



UPF
UNIVERSIDAD
PARA LA FAMILIA



MAESTRIA EN PSICOLOGIA Y CONSEJERIA FAMILIAR.

MATERIA: Trastornos Obsesivos
Compulsivos.

ALUMNO: Andrés Eguía Vega.

TEMA: Que son los Trastornos Obsesivos
Compulsivos.

1. Responde a las siguientes preguntas

1. 1. Escribe un concepto de Trastorno Obsesivo Compulsivo

R: El Trastorno Obsesivo Compulsivo (TOC) se clasifica en el DSMIV como un Trastorno de Ansiedad, manifestado con obsesiones, compulsiones o ambas, que causan perturbación significativa en el área social o personal.

Las obsesiones se definen como pensamientos, impulsos o imágenes recurrentes y persistentes que se experimentan en algún momento del trastorno como intrusos e inapropiados, y causan ansiedad o malestar significativos.

Las compulsiones se definen por comportamientos o actos mentales de carácter repetitivo, que el individuo se ve obligado a realizar en respuesta a una obsesión o con arreglo a ciertas reglas que debe seguir estrictamente.

1. 2. ¿Qué lugar tienen los rituales en el Trastorno Obsesivo compulsivo?

R: Los rituales ocupan un lugar central y definitorio en el Trastorno Obsesivo-Compulsivo (TOC). Desde el punto de vista clínico —tal como se describe en manuales diagnósticos como el DSM-5 Manual Diagnostico y Estadístico de los Trastornos Mentales—, los rituales corresponden a lo que se denomina compulsiones y constituyen uno de los dos ejes fundamentales del trastorno, junto con las obsesiones.

Los rituales son conductas repetitivas (acciones o actos mentales) que la persona se siente impulsada a realizar en respuesta a una obsesión o según reglas rígidas que “deben” cumplirse. No se llevan a cabo por placer, sino para reducir ansiedad, malestar o prevenir un daño temido, aunque ese alivio suele ser temporal.

Ejemplos frecuentes:

- Lavarse las manos repetidamente
- Comprobar cerraduras, estufas o interruptores
- Contar, repetir frases mentalmente o rezar de forma compulsiva
- Ordenar objetos siguiendo reglas muy estrictas

Los rituales cumplen una función clave: regular la ansiedad generada por las obsesiones. Desde un enfoque conductual, funcionan como un mecanismo de refuerzo negativo: al realizar el ritual, la ansiedad disminuye, lo que aumenta la probabilidad de repetir la conducta en el futuro. Esto mantiene y agrava el trastorno.

1. 3. ¿En que se basa el «Trastorno Obsesivo Compulsivo»?

R: Se basa principalmente en la interacción entre pensamientos obsesivos y conductas compulsivas, que generan un ciclo de ansiedad difícil de romper. De forma clara, se puede entender así:

Que son los Trastornos Obsesivos Compulsivos.

1. Obsesiones

Son pensamientos, imágenes o impulsos repetitivos e intrusivos que aparecen de manera involuntaria y generan mucha ansiedad o malestar.

Ejemplos comunes:

- Miedo intenso a la contaminación
- Pensamientos de daño o culpa excesiva
- Dudas constantes (ej. “¿cerré la puerta?”)

Estas obsesiones no son deseadas y la persona reconoce que son irracionales, pero no logra controlarlas.

2. Compulsiones

Son conductas repetitivas o actos mentales que la persona realiza para reducir la ansiedad que provocan las obsesiones.

Ejemplos:

- Lavarse las manos excesivamente
- Revisar cosas una y otra vez
- Contar, repetir palabras o rezar de forma ritual

El alivio que producen es temporal, lo que refuerza el ciclo del TOC.

3. Base neurobiológica

Las investigaciones indican que el TOC está relacionado con:

- Alteraciones en la **serotonina**, un neurotransmisor clave en el control de la ansiedad y los impulsos
- Disfunción en circuitos cerebrales relacionados con el control y la toma de decisiones

Por eso, en muchos casos se combinan **psicoterapia** y **tratamiento farmacológico**.

4. TOC como trastorno de ansiedad

Según los manuales diagnósticos (como el DSM-5), el TOC se clasifica dentro de los trastornos relacionados con la ansiedad, ya que:

- La ansiedad es el motor principal del problema
- Las compulsiones son intentos de aliviar esa ansiedad

Esto explica su frecuente relación con la depresión y otros trastornos de ansiedad.

Que son los Trastornos Obsesivos Compulsivos.

5. Enfoque psicológico

El modelo más efectivo para tratar el TOC es la **terapia cognitivo-conductual (TCC)**, especialmente:

- Exposición y prevención de respuesta
- Reestructuración de pensamientos irracionales

Este enfoque ayuda a romper el ciclo obsesión-compulsión y mejorar la calidad de vida.

1. 4. Según las investigaciones y los supuestos (se cree); ¿Qué lugar ocupa la Serotonina en el TOC?

R: Según las investigaciones y los supuestos actuales, la serotonina ocupa un papel central pero no exclusivo en el Trastorno Obsesivo-Compulsivo (TOC). Su importancia se entiende mejor como un modulador clave de los circuitos cerebrales implicados, más que como la causa única del trastorno.

Hipótesis serotoninérgica clásica

Durante décadas se sostuvo que el TOC se debía principalmente a una disfunción del sistema serotoninérgico, hipótesis apoyada por la eficacia clínica de los fármacos que aumentan la serotonina sináptica (ISRS y clomipramina). Estos medicamentos reducen de forma significativa las obsesiones y compulsiones en una parte importante de los pacientes, lo que sugiere que la serotonina está implicada en la fisiopatología del TOC.

Regulación de pensamientos obsesivos

La serotonina participa en la inhibición de respuestas cognitivas y conductuales. Se cree que una baja actividad serotoninérgica dificulta suprimir pensamientos intrusivos, favoreciendo la persistencia de obsesiones. Esto se relaciona con la modulación de áreas como la corteza prefrontal y el circuito cortico-estriado-tálamo-cortical, ambos alterados en el TOC.

Evidencia neurobiológica

Estudios neuroendocrinos, genéticos y de neuroimagen indican alteraciones en los receptores y transportadores de serotonina, así como en su interacción con otros sistemas, lo que refuerza su papel relevante pero complejo en el TOC.

Limitaciones del modelo serotoninérgico

La investigación más reciente muestra que el TOC no puede explicarse solo por un “déficit de serotonina”. Aproximadamente el 40–60 % de los pacientes responde adecuadamente a tratamientos serotoninérgicos, lo que indica que la serotonina es importante, pero no suficiente por sí sola para explicar el trastorno. Hoy se considera que el TOC es principalmente un trastorno de circuitos neuronales, en el que la serotonina actúa como modulado.

Según los supuestos e investigaciones actuales, la serotonina ocupa un lugar fundamental pero no exclusivo en el TOC. Su papel consiste en regular los circuitos cerebrales implicados en la inhibición, el que son los Trastornos Obsesivos Compulsivos.

control emocional y la repetición de conductas, pero el trastorno surge de una interacción más amplia entre varios neurotransmisores y redes neuronales, no de una sola alteración química.

1.5. Comenta algo sobre los pacientes de TOC y la limpieza.

R: En el trastorno obsesivo-compulsivo (TOC), la limpieza excesiva es una respuesta intensa a pensamientos intrusivos (obsesiones) relacionados con la suciedad, los gérmenes o la contaminación.

Un punto clave es que estas conductas no producen placer, sino solo un alivio momentáneo, y luego la ansiedad vuelve, generando un círculo difícil de romper. Por eso, la limpieza en el TOC puede llegar a interferir seriamente con la vida diaria, el trabajo, las relaciones sociales y la salud física (por ejemplo, irritaciones o heridas en la piel por el lavado excesivo).

1.6. Comenta algo sobre los pacientes de TOC y el Temor a contaminarse.

R: En muchos pacientes con TOC de limpieza, la persona siente una ansiedad muy fuerte ante la idea de estar “contaminada” o de que algo esté sucio. Para aliviar esa ansiedad, realiza conductas repetitivas (compulsiones), como lavarse las manos una y otra vez, desinfectar objetos en exceso o limpiar durante horas, aunque sea consciente de que es exagerado.

1.7. Qué relación hay entre pacientes TOC y los Episodios de Depresión Mayor

R: La relación entre el Trastorno Obsesivo-Compulsivo (TOC) y los Episodios de Depresión Mayor (TDM) es estrecha, frecuente y clínicamente muy relevante. La investigación actual coincide en que no se trata de una simple coincidencia, sino de una comorbilidad bidireccional con implicaciones diagnósticas, pronósticas y terapéuticas claras.

1. Alta comorbilidad entre TOC y Depresión Mayor

Numerosos estudios muestran que la depresión es **una de las comorbilidades más frecuentes en pacientes con TOC**. Revisiones clínicas y metaanálisis reportan que una proporción importante de personas con TOC desarrollan **episodios de depresión mayor a lo largo de su vida**, especialmente cuando el TOC es crónico o severo.

La depresión puede:

- Aparecer **después del inicio del TOC**
- Presentarse de forma **simultánea**
- O, en menor medida, preceder a los síntomas obsesivo-compulsivos

Que son los Trastornos Obsesivos Compulsivos.

2. El TOC como factor de riesgo para Episodios Depresivos

El TOC suele generar:

- Alto nivel de ansiedad persistente
- Interferencia funcional (laboral, social, familiar)
- Sensación de pérdida de control
- Culpa, vergüenza y desesperanza

Este desgaste emocional sostenido favorece la aparición de síntomas depresivos clínicamente significativos, que pueden evolucionar a un Episodio de Depresión Mayor.

3. Mecanismos compartidos entre TOC y Depresión

La literatura sugiere varios mecanismos comunes, aunque ninguno explica por sí solo la relación:

a) Factores neurobiológicos

Ambos trastornos comparten alteraciones en:

- Circuitos fronto-estriado-límbicos
- Regulación serotoninérgica

Esto ayuda a explicar por qué antidepresivos ISRS son efectivos en ambos cuadros.

b) Factores cognitivos

Se observan patrones cognitivos comunes:

- Pensamiento rígido y rumiativo
- Interpretaciones negativas persistentes
- Sobreestimación del daño y la culpa

Estos procesos cognitivos facilitan tanto las obsesiones como el estado de ánimo deprimido.

c) Interacción sintomática

Estudios de análisis en red muestran que ciertos síntomas actúan como “puentes” entre TOC y depresión, por ejemplo:

- Angustia causada por las compulsiones
- Fatiga
- Agitación psicomotora
- Crisis de pánico

Que son los Trastornos Obsesivos Compulsivos.

Estos síntomas conectan ambos trastornos y perpetúan la comorbilidad.

4. Impacto clínico de la depresión en pacientes con TOC

La presencia de un Episodio Depresivo Mayor en pacientes con TOC se asocia con:

- Mayor gravedad global
- Peor respuesta al tratamiento
- Más riesgo suicida
- Menor adherencia terapéutica

Aunque los pacientes con TOC y depresión pueden mejorar con tratamiento combinado, la mejoría suele ser menor que en pacientes con TOC sin depresión.

5. Implicaciones terapéuticas

La evidencia actual recomienda:

- Evaluar sistemáticamente depresión en todo paciente con TOC
- Tratar ambos trastornos de forma integrada
- Combinar:
 - Terapia Cognitivo-Conductual (especialmente EPR adaptada)
 - Intervenciones específicas para depresión
 - Tratamiento farmacológico con ISRS cuando está indicado

Los tratamientos que abordan explícitamente la depresión junto al TOC muestran mejores resultados que aquellos centrados solo en las obsesiones y compulsiones.

1.8. Describe cada uno de los:

- Tipos de obsesiones, y
- Tipos de compulsiones

R: En el trastorno obsesivo-compulsivo (TOC) se distinguen dos grandes componentes: obsesiones (pensamientos) y compulsiones (conductas o actos mentales). Se describen las más frecuentes, de acuerdo con la clasificación clínica usada en psicología y psiquiatría, como la que aparece en el DSM-5 Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales y materiales clínicos sobre TOC.

Obsesiones (ideas, pensamientos o imágenes intrusivas)

- **Contaminación**
Miedo intenso a gérmenes, suciedad o sustancias que se perciben como peligrosas.
- **Daño o agresión**
Pensamientos recurrentes de hacer daño a otros o a uno mismo, aunque no exista deseo real de hacerlo.

Que son los Trastornos Obsesivos Compulsivos.

- **Dudas patológicas**
Incertidumbre persistente sobre haber hecho algo correctamente (cerrar la puerta, apagar la estufa, etc.).
- **Orden y simetría**
Necesidad excesiva de que las cosas estén perfectamente alineadas, simétricas o “como deben estar”.
- **Pensamientos prohibidos**
Ideas consideradas inaceptables por la persona (morales, religiosas o sociales), que generan mucha culpa o ansiedad.
- **Responsabilidad excesiva**
Creencia de que uno es responsable de prevenir catástrofes o hechos negativos, aunque no tenga control real.

Compulsiones (conductas o rituales repetitivos)

- **Lavado o limpieza**
Lavarse las manos, ducharse o limpiar objetos de manera repetitiva para reducir la ansiedad por contaminación.
- **Comprobación**
Revisar repetidamente puertas, llaves, electrodomésticos o tareas para aliviar la duda.
- **Ordenar o acomodar**
Colocar objetos de una forma específica hasta que “se sientan bien”.
- **Repetición**
Repetir palabras, números, oraciones o acciones un número determinado de veces.
- **Rituales mentales**
Contar, rezar o repetir frases mentalmente para neutralizar pensamientos obsesivos.
- **Evitación**
Evitar personas, lugares o situaciones que puedan desencadenar la obsesión.

Las obsesiones generan ansiedad y las compulsiones se realizan para aliviarla, aunque el alivio es solo temporal y mantiene el problema.