concerns: The mediating role of harm avoidance and incompleteness. *International Journal of Cognitive Therapy*, 13, 251–270. <https://doi.org/10.1007/s41811-020-00076-5>
- Page, M. J., McKenzie, J. E., Bossuyt, P. M., Boutron, I., Hoffmann, T. C., Mulrow, C. D., Shamseer, L., Tetzlaff, J. M., Akl, E. A., Brennan, S. E., Chou, R., Glanville, J., Grimshaw, J. M., Hróbjartsson, A., Lalu, M. M., Li, T., Loder, E. W., Mayo-Wilson, E., McDonald, S., ... Moher, D. (2021). The PRISMA 2020 statement: An updated

- guideline for reporting systematic reviews. *BMJ*, 372, Article n71.
<https://doi.org/10.1136/bmj.n71>
- Pietrefesa, A. S., & Coles, M. E. (2008). Moving beyond an exclusive focus on harm avoidance in obsessive compulsive disorder: Considering the role of incompleteness. *Behavior Therapy*, 39(3), 224–231. <https://doi.org/10.1016/j.beth.2007.08.004>
- Pietrefesa, A. S., & Coles, M. E. (2009). Moving beyond an exclusive focus on harm avoidance in obsessive-compulsive disorder: Behavioral validation for the separability of harm avoidance and incompleteness. *Behavior Therapy*, 40(3), 251–259.
<https://doi.org/10.1016/j.beth.2008.06.003>
- Rachman, S. (2002). A cognitive theory of compulsive checking. *Behaviour Research and Therapy*, 40(6), 625–639. [https://doi.org/10.1016/S0005-7967\(01\)00028-6](https://doi.org/10.1016/S0005-7967(01)00028-6)
- Salkovskis, P. M., Wroe, A. L., Gledhill, A., Morrison, N., Forrester, E., Richards, C., Reynolds, M., & Thorpe, S. (2000). Responsibility attitudes and interpretations are characteristic of obsessive-compulsive disorder. *Behaviour Research and Therapy*, 38(4), 347–372. [https://doi.org/10.1016/S0005-7967\(99\)00071-6](https://doi.org/10.1016/S0005-7967(99)00071-6)
- Sica, C., Bottesi, G., Caudek, C., Marchetti, I., Orsucci, A., Palmieri, G., Righi, S., & Ghisi, M. (2019). Construct validity of “Not Just Right Experiences”: Results from a picture-based assessment procedure. *International Journal of Cognitive Therapy*, 12(3), 217–241. <https://doi.org/10.1007/s41811-019-00054-6>
- Sica, C., Caudek, C., Chiri, L. R., Ghisi, M., & Marchetti, I. (2012). “Not just right experiences” predict obsessive–compulsive symptoms in non-clinical Italian individuals: A one-year longitudinal study. *Journal of Obsessive-Compulsive and Related Disorders*, 1(3), 159–167. <https://doi.org/10.1016/j.jocrd.2012.03.006>
- Slavin, R. E. (1986). Best-evidence synthesis: An alternative to meta-analytic and traditional reviews. *Educational Researcher*, 15(9), 5–11.
<https://doi.org/10.3102/0013189X015009005>
- Stein, D. J., Costa, D. L. C., Lochner, C., Miguel, E. C., Reddy, Y. C. J., Shavitt, R. G., van den Heuvel, O. A., & Simpson, H. B. (2019). Obsessive-compulsive disorder. *Nature Reviews Disease Primers*, 5(1), Article 52. <https://doi.org/10.1038/s41572-019-0102-3>
- Summerfeldt, L. J. (2004). Understanding and treating incompleteness in obsessive-compulsive disorder. *Journal of Clinical Psychology*, 60(11), 1155–1168.
<https://doi.org/10.1002/jclp.20080>
- Tufanaru, C., Munn, Z., Aromataris, E., Campbell, J., & Hopp, L. (2024). *Systematic reviews of effectiveness*. In E. Aromataris, C. Lockwood, K. Porritt, B. Pilla, & Z. Jordan (Eds.), *JBI manual for evidence synthesis*. JBI. <https://doi.org/10.46658/JBIMES-24-03>

- van Tulder, M., Furlan, A., Bombardier, C., & Bouter, L., & Editorial Board of the Cochrane Collaboration Back Review Group. (2003). Updated method guidelines for systematic reviews in the Cochrane Collaboration Back Review Group. *Spine*, 28(12), 1290–1299. <https://doi.org/10.1097/01.BRS.0000065484.95996.AF>
- Vellozo, A. P., Fontenelle, L. F., Torresan, R. C., Shavitt, R. G., Ferrão, Y. A., Rosário, M. C., Miguel, E. C., & Torres, A. R. (2021). Symmetry dimension in obsessive-compulsive disorder: Prevalence, severity and clinical correlates. *Journal of Clinical Medicine*, 10(2), Article 274. <https://doi.org/10.3390/jcm10020274>

Anexos

Anexo A

Estrategias de búsqueda por base de datos

PubMed

Base de datos: PubMed

Fecha de búsqueda: 16 de febrero de 2026

Estrategia de búsqueda:

```
(
  "Not Just Right"[Title/Abstract]
  OR "Not-Just-Right"[Title/Abstract]
  OR NJRE[Title/Abstract]
  OR incompleteness[Title/Abstract]
  OR "sense of incompleteness"[Title/Abstract]
)
AND
(
  "Obsessive-Compulsive Disorder"[Mesh]
  OR "obsessive-compulsive disorder"[Title/Abstract]
  OR OCD[Title/Abstract]
  OR "obsessive compulsive"[Title/Abstract]
)
AND
(
  dimension*[Title/Abstract]
  OR "symptom dimension"[Title/Abstract]
  OR subtype*[Title/Abstract]
  OR symmetry[Title/Abstract]
  OR ordering[Title/Abstract]
  OR checking[Title/Abstract]
  OR contamination[Title/Abstract]
  OR washing[Title/Abstract]
  OR "unacceptable thoughts"[Title/Abstract]
)
```

Resultados obtenidos: 60 registros

Scopus

Base de datos: Scopus

Fecha de búsqueda: 16 de febrero de 2026

Estrategia de búsqueda:

```
TITLE-ABS-KEY(OCD)  
AND TITLE-ABS-KEY(incompleteness OR "not just right" OR NJRE)  
AND TITLE-ABS-KEY(symmetry OR ordering OR checking OR contamination)
```

Resultados obtenidos: 45 registros

PsycINFO (EBSCOhost)

Base de datos: PsycINFO (EBSCOhost)

Fecha de búsqueda: 16 de febrero de 2026

Filtros aplicados:

- Publicaciones arbitradas

Estrategia de búsqueda:

```
TX (OCD)  
AND TX (incompleteness OR "not just right" OR NJRE)  
AND TX (symmetry OR ordering OR checking OR contamination)
```

Resultados obtenidos: 60 registros

Web of Science (Core Collection)

Base de datos: Web of Science Core Collection

Fecha de búsqueda: 18 de febrero de 2026

Campo de búsqueda: Topic

Filtros aplicados:

Tipo de documento: Article

Categorías: Psychiatry, Psychology, Behavioral Sciences

Idioma: English y Spanish

Rango temporal: 2000–2025

Estrategia de búsqueda:

```
("not just right" OR incomplet*)  
AND ("obsessive compulsive disorder")
```

Resultados obtenidos: 300 registros sin filtros; 27 registros tras aplicar filtros

Anexo B

Evaluación de la calidad metodológica y riesgo de sesgo por ítems

Tabla B1

Matriz de evaluación de la calidad metodológica y riesgo de sesgo mediante la JBI Critical Appraisal Checklist for Analytical Cross-Sectional Studies

Estudio	Q1	Q2	Q3	Q4	Q5	Q6	Q7	Q8	Puntuación	%	Calidad metodológica	Riesgo de sesgo
Belloch et al. (2016)	Yes	Yes	Yes	Yes	Yes	Unclear	Yes	Yes	7/8	87.5%	Alta	Bajo
Ecker y Gönner (2008)	Yes	Yes	Yes	Yes	Yes	Yes	Yes	Yes	8/8	100%	Alta	Bajo
Bottesi et al. (2017)	Unclear	Yes	Yes	Yes	Yes	Unclear	Yes	Yes	6/8	75%	Alta	Bajo
Pietrefesa y Coles (2008)	Unclear	Yes	Yes	Yes	No	No	Yes	Yes	5/8	62.5%	Moderada	Moderado
Cervin et al. (2020)	Yes	Yes	Yes	Yes	Yes	Yes	Yes	Yes	8/8	100%	Alta	Bajo
Martin et al. (2025)	Yes	Yes	Yes	Yes	Yes	Unclear	Yes	Yes	7/8	87.5%	Alta	Bajo
Ólafsson et al. (2020)	Unclear	Yes	Unclear	Yes	Yes	Yes	Yes	Yes	6/8	75%	Alta	Bajo
Nisyraiou et al. (2024)	Unclear	Yes	Yes	Yes	No	No	Yes	Yes	5/8	62.5%	Moderada	Moderado
Cogle et al. (2013)	Unclear	Yes	Unclear	Yes	Yes	Yes	Yes	Yes	6/8	75%	Alta	Bajo
Cogle et al. (2011)	Unclear	Yes	Yes	Yes	Yes	Unclear	Yes	Yes	6/8	75%	Alta	Bajo
Großmann et al. (2025)	Yes	Yes	Yes	Yes	Yes	Unclear	Yes	Yes	7/8	87.5%	Alta	Bajo

Nota. JBI = Joanna Briggs Institute. Q1 = Were the criteria for inclusion in the sample clearly defined? Q2 = Were the study subjects and the setting described in detail? Q3 = Was the exposure measured in a valid and reliable way? Q4 = Were objective, standard criteria used for measurement of the condition? Q5 = Were confounding factors identified? Q6 = Were strategies to deal with confounding factors stated? Q7 = Were the outcomes measured in a valid and reliable way? Q8 = Was appropriate statistical analysis used? Las respuestas se codificaron mediante las categorías originales de la herramienta: Yes, No, Unclear y Not applicable. La puntuación se calculó dividiendo el número de respuestas Yes entre el total de ítems aplicables. La calidad metodológica se clasificó como alta cuando el estudio cumplía $\geq 70\%$ de los ítems aplicables, moderada entre el 50% y el 69%, y baja cuando cumplía $< 50\%$. El riesgo de sesgo se interpretó de forma inversa a la calidad metodológica.

Tabla B2

Matriz de evaluación de la calidad metodológica y riesgo de sesgo mediante la JBI Critical Appraisal Checklist for Quasi-Experimental Studies (non-randomized experimental studies)

Estudio	Q1	Q2	Q3	Q4	Q5	Q6	Q7	Q8	Q9	Puntuación	%	Calidad metodológica	Riesgo de sesgo
Mathes et al. (2019)	Yes	Yes	Not applicable	No	Yes	Yes	Yes	Yes	Yes	7/8	87.5 %	Alta	Bajo

Nota. JBI = Joanna Briggs Institute. Q1 = *Is it clear in the study what is the 'cause' and what is the 'effect' (i.e. there is no confusion about which variable comes first)?* Q2 = *Were the participants included in any comparisons similar?* Q3 = *Were the participants included in any comparisons receiving similar treatment/care, other than the exposure or intervention of interest?* Q4 = *Was there a control group?* Q5 = *Were there multiple measurements of the outcome both pre and post the intervention/exposure?* Q6 = *Was follow up complete and if not, were differences between groups in terms of their follow up adequately described and analyzed?* Q7 = *Were the outcomes of participants included in any comparisons measured in the same way?* Q8 = *Were outcomes measured in a reliable way?* Q9 = *Was appropriate statistical analysis used?* Las respuestas se codificaron mediante las categorías originales de la herramienta: Yes, No, Unclear y Not applicable. La puntuación se calculó dividiendo el número de respuestas Yes entre el total de ítems aplicables. La calidad metodológica se clasificó como alta cuando el estudio cumplía $\geq 70\%$ de los ítems aplicables, moderada entre el 50% y el 69%, y baja cuando cumplía $< 50\%$. El riesgo de sesgo se interpretó de forma inversa a la calidad metodológica.

Tabla B3

Matriz de evaluación de la calidad metodológica y riesgo de sesgo mediante la JBI Critical Appraisal Checklist for Cohort Studies

Estudio	Q1	Q2	Q3	Q4	Q5	Q6	Q7	Q8	Q9	Q10	Q11	Puntuación	%	Calidad metodológica	Riesgo de sesgo
Lundström et al. (2024)	Yes	Yes	Yes	Yes	Unclear	Yes	Yes	Yes	Yes	Yes	Yes	10/11	90.9 %	Alta	Bajo
Sica et al. (2012)	Yes	Yes	Yes	Yes	Yes	Yes	Yes	Yes	Unclear	Yes	Yes	10/11	90.9 %	Alta	Bajo

Nota. JBI = Joanna Briggs Institute. Q1 = *Were the two groups similar and recruited from the same population?* Q2 = *Were the exposures measured similarly to assign people to both exposed and unexposed groups?* Q3 = *Was the exposure measured in a valid and reliable way?* Q4 = *Were confounding factors identified?* Q5 = *Were strategies to deal with confounding factors stated?* Q6 = *Were the groups/participants free of the outcome at the start of the study (or at the moment of exposure)?* Q7 = *Were the outcomes measured in a valid and reliable way?* Q8 = *Was the follow up time reported and sufficient to be long enough for outcomes to occur?* Q9 = *Was follow up complete, and if not, were the reasons to loss to follow up described and explored?* Q10 = *Were strategies to address incomplete follow up utilized?* Q11 = *Was appropriate statistical analysis used?* Las respuestas se codificaron mediante las categorías originales de la herramienta: Yes, No, Unclear y Not applicable. La puntuación se calculó dividiendo el número de respuestas Yes entre el total de ítems aplicables. La calidad metodológica se clasificó como alta cuando el estudio cumplía $\geq 70\%$ de los ítems aplicables, moderada entre el 50% y el 69%, y baja cuando cumplía $< 50\%$. El riesgo de sesgo se interpretó de forma inversa a la calidad metodológica.