

TRASTORNOS OBSESIVOS COMPULSIVOS

Tabla 1. Criterios del DSM-5 (2013) para el diagnóstico del trastorno obsesivo-compulsivo

A. Presencia de obsesiones, compulsiones o ambas: Las obsesiones se definen por (1) y (2): 1. Pensamientos, impulsos o imágenes recurrentes y persistentes que se experimentan, en algún momento durante el trastorno, como intrusas o no deseadas, y que en la mayoría de los sujetos causan ansiedad o malestar importante. 2. 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 se definen por (1) y (2): 1. 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. 2. El objetivo de los comportamientos o actos mentales 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 (p. ej., ocupan 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 (p. ej., una droga, un medicamento) o a otra afección médica. D. La alteración no se explica mejor por los síntomas de otro trastorno mental.(p. ej., preocupaciones excesivas, como en el trastorno de ansiedad generalizada; preocupación por el aspecto, como en el trastorno dismórfico corporal; dificultad de deshacerse o renunciar a las posesiones, como en el trastorno de acumulación; arrancarse el pelo, como en la tricotilomanía(trastorno de arrancarse el pelo); rascarse la piel, como en el trastorno de excoriación (rascarse la piel); estereotipias, como en el trastorno de movimientos estereotipados; comportamiento alimentario ritualizado, como en los trastornos alimentarios; problemas con sustancias o con el juego, como en los trastornos relacionados con sustancias y trastornos adictivos; preocupación por padecer una enfermedad, como en el trastorno de ansiedad por enfermedad; impulsos o fantasías sexuales, como en los trastornos parafilicos; impulsos, como en los trastornos perturbadores, del control de los impulsos y de la conducta; rumiaciones de culpa, como en el trastorno de depresión mayor; inserción de pensamientos o delirios, como en la esquizofrenia y otros trastornos psicóticos; o patrones de comportamiento repetitivo, como en los trastornos del espectro del autismo). <i>Especificar si:</i> Con introspección buena o aceptable: El sujeto reconoce que las creencias del trastorno obsesivo-compulsivo son claramente o probablemente no ciertas o que pueden ser ciertas o no. Con poca introspección: El sujeto reconoce que las creencias del trastorno obsesivo-compulsivo son claramente o probablemente no ciertas o que pueden ser ciertas o no. Con ausencia de introspección/con creencias delirantes: El sujeto está completamente convencido de que las creencias del trastorno obsesivo-compulsivo son ciertas. ¹

DESCRIPCIÓN DEL DSM V DEL TOC



PRINCIPALES TIPOS DE TRASTORNOS

OBSESIONES Y COMPULSIONES

DUDA CONSTANTE A LA ACCIÓN

MINI TOC
(TOC como regulador emocional)

FOBIAS AL IMPULSO

RITUALES CON DOLOR SUAVE

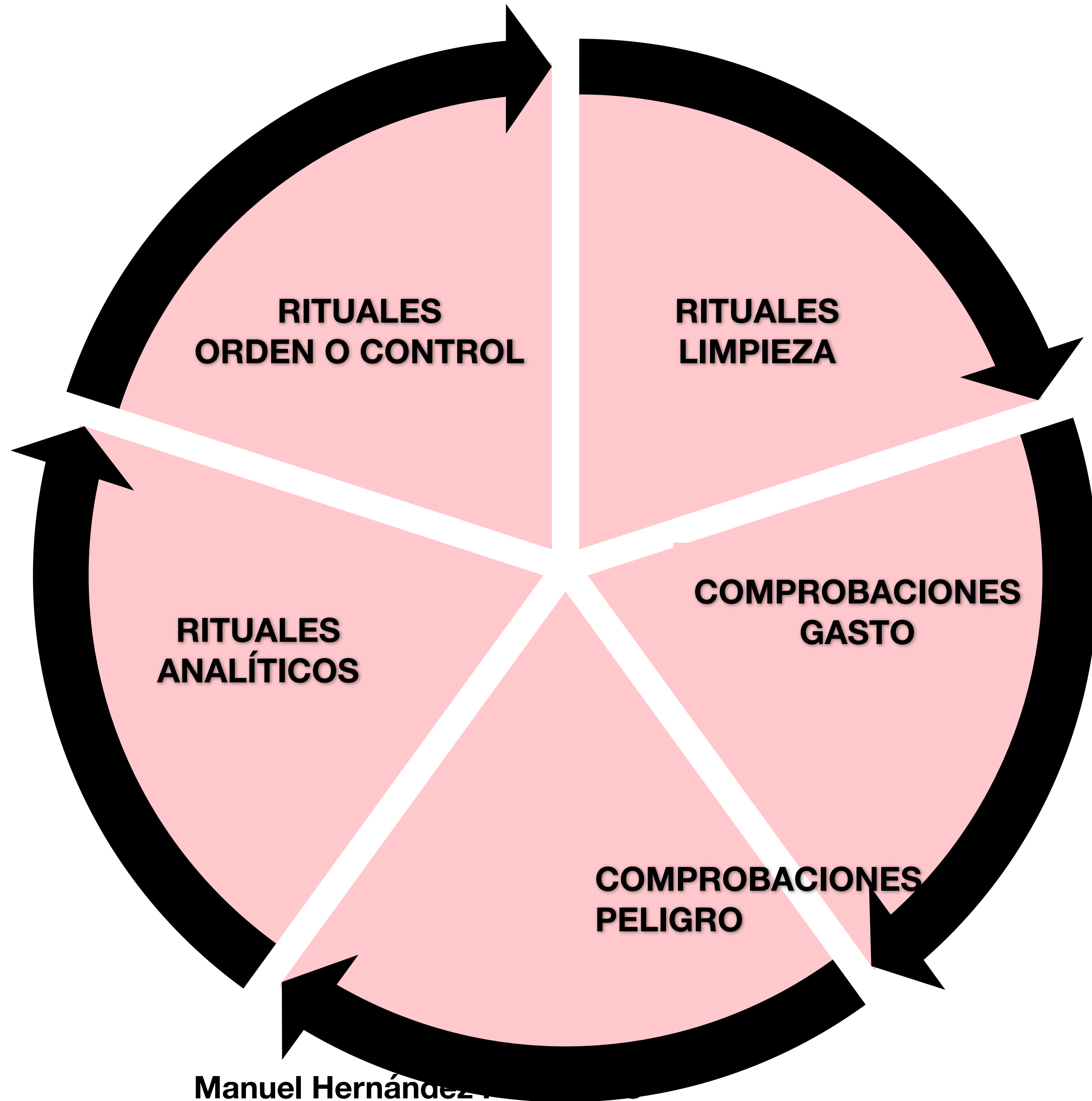
X

Descubre más en:
www.psicologomanuelhernandez.es

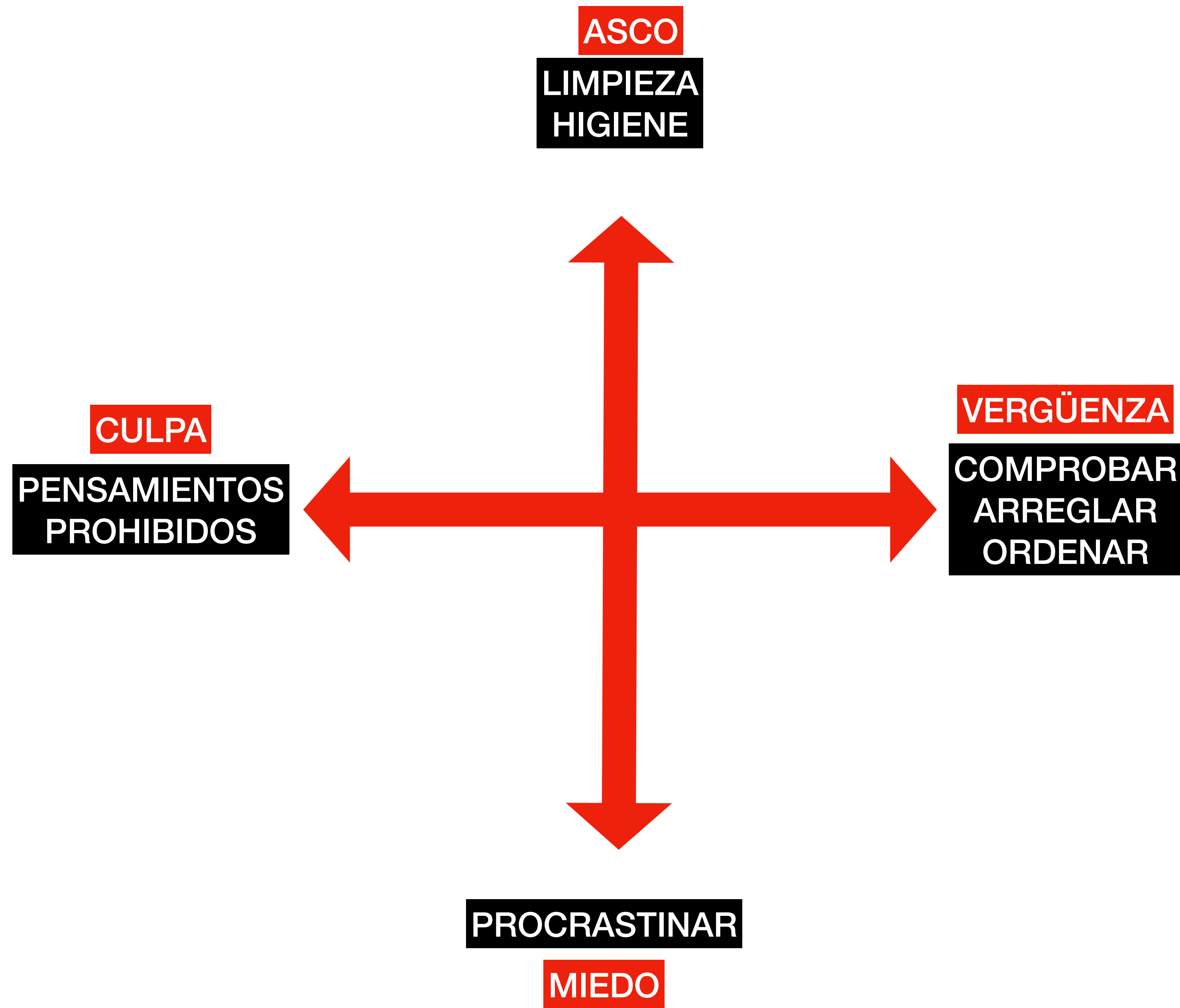
Manuel Hernández
GESTIÓN EMOCIONAL



parcuve®
method

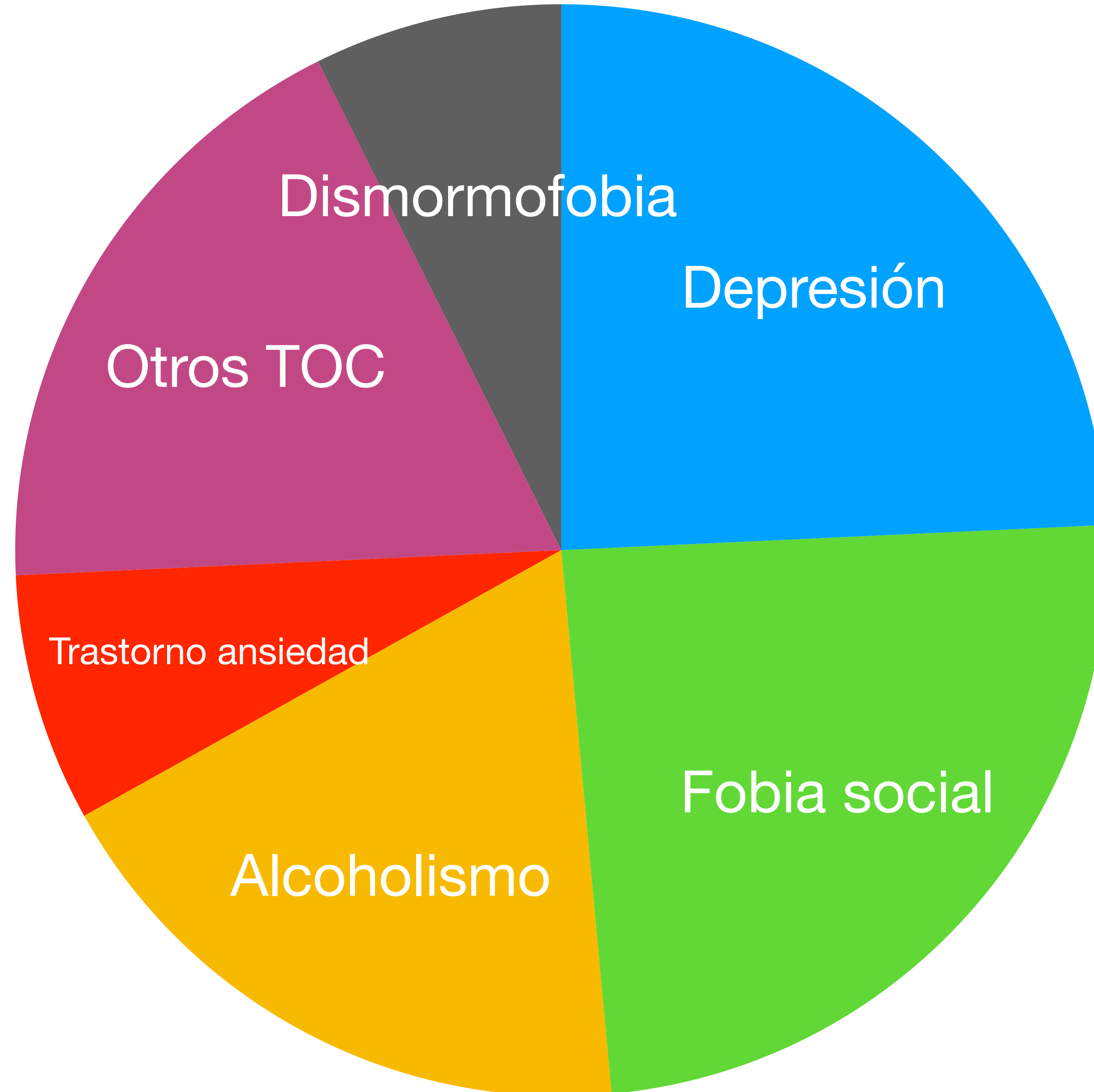


Manuel Hernández



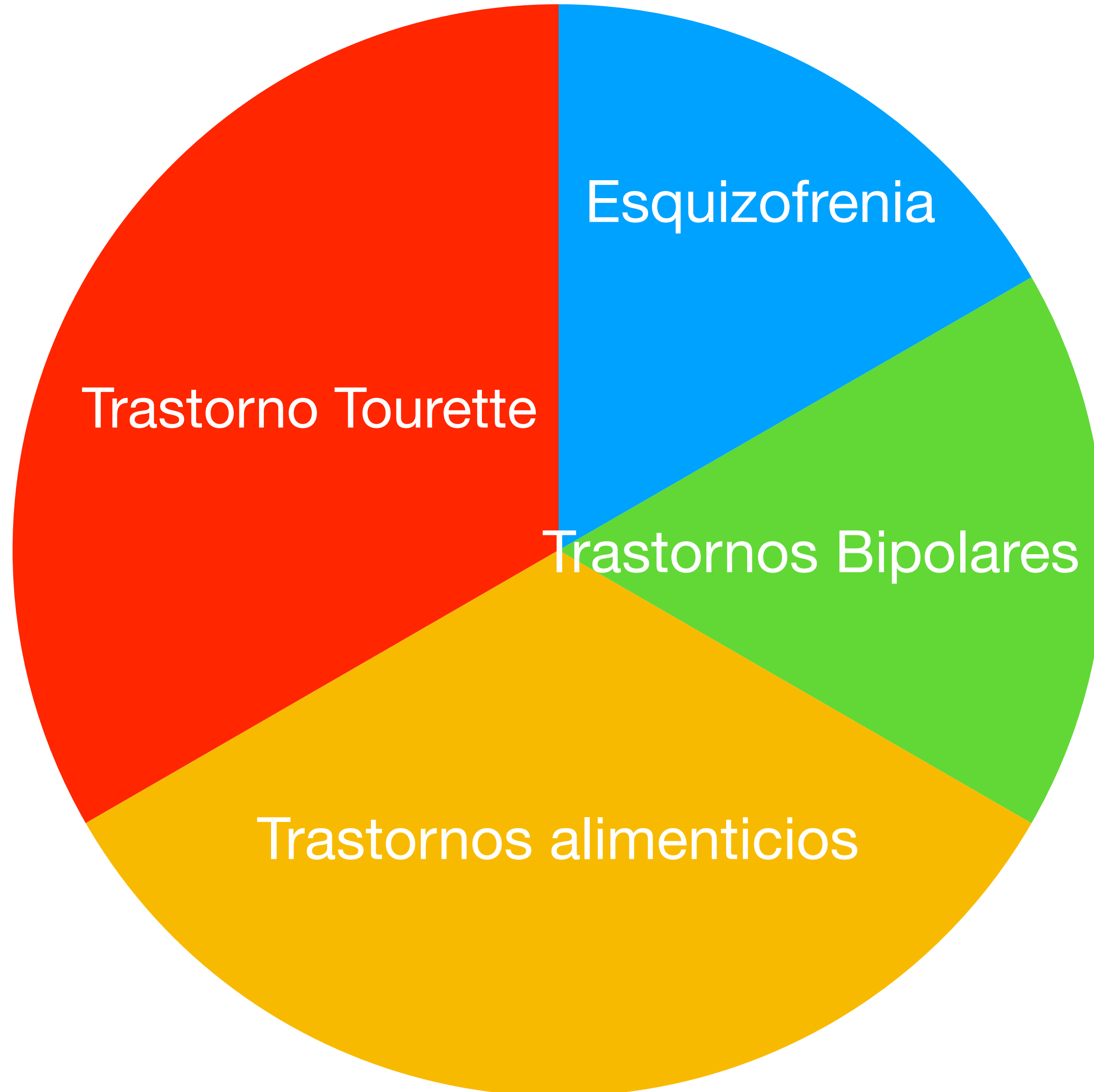


Comorbilidad en el TOC



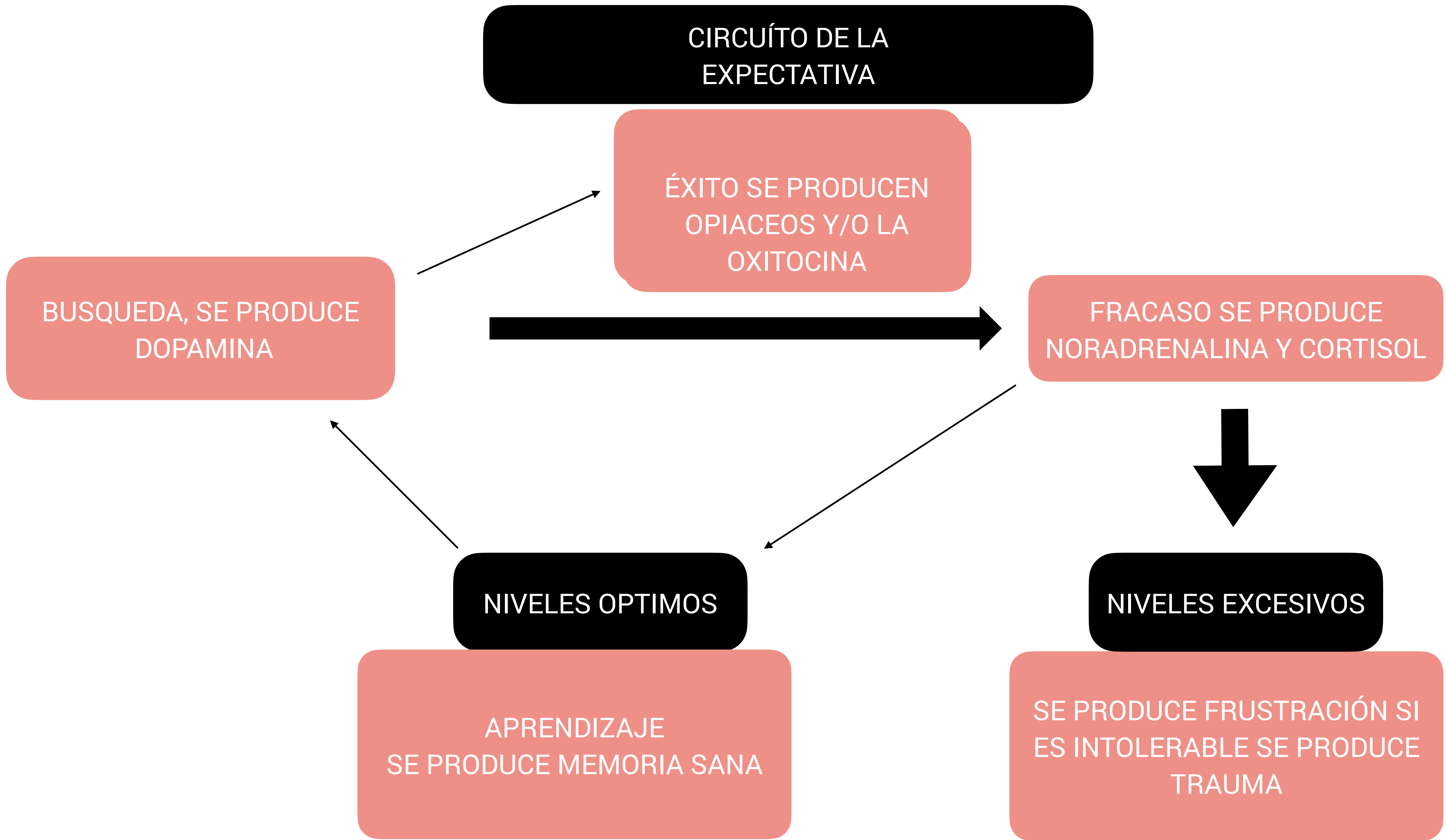
Manuel Hernández Pacheco ©

Comorbilidad en el TOC



Manuel Hernández Pacheco ©

APEGO Y EL TOC



MEMORIA A LARGO PLAZO

**MEMORIA
EXPLICITA**

**MEMORIA
SEMÁNTICA**

**MEMORIA
EPISÓDICA**

HIPOCAMP

**MEMORIA
IMPLICITA**

**HÁBITOS Y
HABILIDADES**

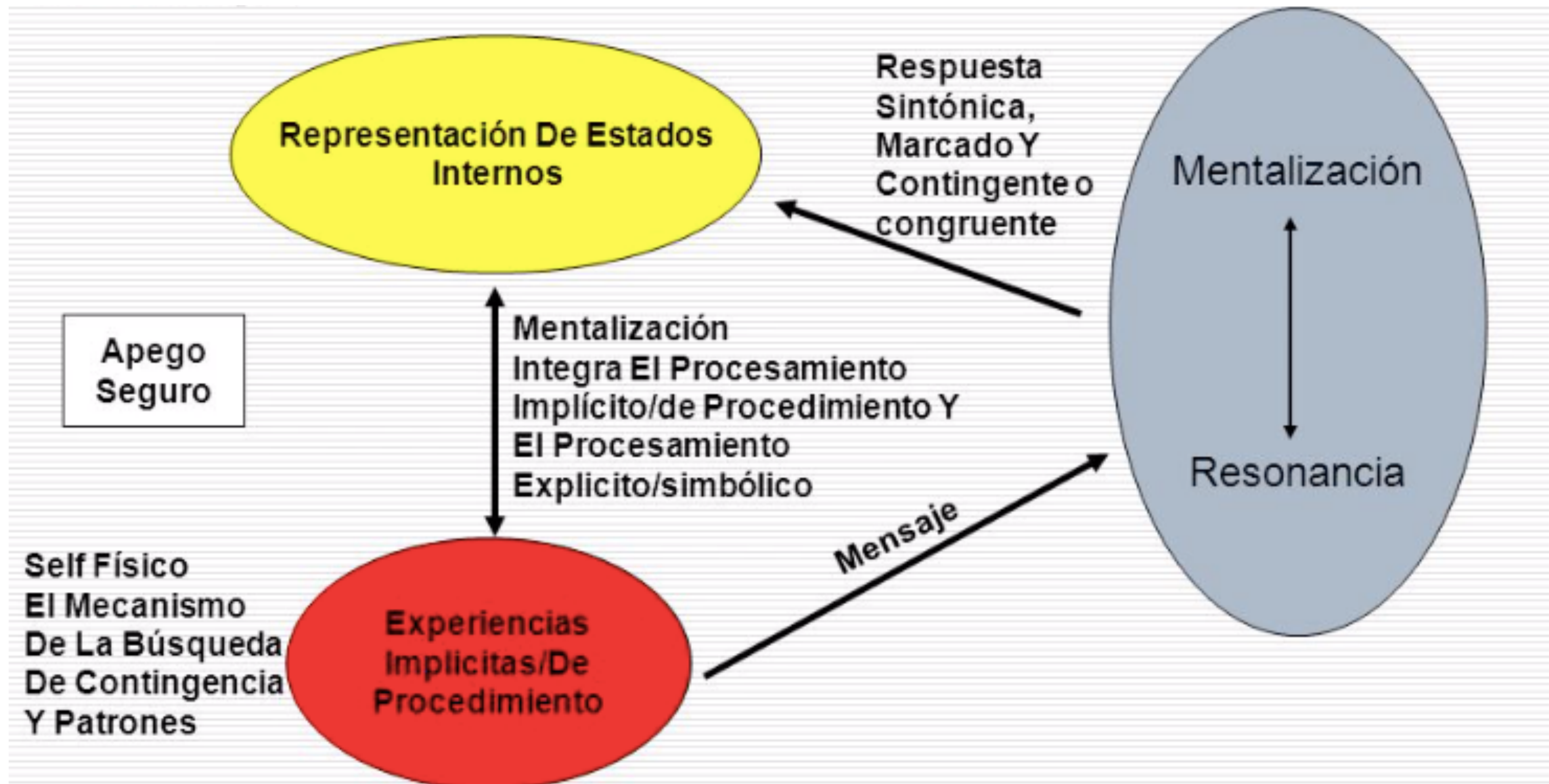
**MEMORIAS
EMOCIONALES**

**APRENDIZAJES
NO-ASOCIATIVOS**

**GÁNGLIO
BASAL**

**AMÍGDALA
NÚCLEO
CENTRAL**

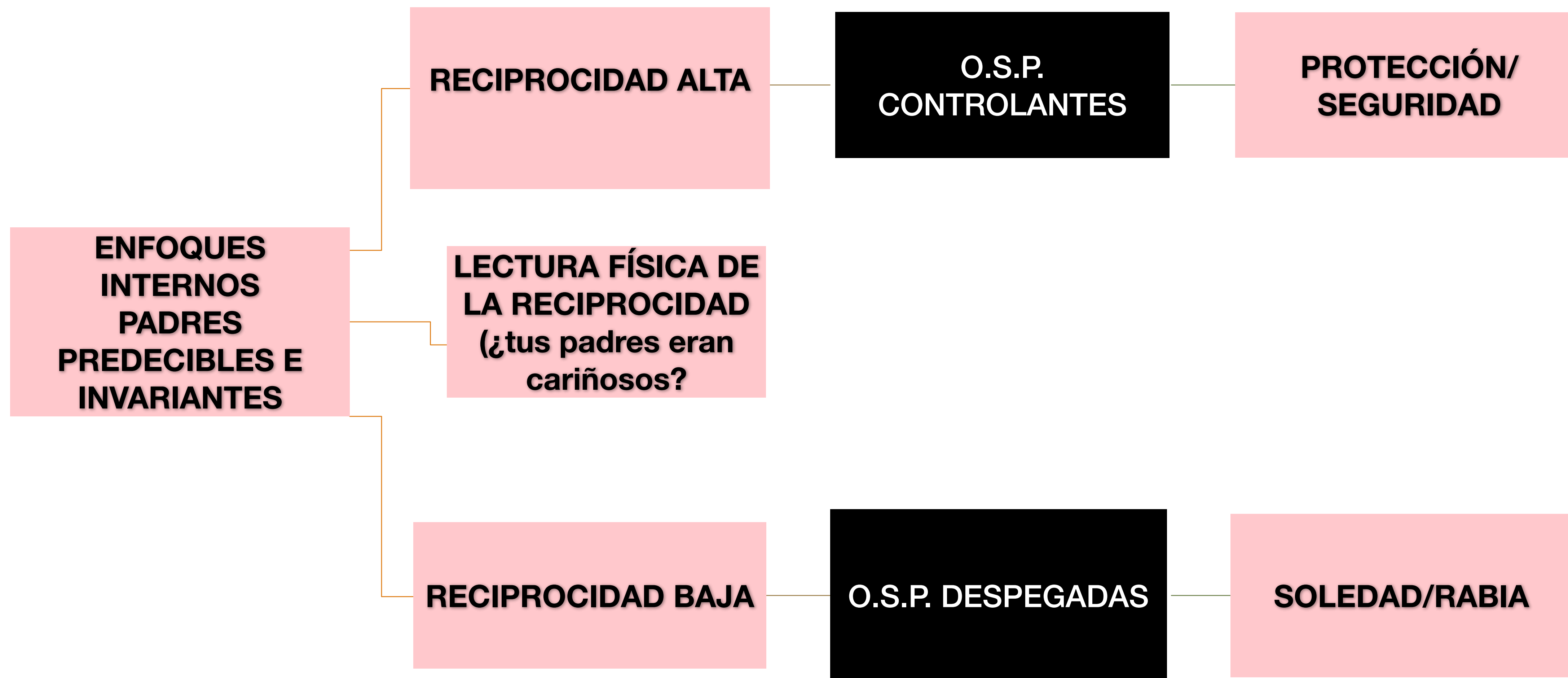
**VIAS
NEURONALES
REFLEJOS**



ES INWARD O INTERNOS

X

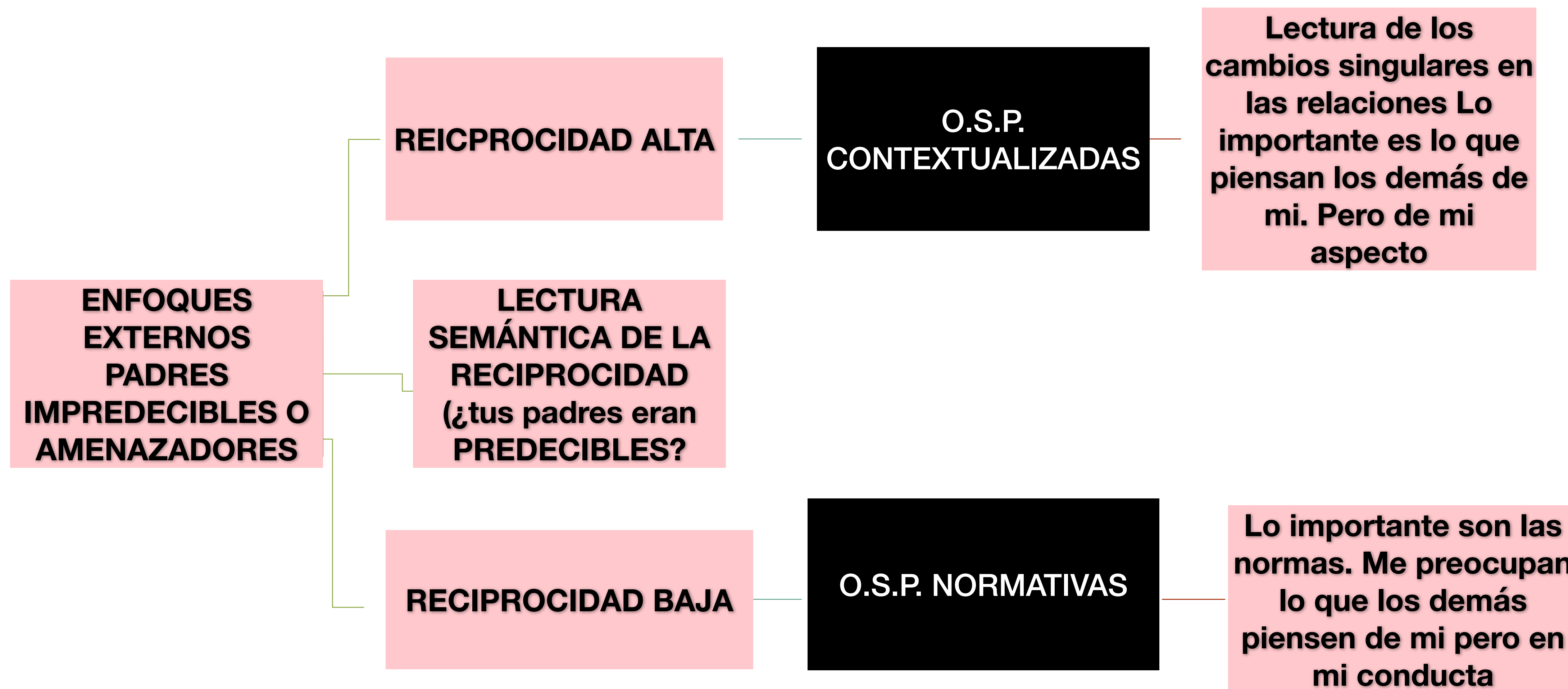
SOY AQUELLO QUE SIENTO SER

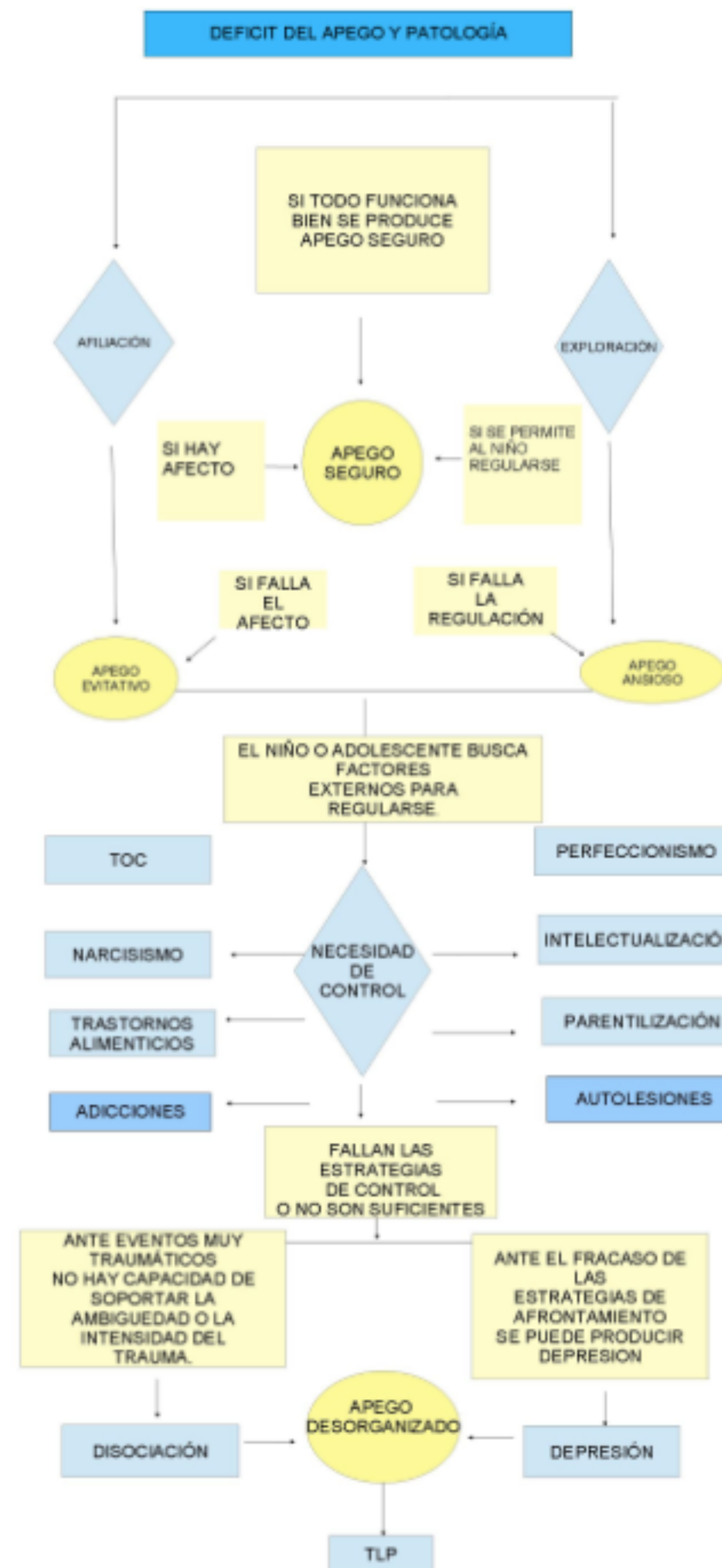


OUTWARD O EXTERNOS

X

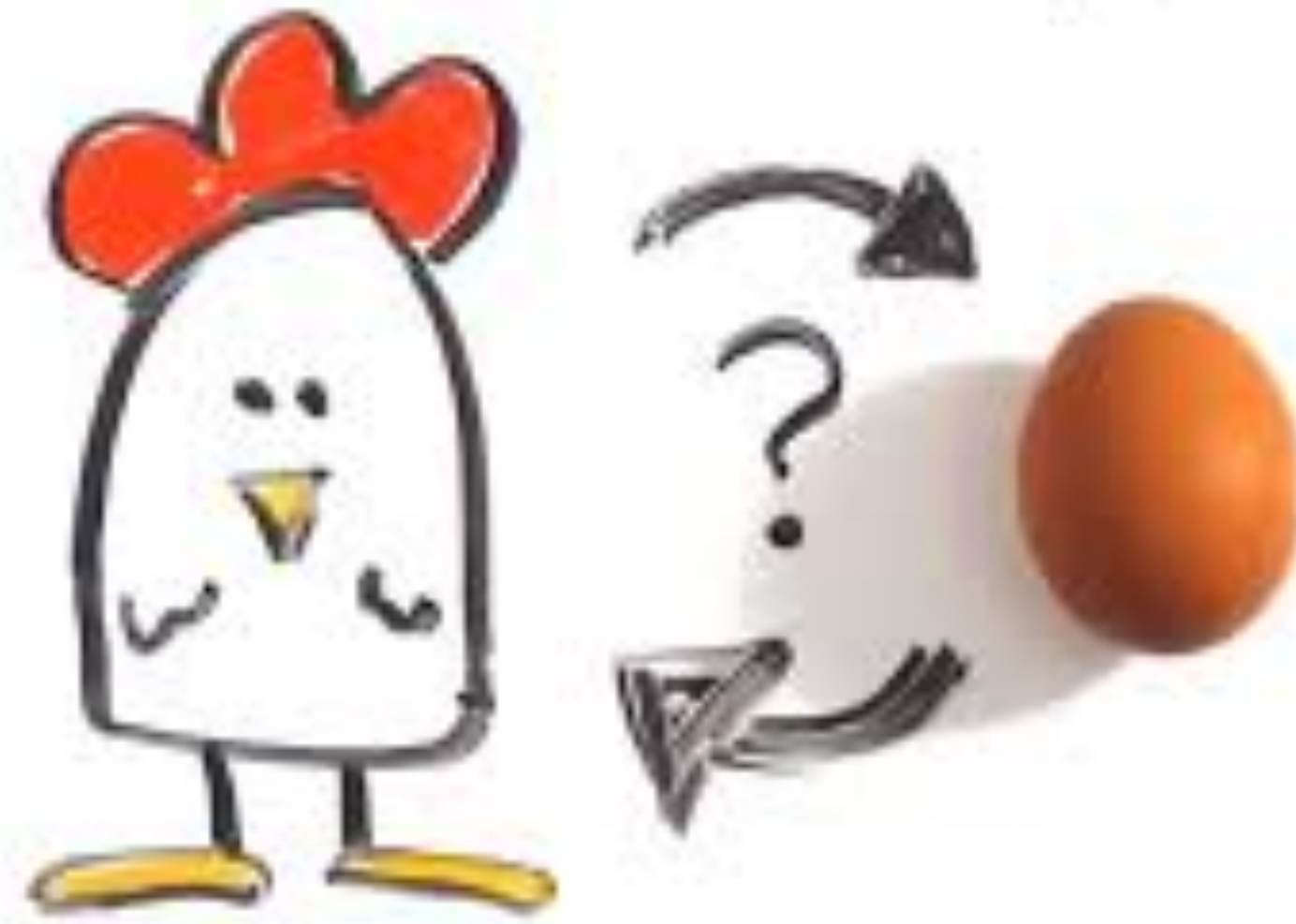
SOY AQUELLO QUE LOS DEMÁS ME HACEN COMPRENDER QUE SOY





NEUROBIOLOGÍA DEL TOC

¿EL HUEVO O LA GALLINA?



¿GENÉTICA O AMBIENTE?

¿QUE ÁREAS CEREBRALES ESTÁN IMPLICADAS EN EL TOC?

Corteza Motora

**MOVIMIENTOS
VOLUNTARIOS**

**CIRCUITO DEL
ASCO/EMOCIONES**

Anterior
cingulate
cortex

Frontal
cortex

Orbitofrontal cortex

DETECCIÓN DE ERRORES

Basal ganglia

Núcleo Caudado

**TRANSMISIÓN AUTOMÁTICA
DEL PENSAMIENTO**

Putamen

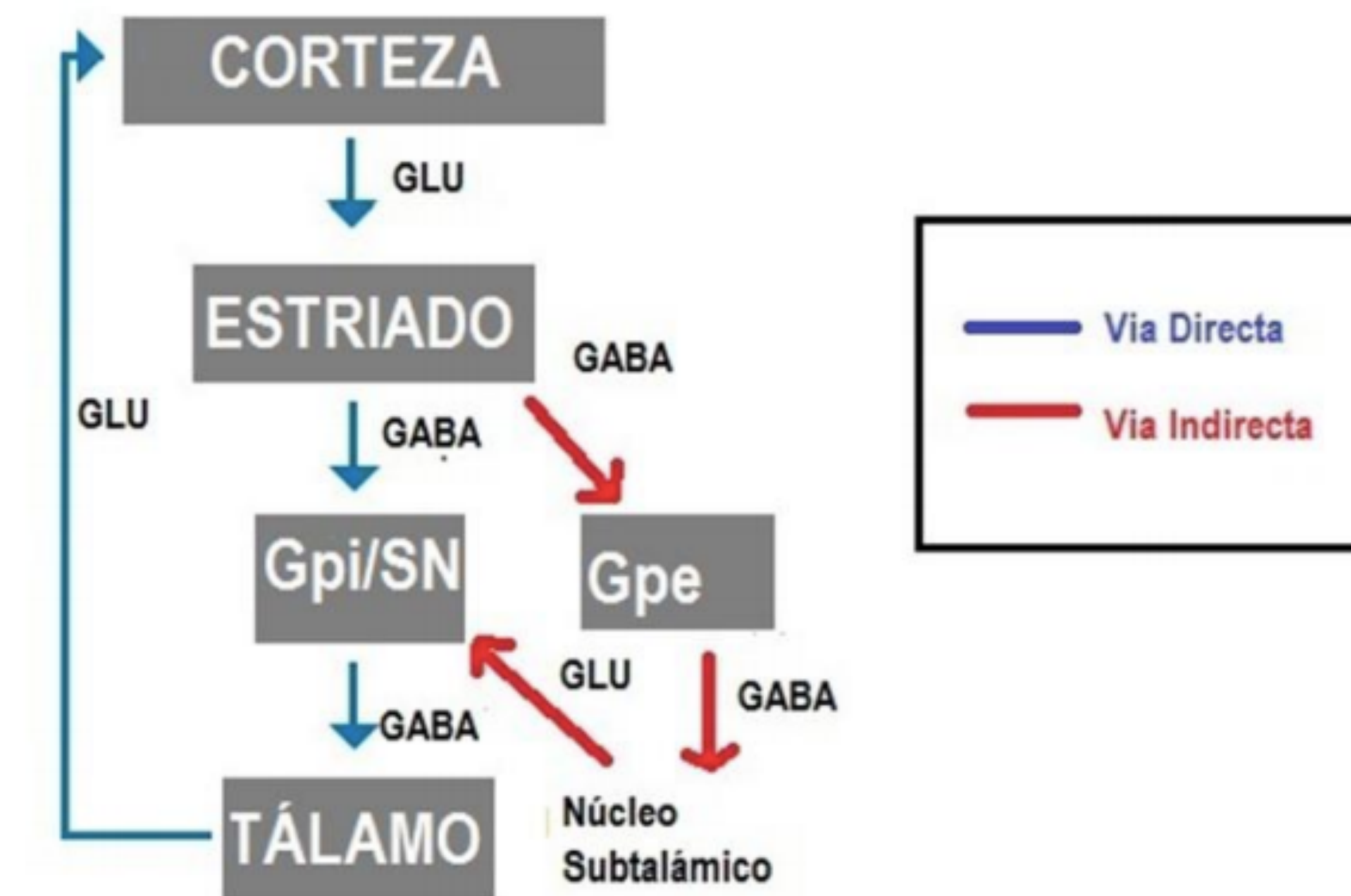
**TRANSMISIÓN
AUTOMÁTICA
DEL MOVIMIENTO**

Thalamus

LA ESTACIÓN DE RELEVO

Manuel Hernández Pacheco ©

El sustrato neurobiológico del TOC se encuentra en los circuitos corticoestriatales que unen las áreas frontales al tálamo y el núcleo subtalámico a través del estriado dorsal y ventral. El circuito excitador principal conecta la corteza orbitofrontal (OFC) y la corteza prefrontal ventromedial (VMPFC) con el cuerpo estriado, el cuerpo estriado con el tálamo y el tálamo con las áreas frontales. Una vía inhibitoria de arriba hacia abajo paralela va desde la corteza prefrontal dorsolateral (DLPFC) hasta el cuerpo estriado hasta el STN, que es un nodo central para la inhibición motora. **El cuerpo estriado dorsal desempeña un papel clave en la formación de hábitos y en el control del comportamiento dirigido a objetivos.** Las áreas frontales mediales como la OFC y la VMPFC se ocupan de la selección de acciones. Además, la corteza prefrontal ventrolateral (VLPFC) y la corteza cingulada anterior (ACC) contribuyen a arbitrar entre diferentes modos de control del comportamiento (por ejemplo, asociaciones habituales de "estímulo-respuesta" frente a acciones planificadas dirigidas a objetivos; Aunque no forma parte de los principales bucles corticostriatales, la ínsula está involucrada en la experiencia del asco



En los primates, **‘la vía directa’** se origina en el córtex frontal que estimula el receptor D1 del estriado. Éste, entonces, proyecta a la porción interna del globo pálido/sustancia negra. Desde este complejo reticular se proyecta al tálamo, que conecta directamente con el córtex frontal. Esta vía directa consta de dos proyecciones excitatorias y dos inhibitorias, que, de esta manera, desinhiben al tálamo y activan el sistema en un circuito autorreverberante de feedback positivo permanente.

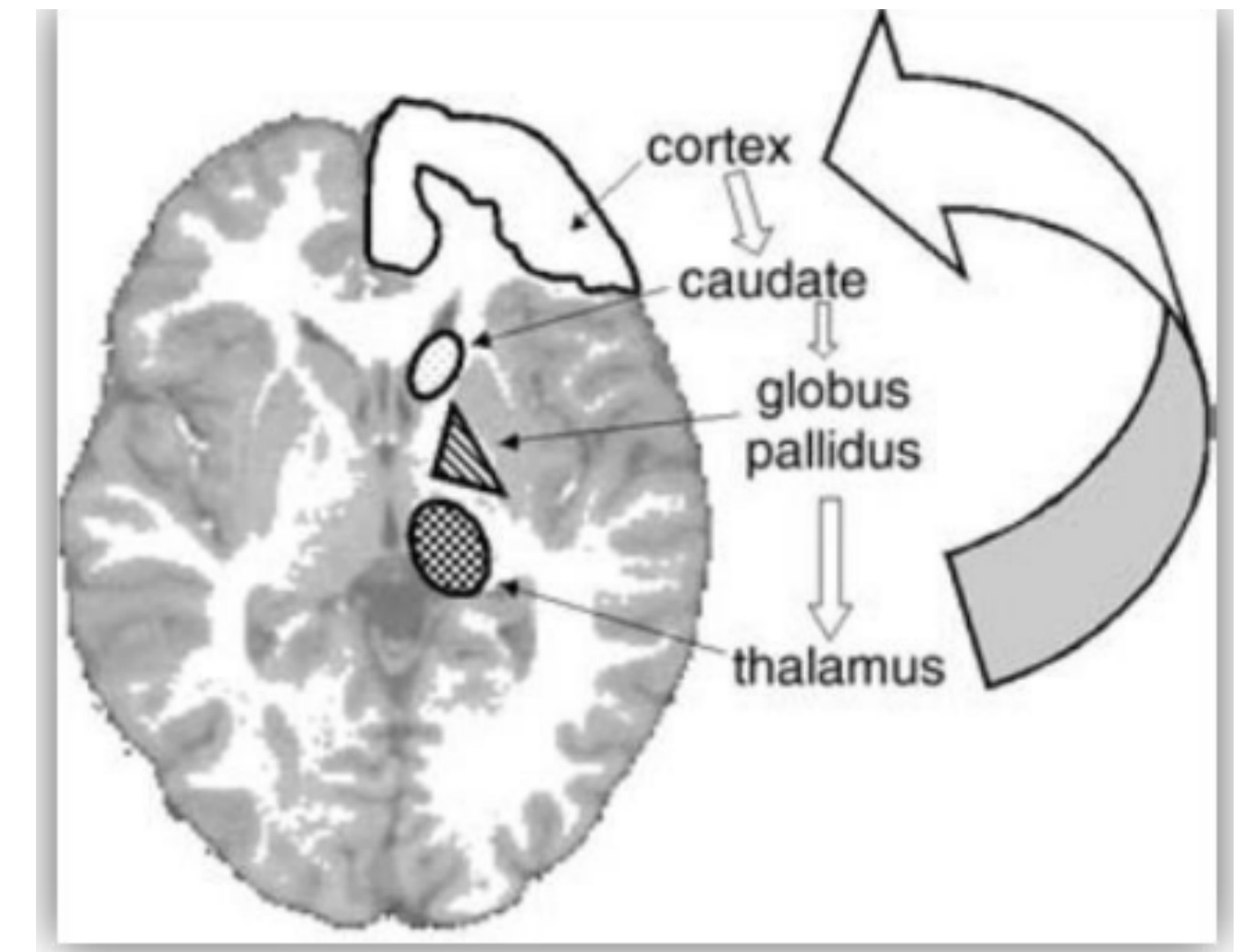
Por otro lado, **‘la vía indirecta’**, que viene desde el córtex frontal, activa el receptor D2 del estriado que, a su vez, inhibe el sistema indirecto de control de los ganglios basales. Este sistema de control está formado por la parte externa del globo pálido y el núcleo subtalámico.

La patofisiología del TOC proviene de un balance incorrecto de ambas vías.

En el TOC hay una mayor influencia de la **vía directa que acabaría produciendo una mayor actividad talamocortical.**

La hiperactividad de esta vía provocaría una mayor conciencia para temas como el peligro o la higiene (temas típicamente obsesivos), obligando al sujeto con TOC a responder con comportamientos rituales y haciéndole muy difícil cambiar el sentido de su conducta hacia comportamientos más adaptativos.

Manuel Hernández Pacheco ©



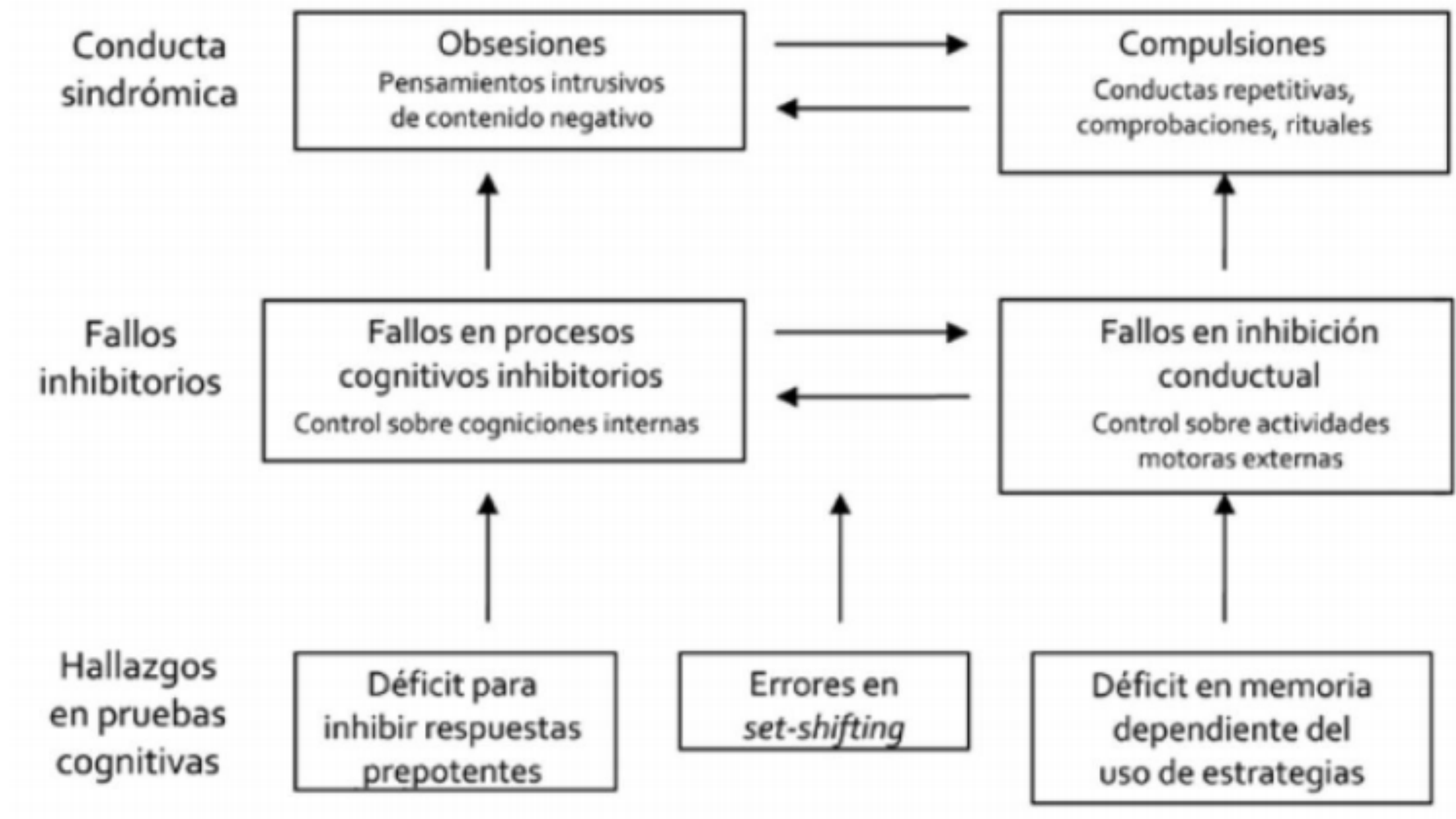


Figura 6. Modelo de Chamberlain et al. (2005) (Extraído de Pena-Garijo et al., 2010).

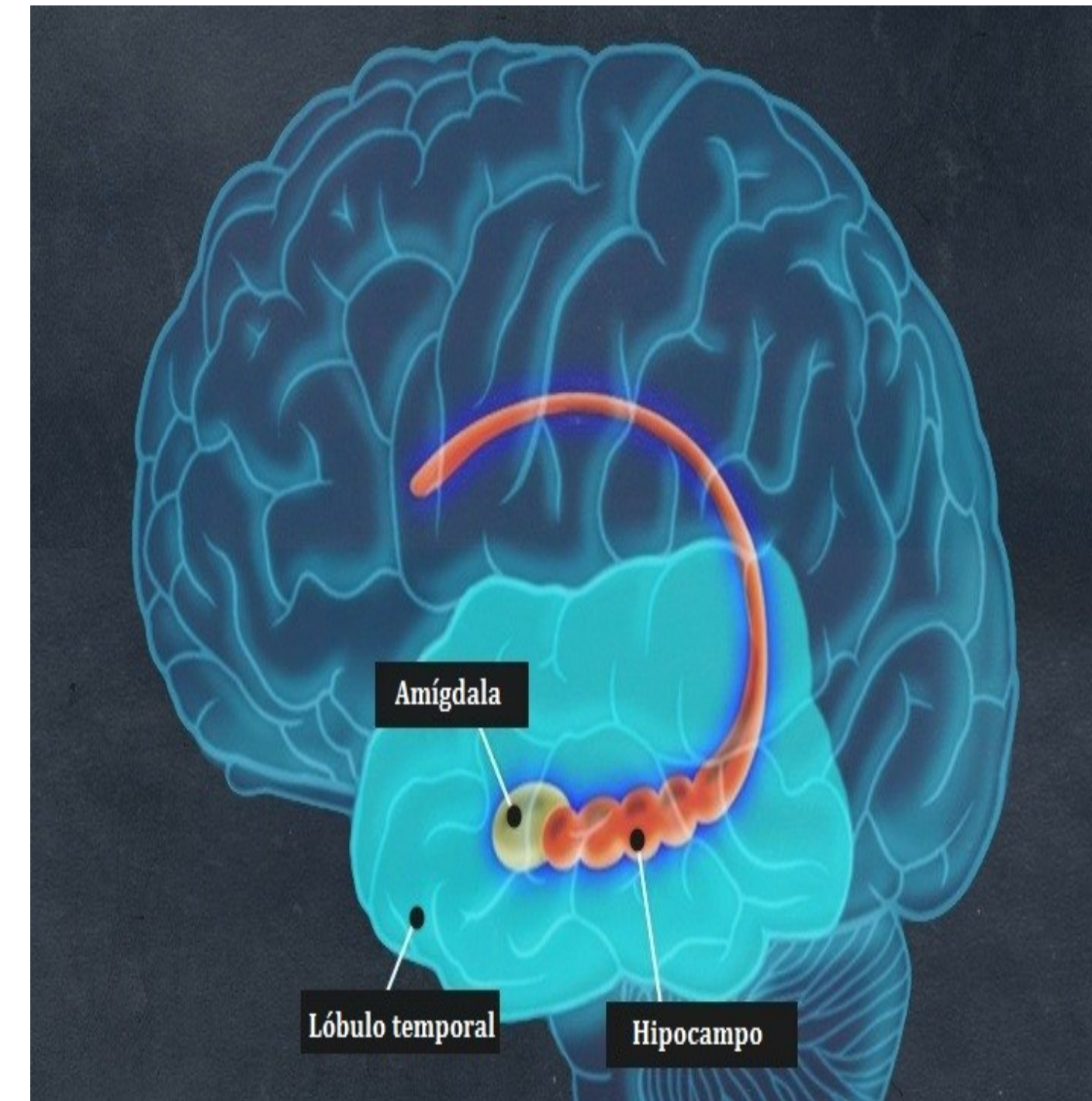
FOBIAS TANGIBLES

- Son fobias a objetos o situaciones que pueden provocar un daño físico o poner la vida del sujeto en peligro. Pueden ser a las jeringuillas, a los perros, a la autovía o a las alturas. Suele haber un acontecimiento traumático que las provoca.

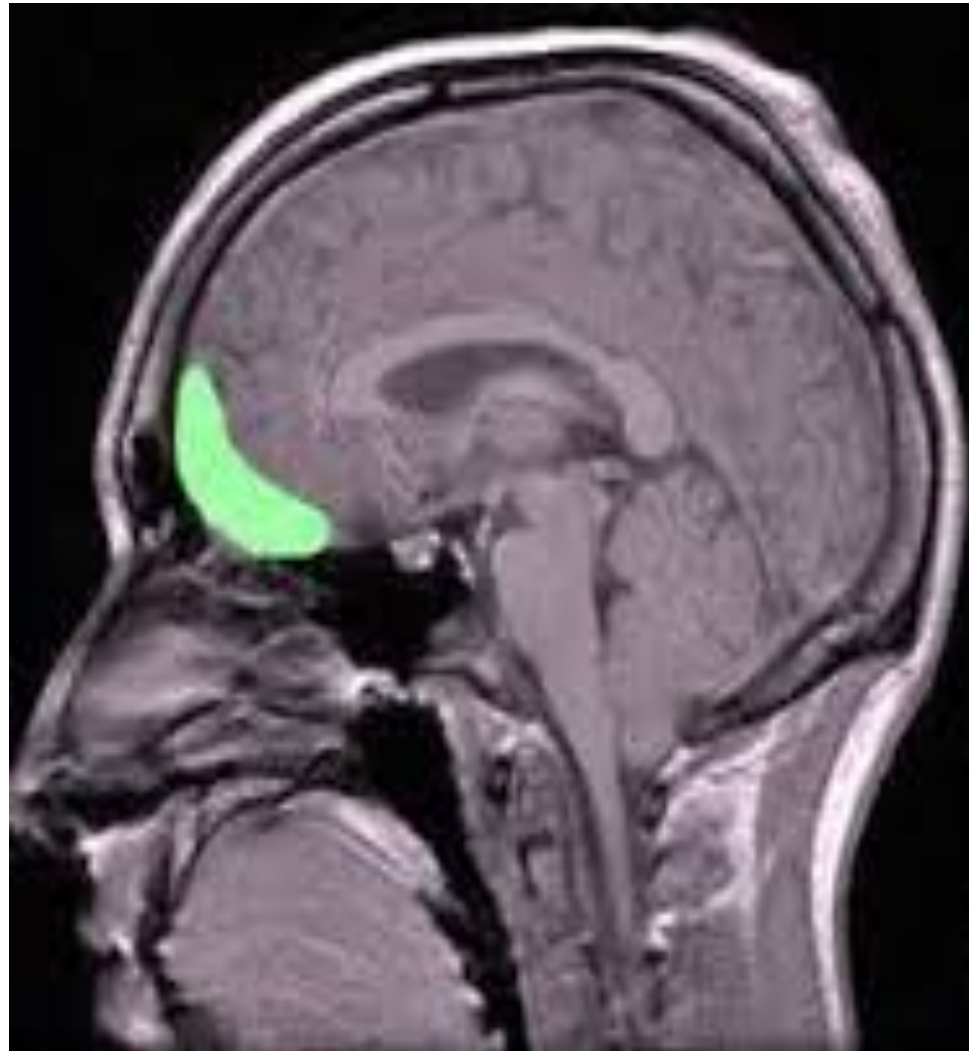
FOBIAS INTANGIBLES

- Son fobias a situaciones interpersonales que en ningún caso pueden poner en peligro la salud o la vida de la persona en peligro. Son de tipo social o interpersonal. Están relacionadas con la vergüenza. No suele haber un acontecimiento traumático concreto que pueda explicarlas

LA AMÍGDALA



La relación de la amígdala con las emociones se ha centrado en el estudio del condicionamiento del miedo, a través del cual un estímulo emocionalmente neutro es capaz de producir reacciones emocionales por su asociación temporal con un estímulo adverso. Se ha constatado que la amígdala es necesaria para el aprendizaje y expresión de este condicionamiento, y por tanto está implicada en el aprendizaje emocional.



El circuito órbito-frontal comprende dos subcircuitos:

- 1. Lateral órbito-frontal:**
Envía proyecciones al núcleo caudado.
- 2. Medial órbito-frontal:**
Envía proyecciones al cuerpo estriado.
- 3. El circuito órbito-frontal mediatiza la conducta social y otros procesos como la empatía, a su vez el circuito del cíngulo anterior mediatiza la conducta motivada.**

De acuerdo con esta concepción disfunciones del núcleo caudado harían que los impulsos del cortex orbital no fuesen adecuadamente filtrados (reprimidos) activando, pues, la vía de conexión directa (inhibitoria) del cuerpo estriado al complejo globo-pálido interno-sustancia nigra.

De acuerdo con eso aumentaría la actividad inhibitoria ejercida por el caudado sobre el lóbulo pálido implicando una liberación del tálamo que a su vez no estaría más sujeto a la inhibición del globo pálido.

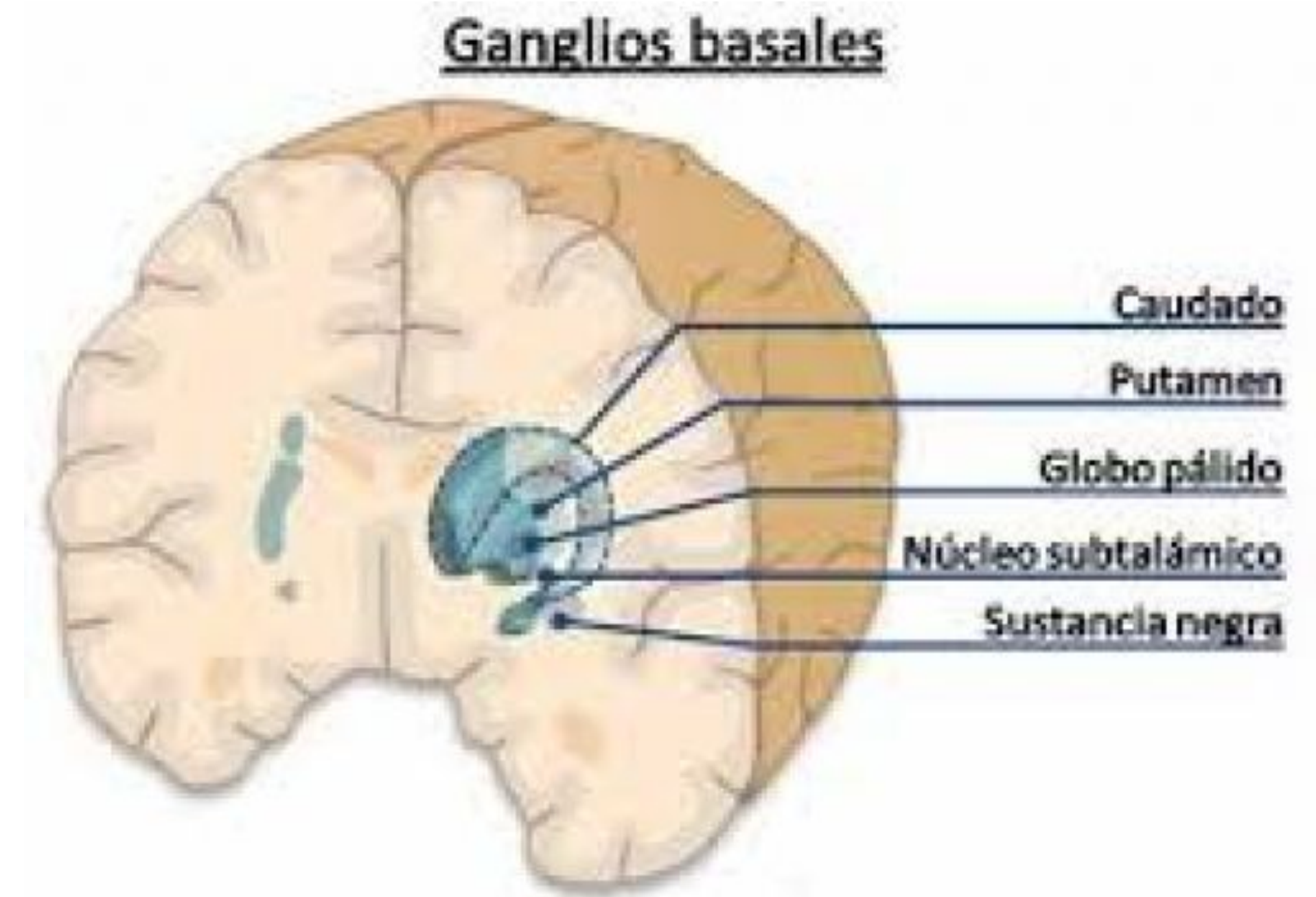
En consecuencia, los impulsos talámicos excitatorios, dirigidos a las regiones corticales orbito-frontales, generarían un aumento excitatorio, esto es tenderían a mantener un idea (sin importancia adaptativa) en el foco de atención del sujeto, teniendo este serias dificultades para abandonarla.

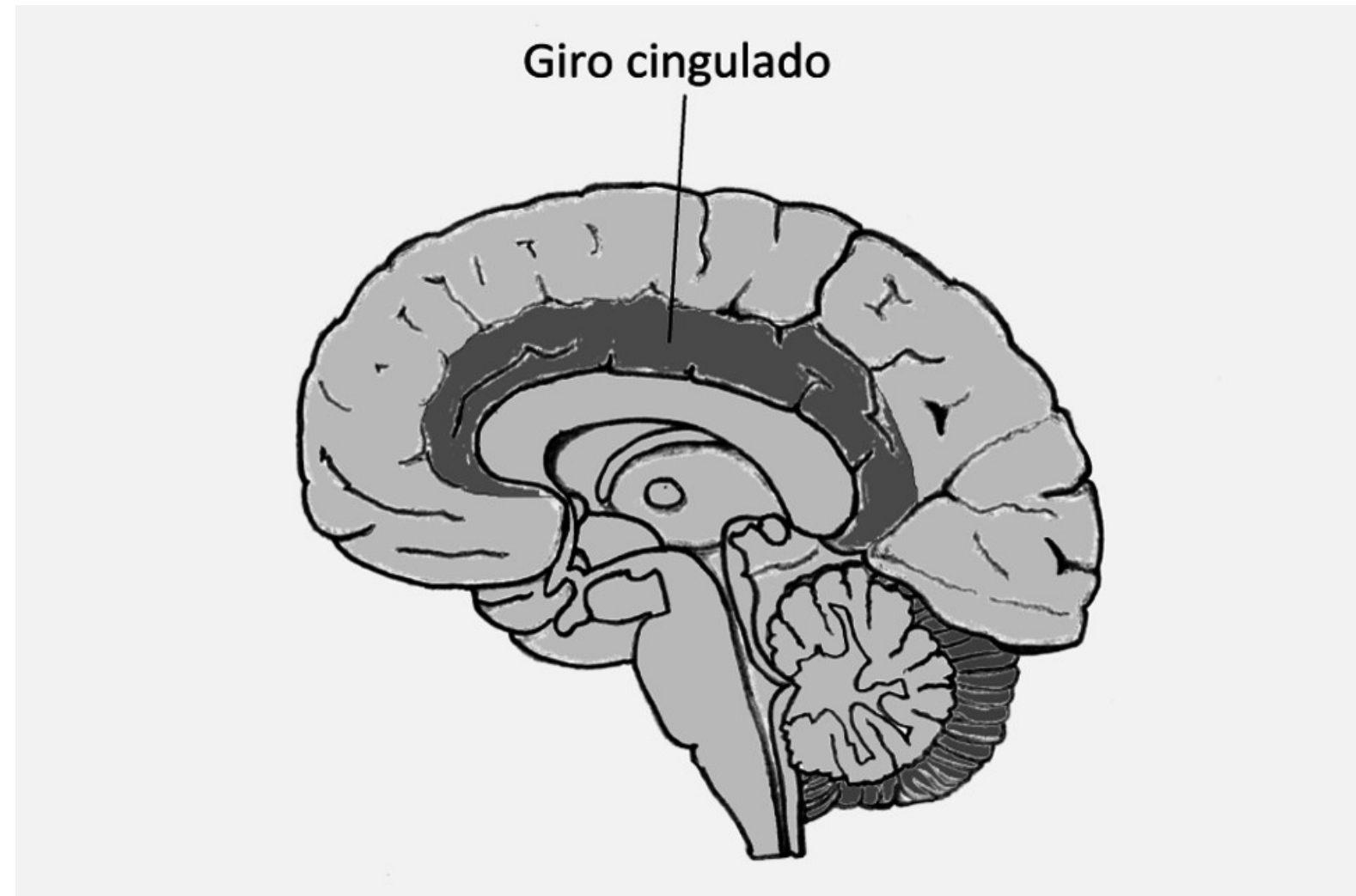
Estos estímulos generarían en el lóbulo frontal la necesidad de establecer estrategias de acción para aliviar tales pensamientos (compulsiones). De manera que preocupaciones irrelevantes dejarán de ser inhibidas, recibiendo una atención desproporcionada (obsesiones) y desencadenando comportamientos repetitivos y desproporcionados (compulsiones).

Los ganglios basales actúan como un centro de distribución que filtra las entradas de los lóbulos orbitofrontales y del cortex cingulado, y media en la ejecución de los patrones motores.

Las obsesiones y compulsiones se conceptualizan como patrones fijos específicos a cada especie, que normalmente son adaptativos pero que en el TOC son liberados y repetidos de forma inapropiada y excesiva. Por ejemplo, las conductas de lavado o almacenamiento excesivos serían manifestaciones mal reguladas de conductas normales de limpieza o acumulación.

La neuroquímica del TOC también ha sido muy estudiada, la serotonina se ha relacionado con la mediación de la impulsividad, la tendencia al suicidio, la agresividad, la ansiedad, la dominancia social y el aprendizaje.





- Realiza un papel de conexión entre los aspectos volitivos, motores cognitivos, emocionales y mnésicos.
- Se ocupa de modular y procesar la expresión de los matices sutiles emocionales
- Interviene en la modulación de la voz (**tristeza**, felicidad).
- Se encarga del aprendizaje de la vocalización emocional, lo que facilita la formación de apegos a largo plazo, sobre todo el apego entre madre e hijo.
- Su estimulación produce sentimientos de ansiedad, placer y miedo.
- Se encarga de iniciar el comportamiento orientado a metas motivacionales significativas para el sujeto.
- La región subcallosa se encarga de la regulación de las funciones autonómicas como la respiración y el ritmo cardíaco.
- Participa en el movimientos de manos y otros movimientos en tareas difíciles, o que implican memoria reciente, y en el inicio espontáneo de la acción.
- Se activa en situaciones que demandan un control ejecutivo, atención dividida, resolución de conflictos, detección de errores, supervisión de respuestas e iniciación y mantenimiento de respuestas apropiadas.
- Realiza un papel básico en la atención selectiva implicada en la correcta resolución del **test de Stroop** y en otras tareas atencionales guiadas por la motivación. La función sería la de supervisar el conflicto entre estímulo y respuesta para seleccionar la conducta apropiada.
- Juega un papel importante relacionado con la motivación en el funcionamiento de la corteza pre-frontal para la realización de acciones voluntarias.

¿QUE ÁREAS CEREBRALES ESTÁN IMPLICADAS EN EL TOC?

Corteza Motora

**MOVIMIENTOS
VOLUNTARIOS**

**CIRCUITO DEL
ASCO/EMOCIONES**

Anterior
cingulate
cortex

Frontal
cortex

Orbitofrontal cortex

DETECCIÓN DE ERRORES

Basal ganglia

Núcleo Caudado

**TRANSMISIÓN AUTOMÁTICA
DEL PENSAMIENTO**

Putamen

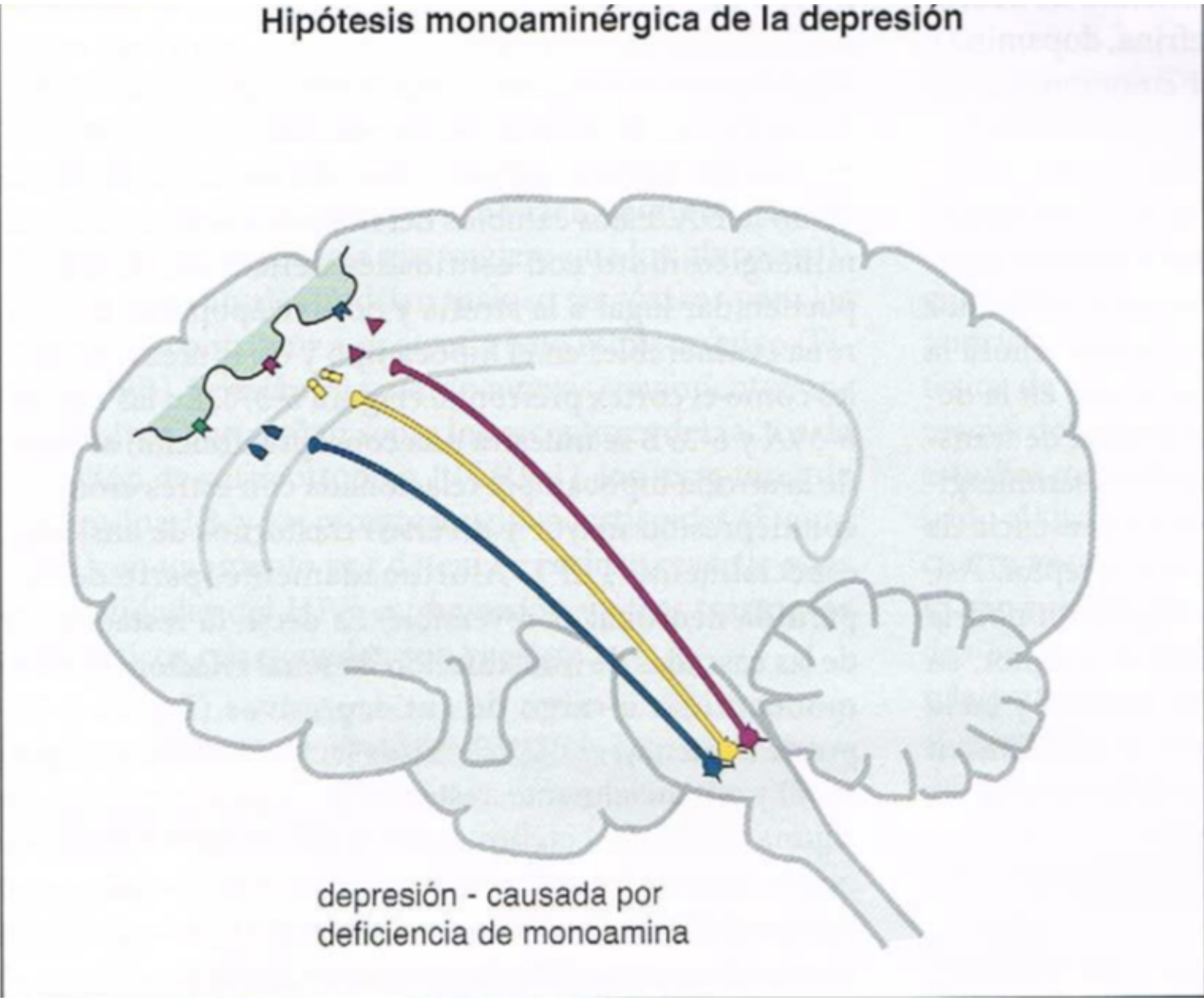
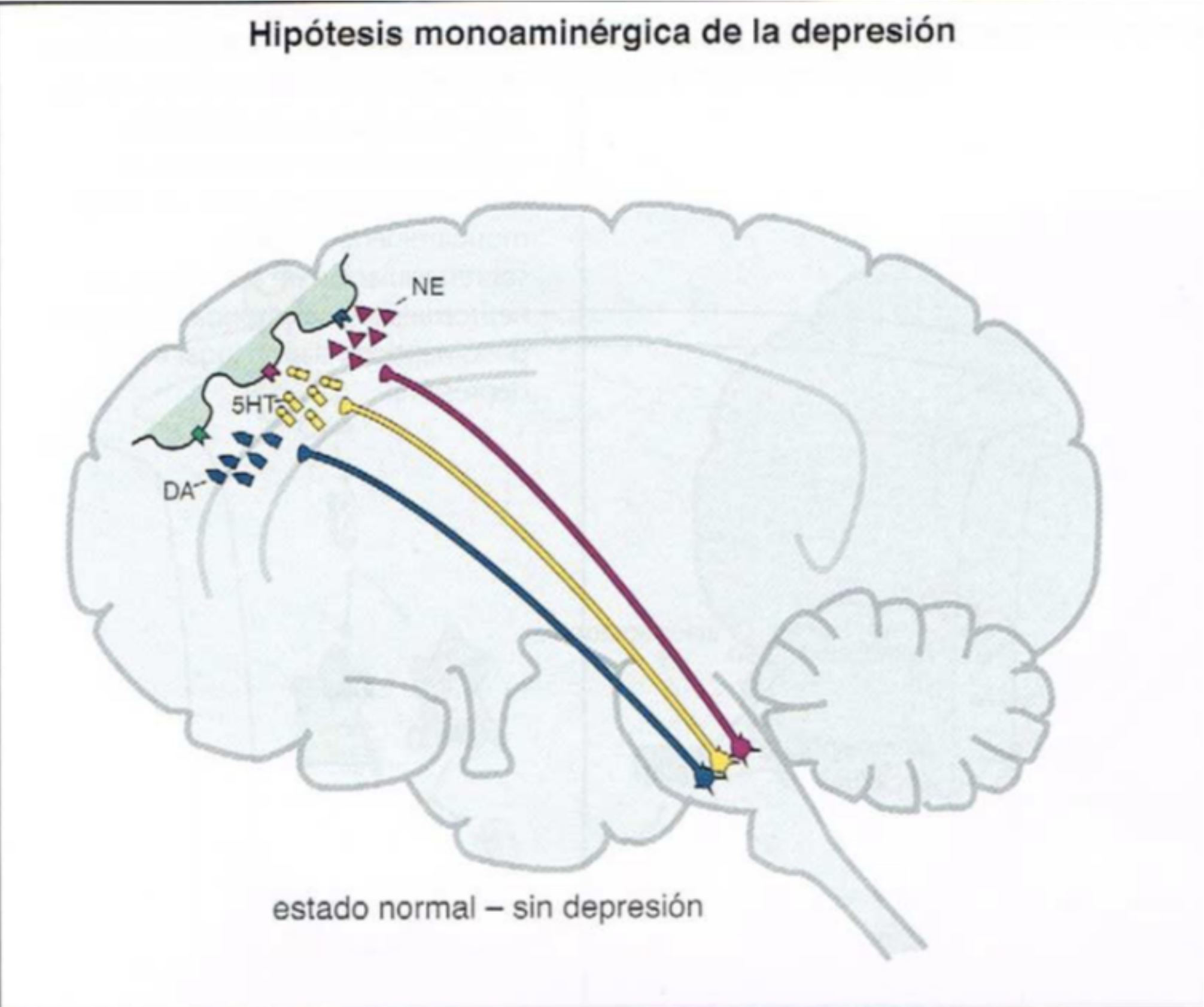
**TRANSMISIÓN
AUTOMÁTICA
DEL MOVIMIENTO**

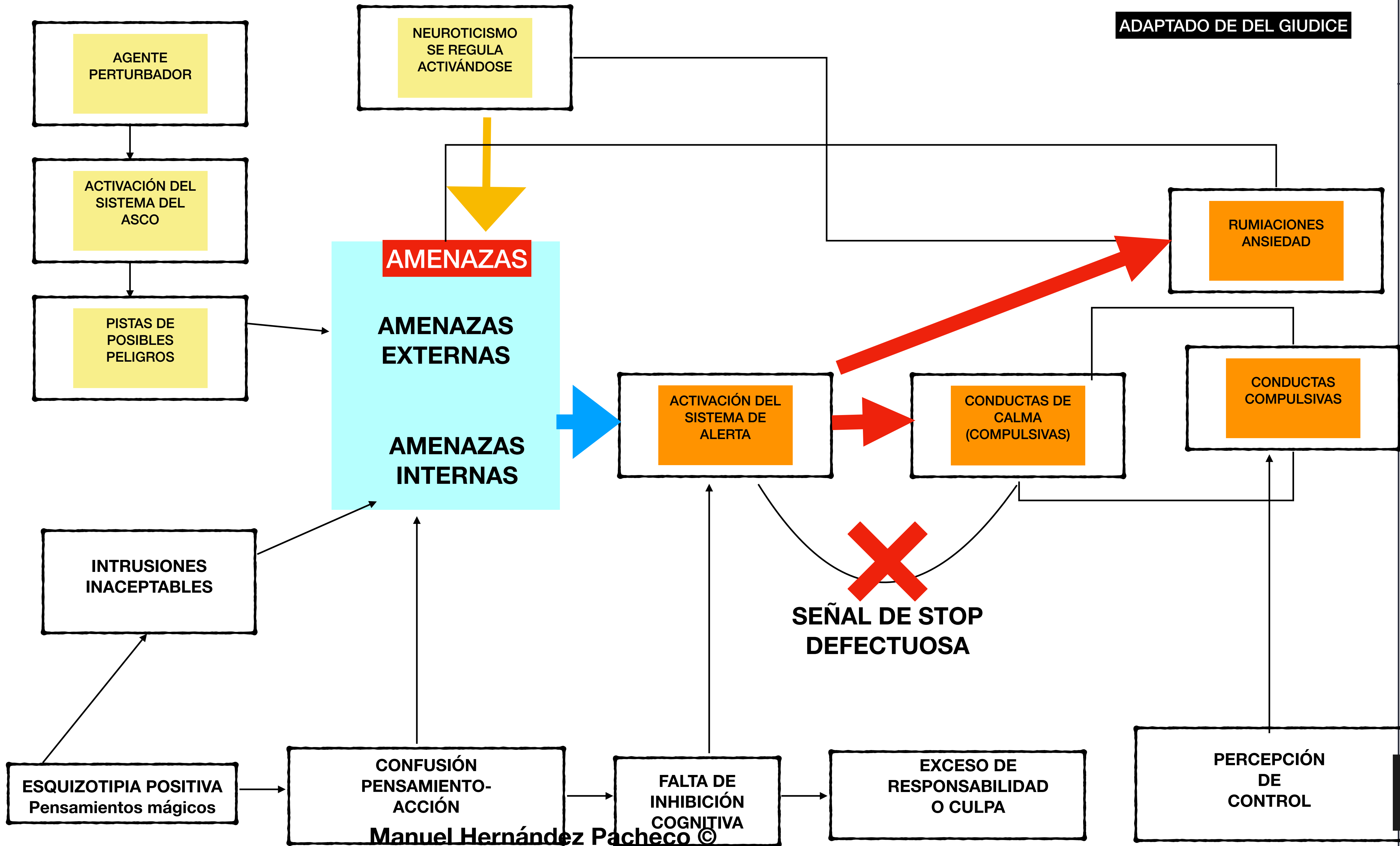
Thalamus

LA ESTACIÓN DE RELEVO

Manuel Hernández Pacheco ©

NEUROTRANSMISOR	CLASIFICACION	DONDE SE ENCUENTRA
Serotonina	Amina	Varias regiones del Sist. Nervioso Central (SNC)
Dopamina	Amina	Encéfalo y el en Sist. Nervioso Autónomo (SNA)
Endorfina	Péptido	Varias regiones del SNC, retina y tracto intestinal
Adrenalina	Amina	Área del SNC y división simpática del SNA
Noradrenalina	Amina	Área del SNC y división simpática del SNA
Glutamato	Aminoácido	SNC
GABA	Aminoácido	Encéfalo
Acetilcolina	Éster	Sinapsis con músculos y glándulas, y diversas parte del SNC



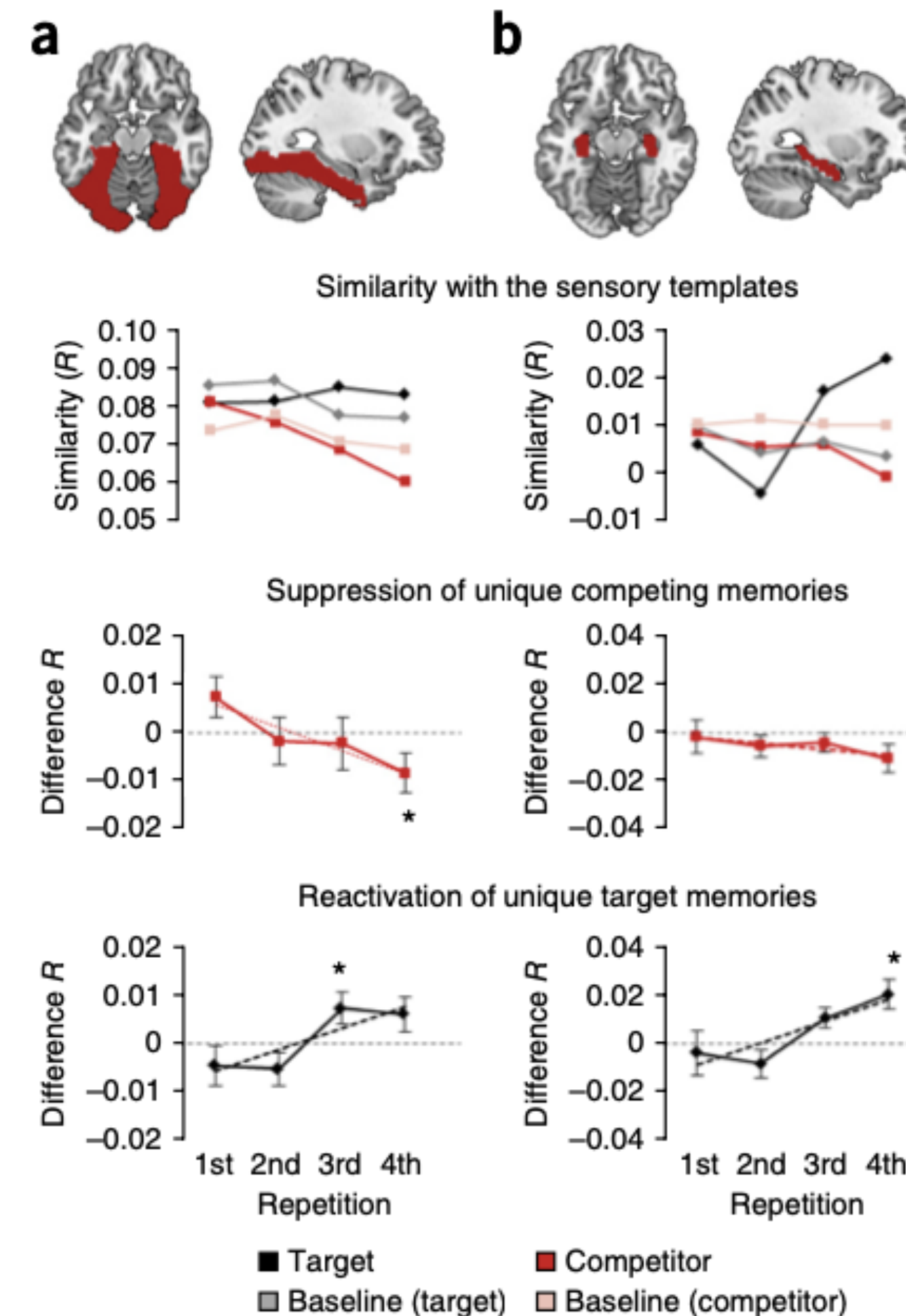


APEGO Y TOC

LA MADRE REGULA EN LA INFANCIA LA PRODUCCIÓN DE SEROTONINA, DOPAMINA Y LA MADURACIÓN DEL CÓRTEX ÓRBITO FRONTAL



Recordar una experiencia pasada puede, sorprendentemente, causar olvido. El olvido surge cuando otras huellas competidoras interfieren con la recuperación y se activan mecanismos de control inhibitorios para suprimir la distracción que causan. Esta forma de olvidar se considera adaptativa porque reduce la interferencia futura.

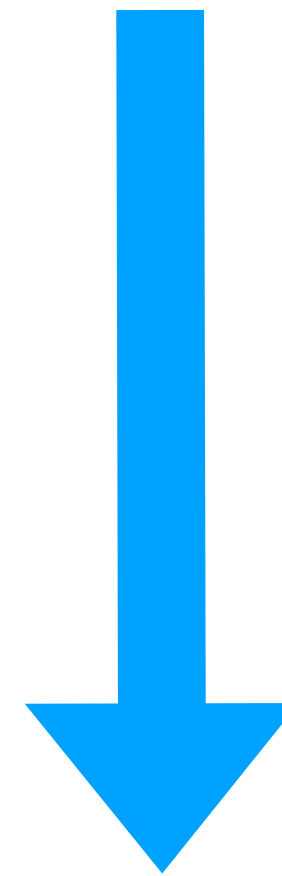


Retrieval induces adaptive forgetting of competing memories via cortical pattern suppression

Maria Wimber^{1,2}, Arjen Alink², Ian Charest², Nikolaus Kriegeskorte² & Michael C Anderson^{2,3}

Abusos sexual

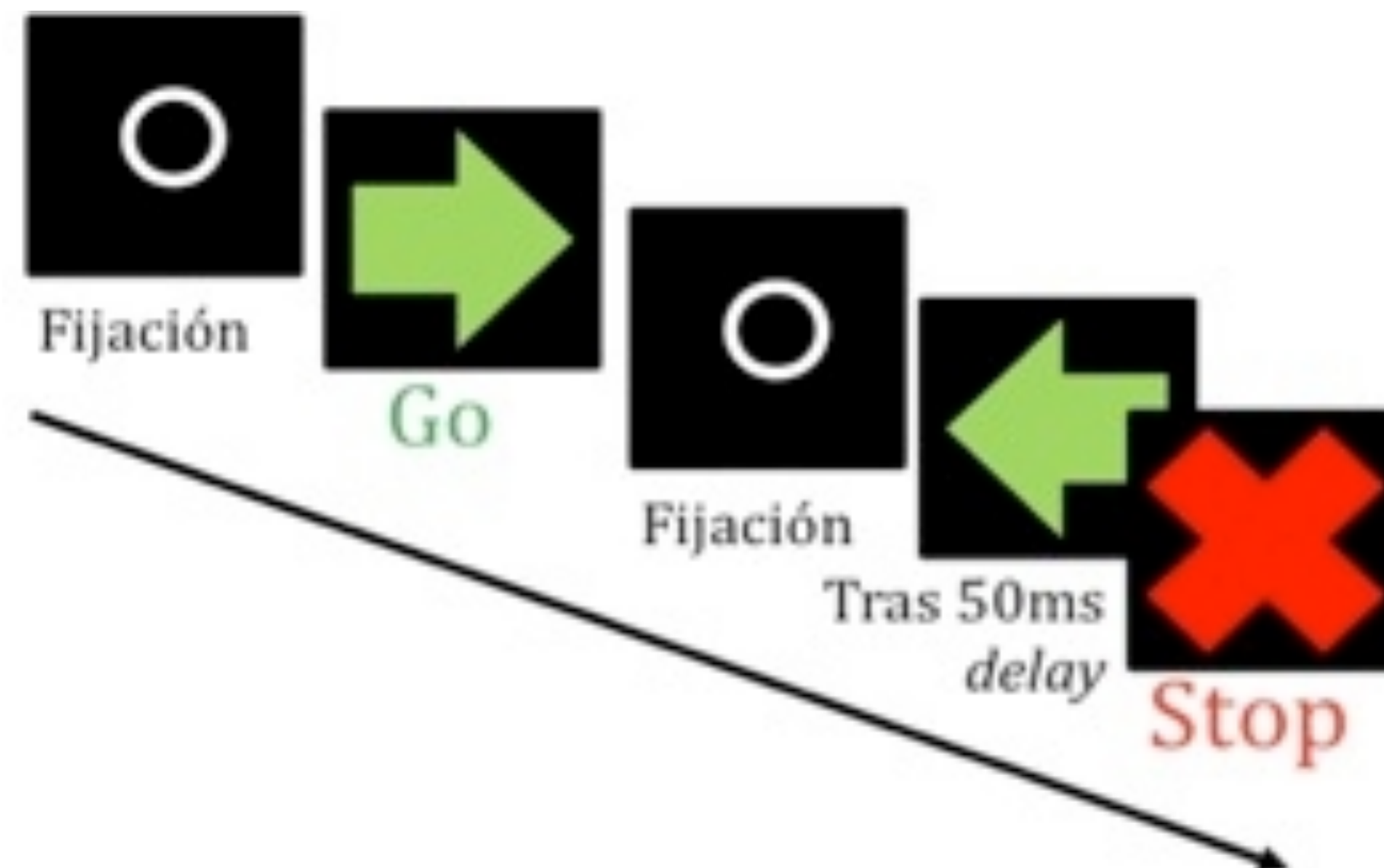
- EL NIÑO DUDA DE SUS PROPIAS PERCEPCIONES
- EL NIÑO TIENE MIEDO DE SER MALO
- EL NIÑO TIENE MIEDO DE HACER ALGO INCORRECTO
QUE PROVOQUE ENFADO
- EL NIÑO NO PUEDE DORMIR SOLO Y SE REGULA CON
SU PENSAMIENTO



ADOLESCENCIA: MIEDO A PERDER EL CONTROL

A Rapoport se la considera la primera autora que postula una teoría neuroetológica del TOC. Para ella, las funciones de los ganglios de la base en el cerebro son un hecho clave para explicar el cuadro obsesivo-compulsivo. De un lado, son vistas como estructuras que contienen un repertorio de patrones fijos de acción característicos de la especie que poseen significación adaptativa en comportamientos autoprotectivos y, de otro lado, se organizan en un sistema de integración de estímulos sensoriales. Según esta investigadora, en condiciones normales un determinado patrón tan sólo se desencadenaría ante estímulos específicos (por ejemplo, lavarse las manos ante la presencia de la suciedad o contaminación), y, cumplido su objetivo, señales sensoriales apropiadas (comprobar que las manos están limpias) tendrían también la capacidad de inhibir esta conducta. De esta forma, las áreas corticales controlarían, a través de la estimulación sensorial adecuada que envían al estriado, el inicio, mantenimiento y, en última instancia, la inhibición de un determinado patrón de comportamiento.

Errores en este sistema provocarían que, por una parte, estos patrones se desencadenen ante cualquier tipo de estímulo que el sujeto perciba como peligroso, aunque no lo fuera y, por otra, sería más costoso interrumpirlos una vez ya se han desencadenado. De esta manera, el individuo se convertiría en un ‘escéptico’ que no concede crédito a sus datos sensoriales ni confía en poder refutar la obsesión a través de la lógica.



De acuerdo con esta concepción disfunciones del núcleo caudado harían que los impulsos del cortex orbital no fuesen adecuadamente filtrados (reprimidos) activando, pues, la vía de conexión directa (inhibitoria) del cuerpo estriado al complejo globo-pálido interno-sustancia nigra.

De acuerdo con eso aumentaría la actividad inhibitoria ejercida por el caudado sobre el lóbulo pálido implicando una liberación del tálamo que a su vez no estaría más sujeto a la inhibición del globo pálido.

En consecuencia, los impulsos talámicos excitatorios, dirigidos a las regiones corticales orbito-frontales, generarían un aumento excitatorio, esto es tenderían a mantener un idea (sin importancia adaptativa) en el foco de atención del sujeto, teniendo este serias dificultades para abandonarla.

Estos estímulos generarían en el lóbulo frontal la necesidad de establecer estrategias de acción para aliviar tales pensamientos (compulsiones). De manera que preocupaciones irrelevantes dejarán de ser inhibidas, recibiendo una atención desproporcionada (obsesiones) y desencadenando comportamientos repetitivos y desproporcionados (compulsiones).

El Stroop emocional





INHIBICIÓN COGNITIVA

Podríamos decir que la sintomatología fundamental de las obsesiones se debe a un defecto en la inhibición neuronal de los sistemas frontales dominantes, que producen una incapacidad para inhibir las representaciones mentales ideoverbales no deseadas y sus correspondientes secuencias motoras.

La gravedad de los impulsos obsesivos se correlaciona con la actividad de los ganglios orbitofrontales y basales, mientras que la ansiedad acompañante queda reflejada en la actividad del hipocampo y del córtex cingulado. (McGuire, 1994)

Pasaje de: Marco Del Giudice.

Szechtman y Woody detallaron la lógica del sistema de seguridad, un sistema motivacional diseñado para enfrentar amenazas potenciales que tienen una baja probabilidad de ocurrir pero potencialmente catastróficas consecuencias

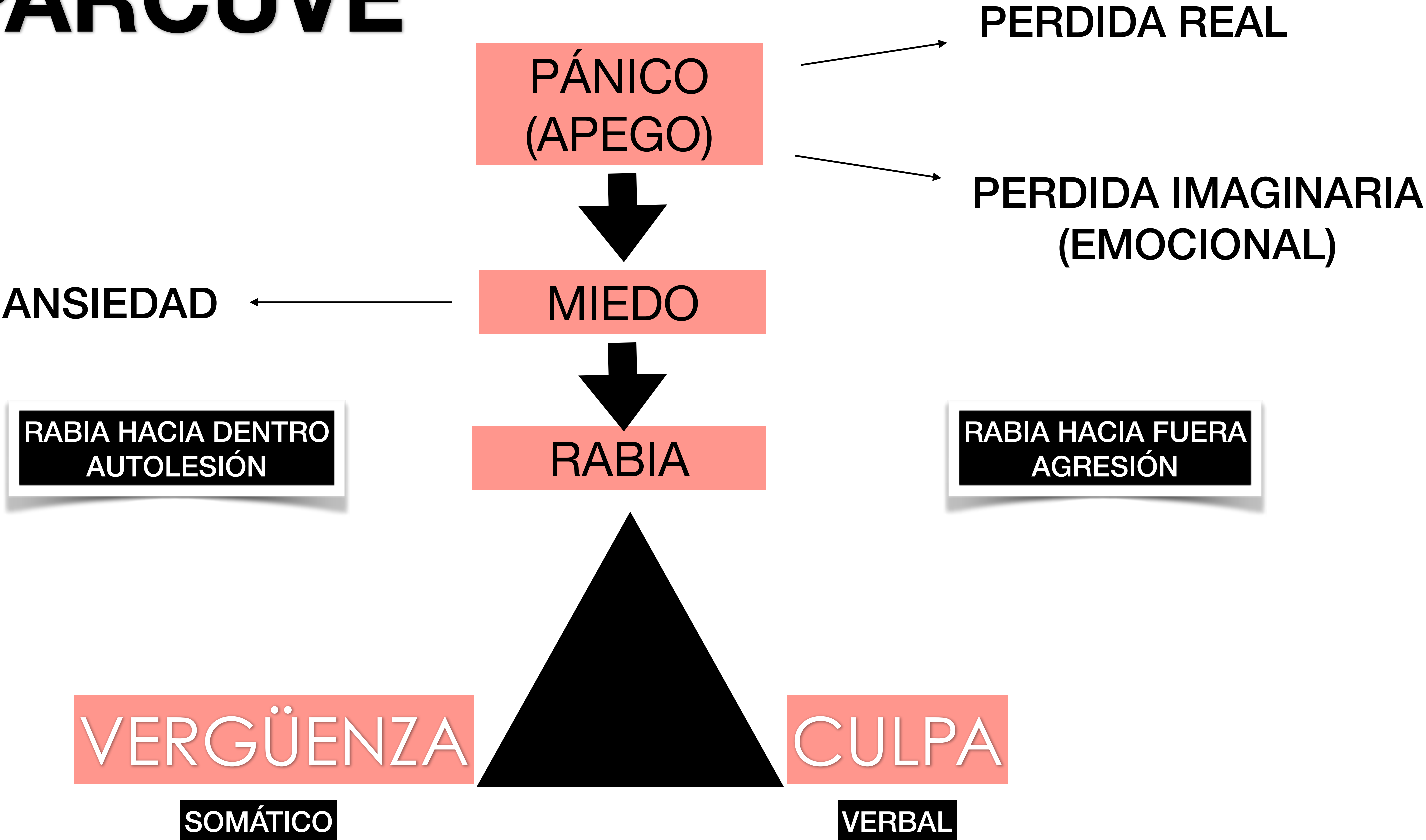
Para evitar con éxito tales amenazas, los organismos deben confiar en señales de peligro sutiles e indirectas; la respuesta óptima no es huir o esconderse, sino aumentar la vigilancia y explorar activamente el medio ambiente en busca de más información. Una característica peculiar de las amenazas potenciales es que la evasión exitosa no tiene efectos visibles: el evento temido simplemente no ocurre.

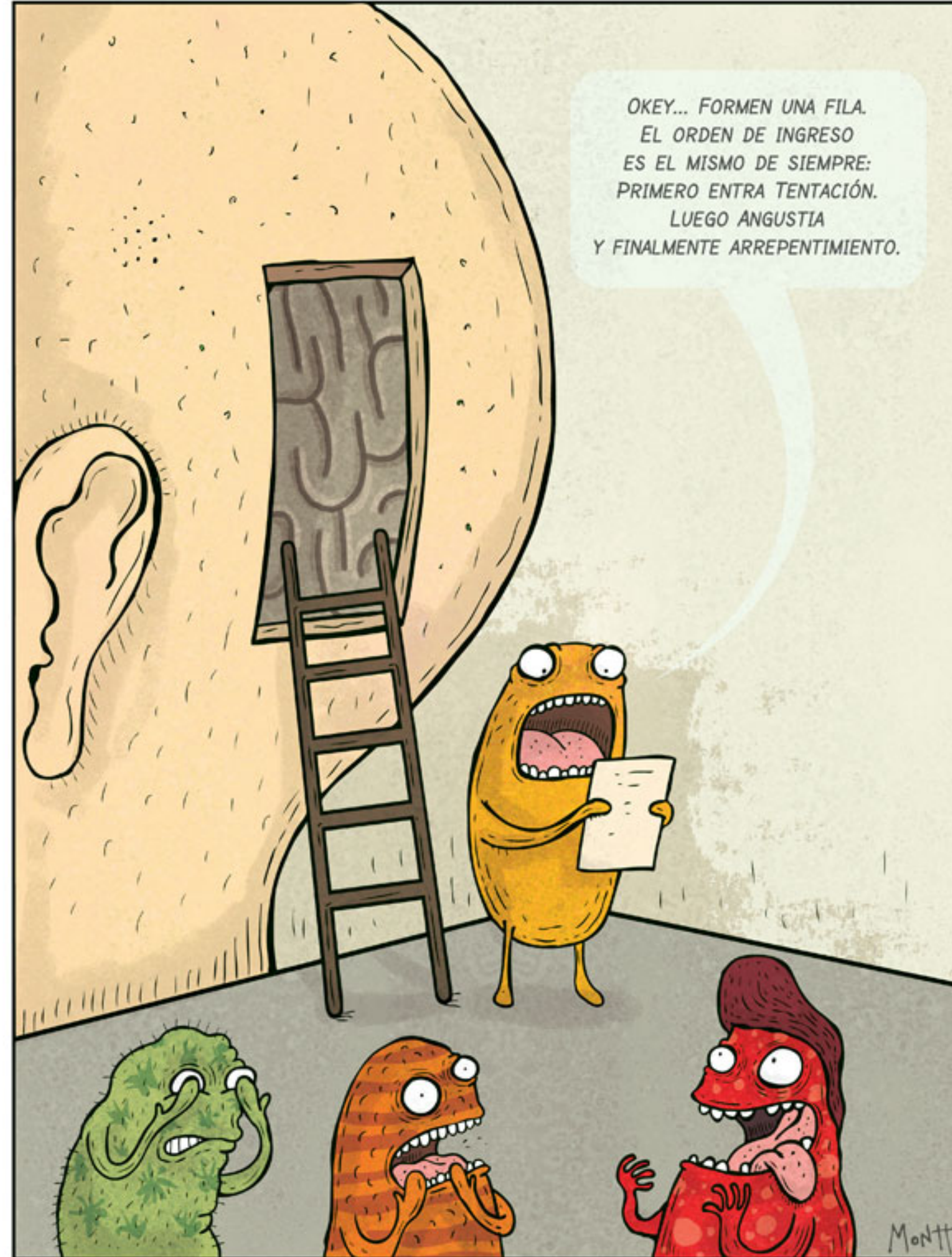
Esta falta de retroalimentación confiable crea un estado intrínseco de incertidumbre y reduce aún más la información del organismo sobre la verdadera probabilidad de la amenaza. También significa que, cuando se activa el sistema de seguridad, no hay una señal de terminación clara proveniente del entorno externo. La "señal de parada" que desactiva el sistema debe generarse internamente, en función de la correcta ejecución de los comportamientos relacionados con la seguridad (por ejemplo, comprobación, lavado, neutralización del pensamiento).



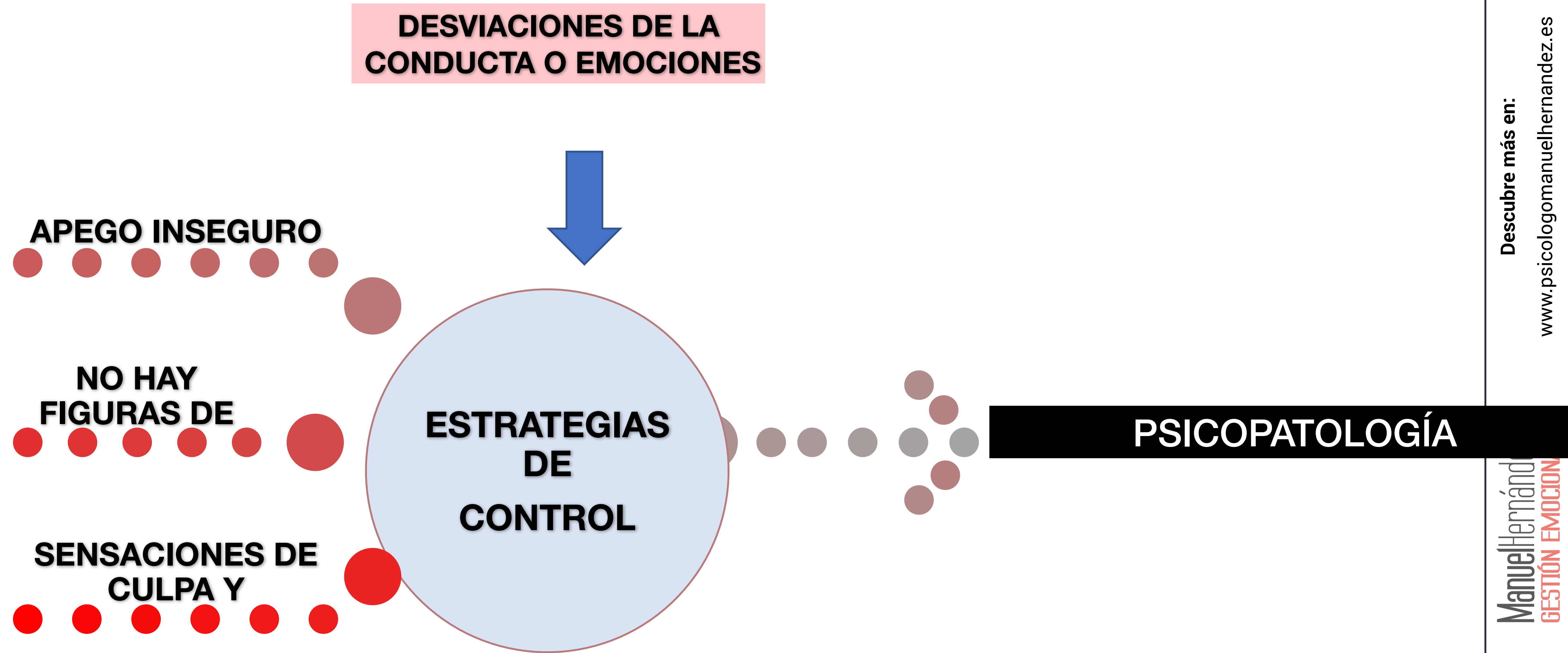


PARCUVE





FUNCIONALIDAD DEL TOC



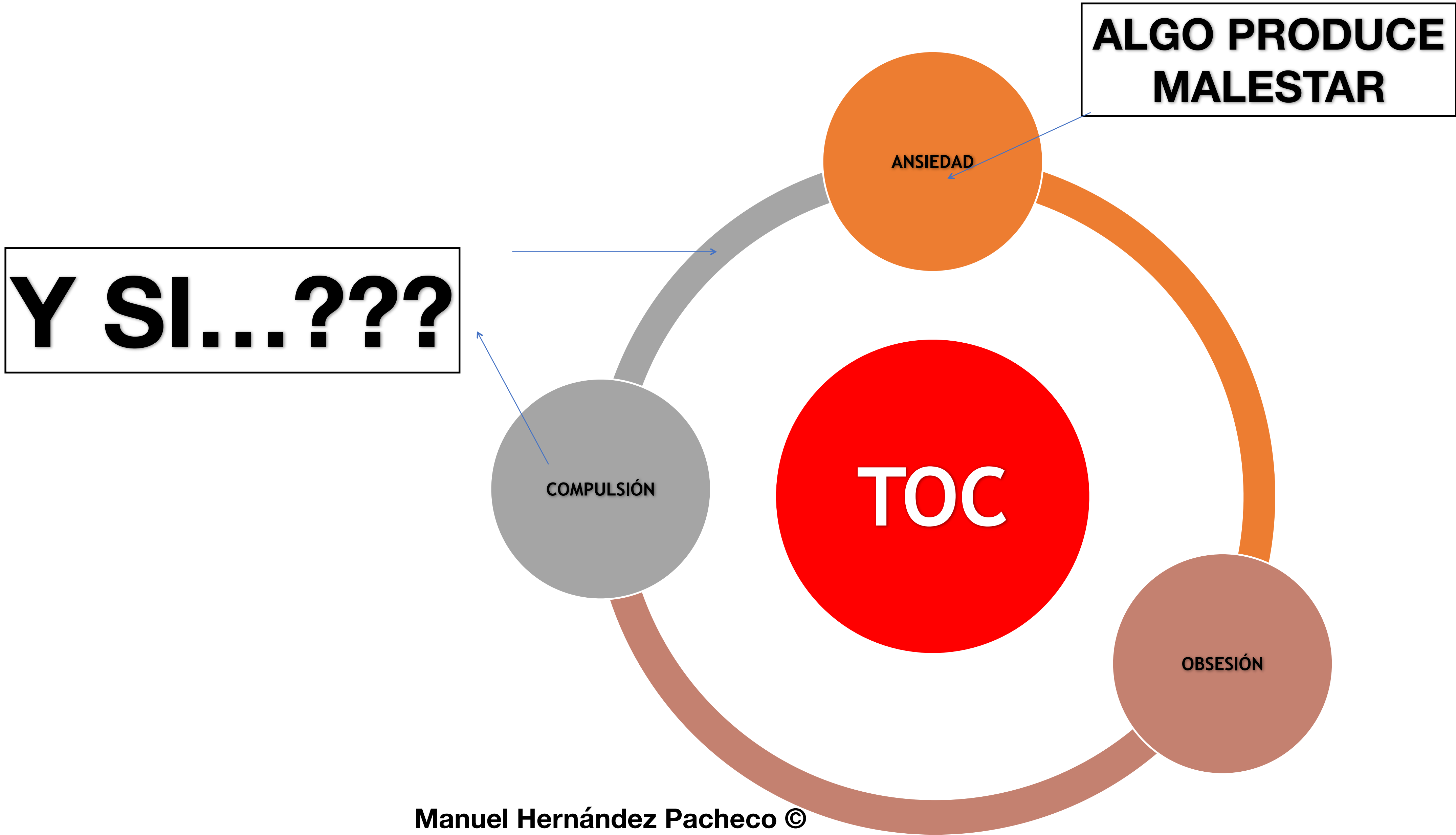
FOBIAS TANGIBLES

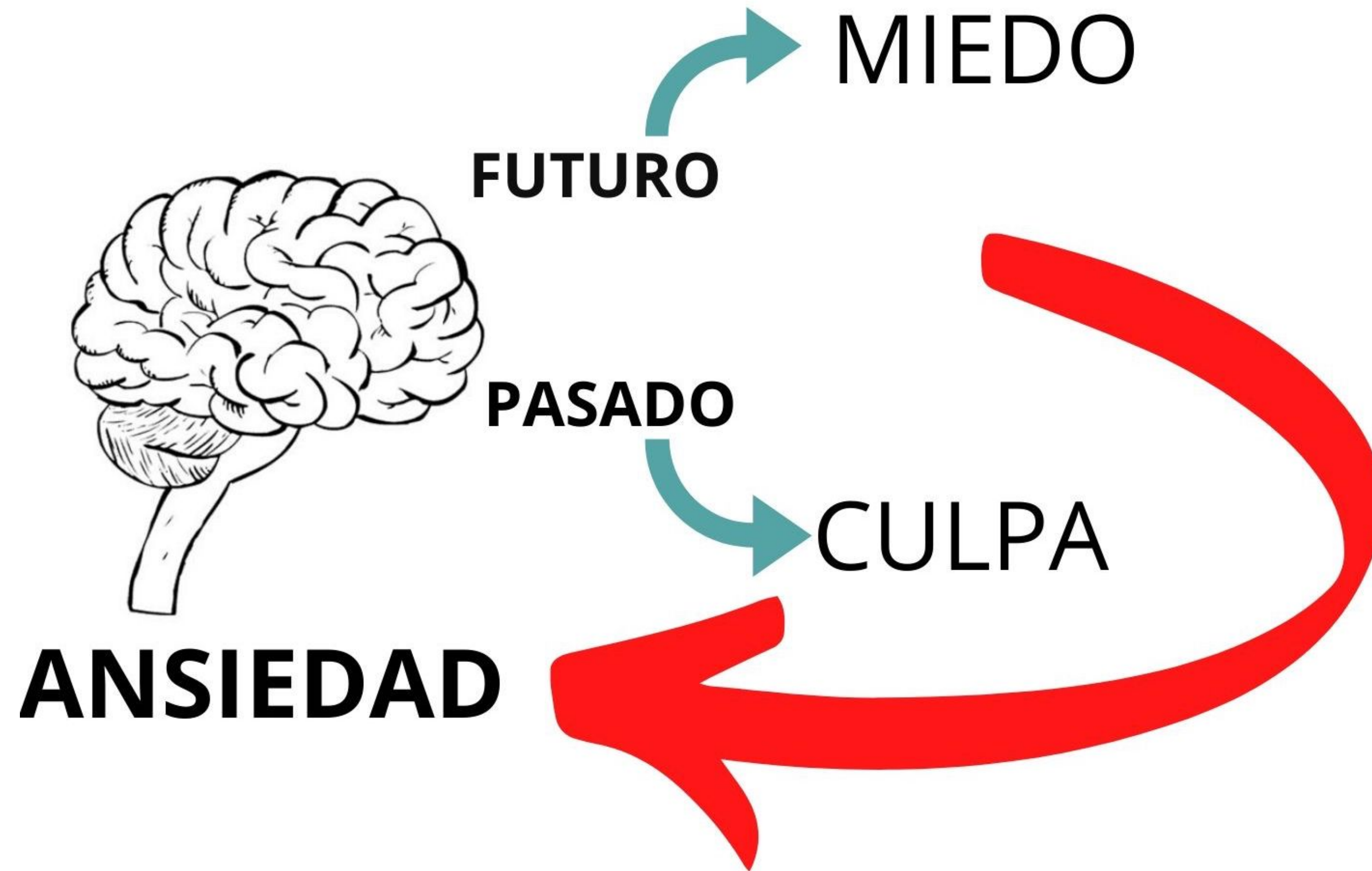
- Son fobias a objetos o situaciones que pueden provocar un daño físico o poner la vida del sujeto en peligro. Pueden ser a las jeringuillas, a los perros, a la autovía o a las alturas. Suele haber un acontecimiento traumático que las provoca.

FOBIAS INTANGIBLES

- Son fobias a situaciones interpersonales que en ningún caso pueden poner en peligro la salud o la vida de la persona en peligro. Son de tipo social o interpersonal. Están relacionadas con la vergüenza. No suele haber un acontecimiento traumático concreto que pueda explicarlas

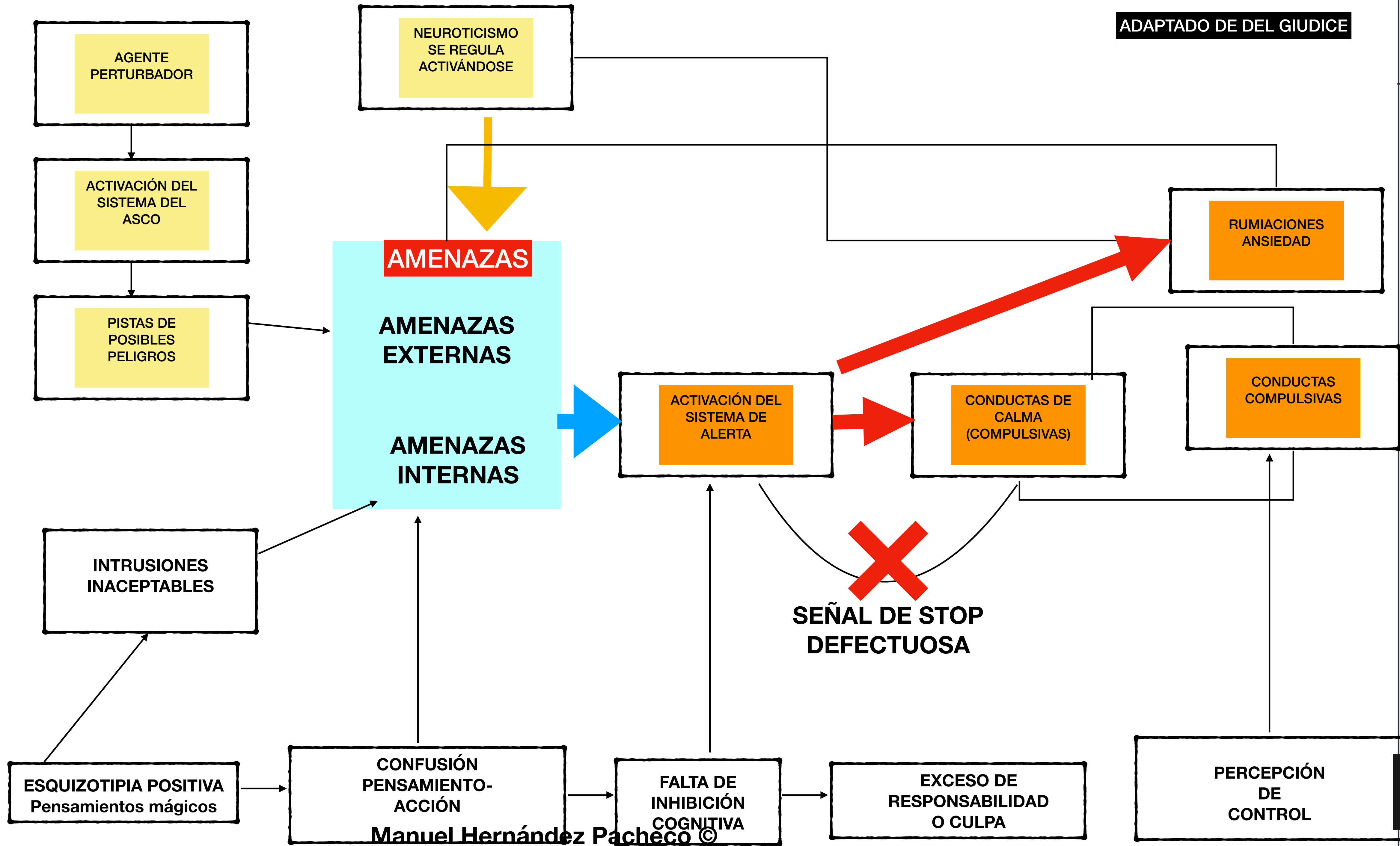






CINCO AREAS SON AFECTADAS POR EL TOC:

- **EMOCIONAL:** la forma en que respondemos sentimentalmente al medio externo
- **COMPORTAMENTAL:** la forma que respondemos a los estímulos del mundo circundante
- **COGNITIVA:** la forma en que pensamos e interpretamos los estímulos.
- **PERCEPTIVA:** la forma en que percibimos
- **MOTORA:** la manera en que nuestros músculos expresan el mensaje del cuerpo y la mente.



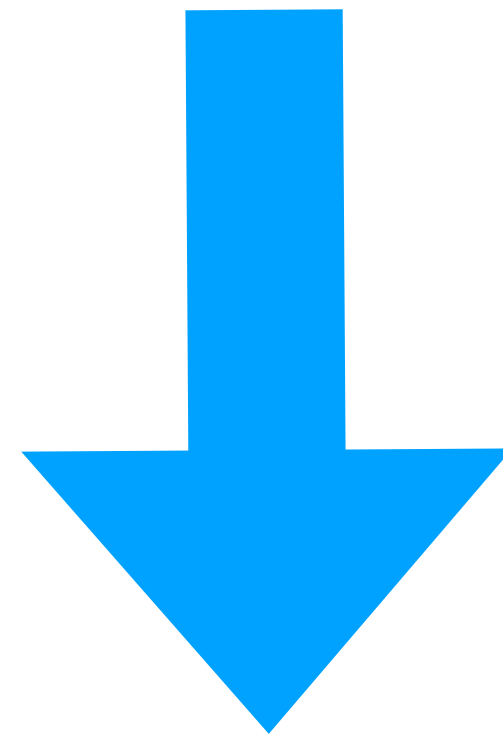
EL TOC Y LA DISOCIACIÓN

DEFENSAS

- DISOCIACION
 - AMNESIA
 - DESPERSONALIZACIÓN
 - DESREALIZACIÓN
- IDEALIZACION
- NEGACION
- NORMALIZACIÓN
- REPRESIÓN
- RACIONALIZACIÓN



FOBIAS AL IMPULSO



PARTE CUIDADORA

**EN LAS FOBIAS AL IMPULSO HAY UNA PARTE QUE TIENE RABIA...
PORQUE LA PERSONA NO SE CUIDA.**

**VENDRÍA A DECIR SI TIENES MIEDO DE HACER DAÑO O DE HACERTELO
NO PODRÁS OCUPARTE DE NADIE**

TRATAMIENTO DEL TOC

Dime que síntomas tienes y te diré que donde encuentraste el TOC

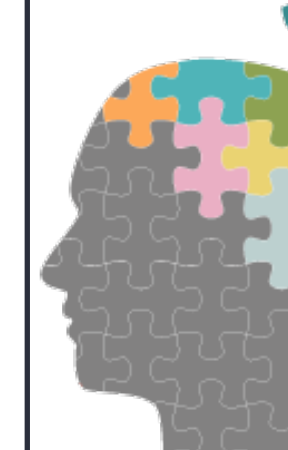
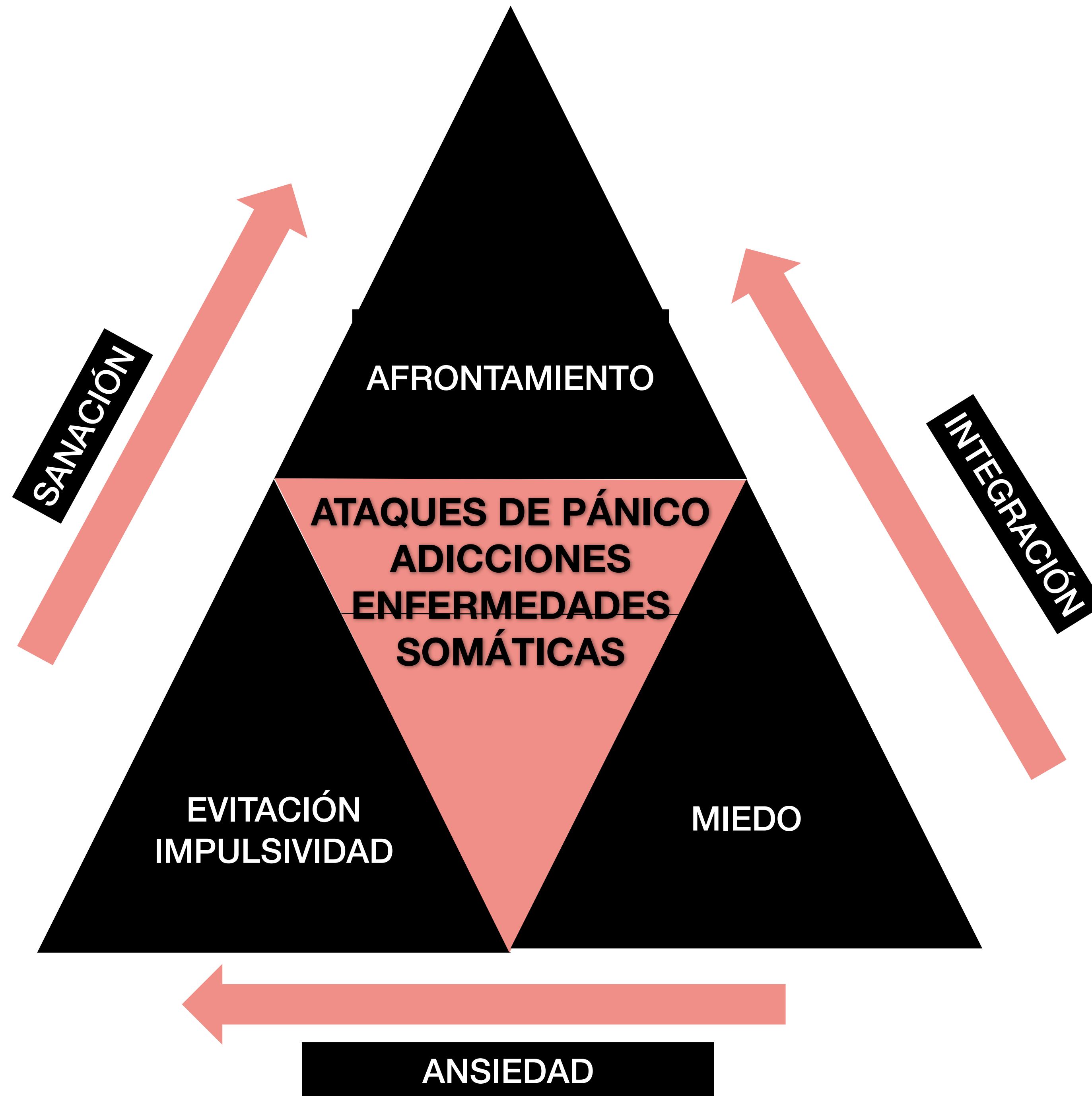






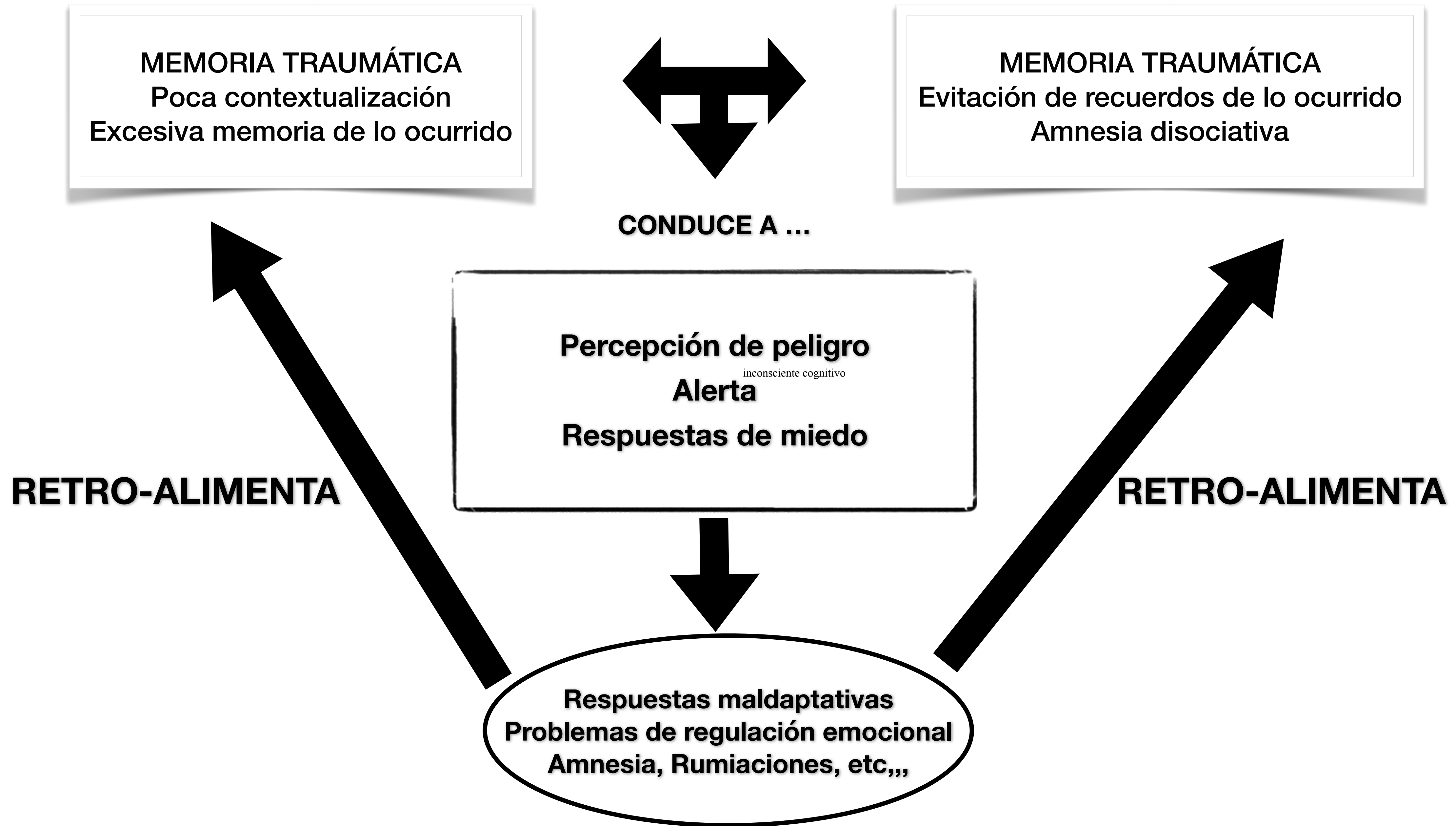
Manuel H

**TRIANGULO
DEL
MIEDO**

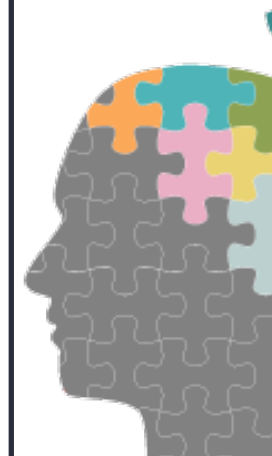
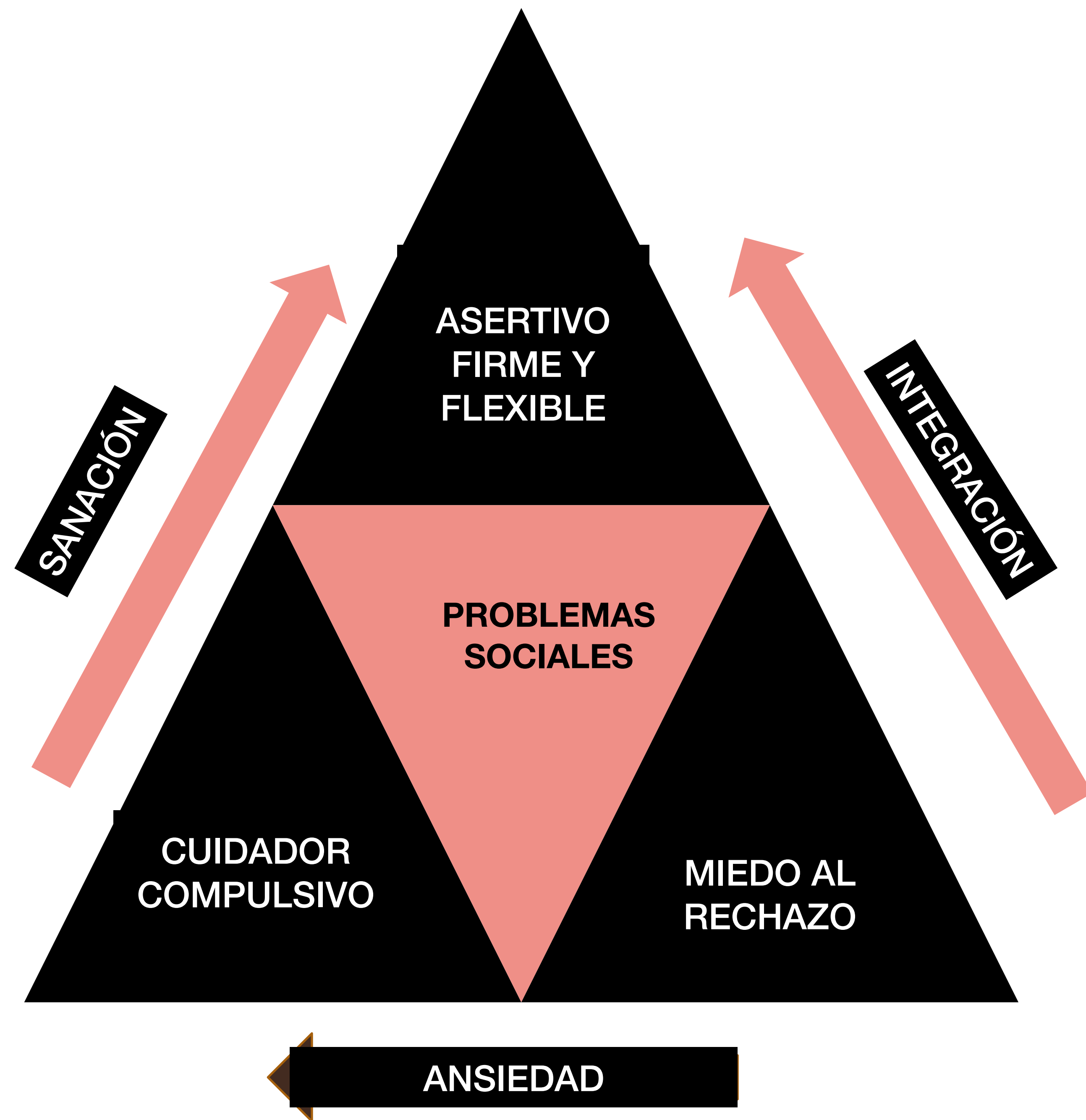


¿QUE PODEMOS EVITAR?

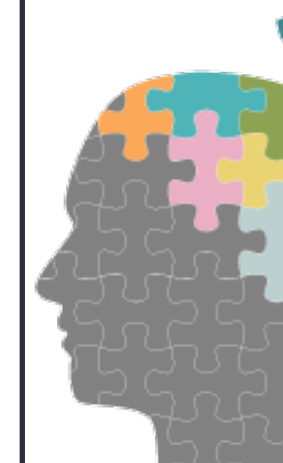
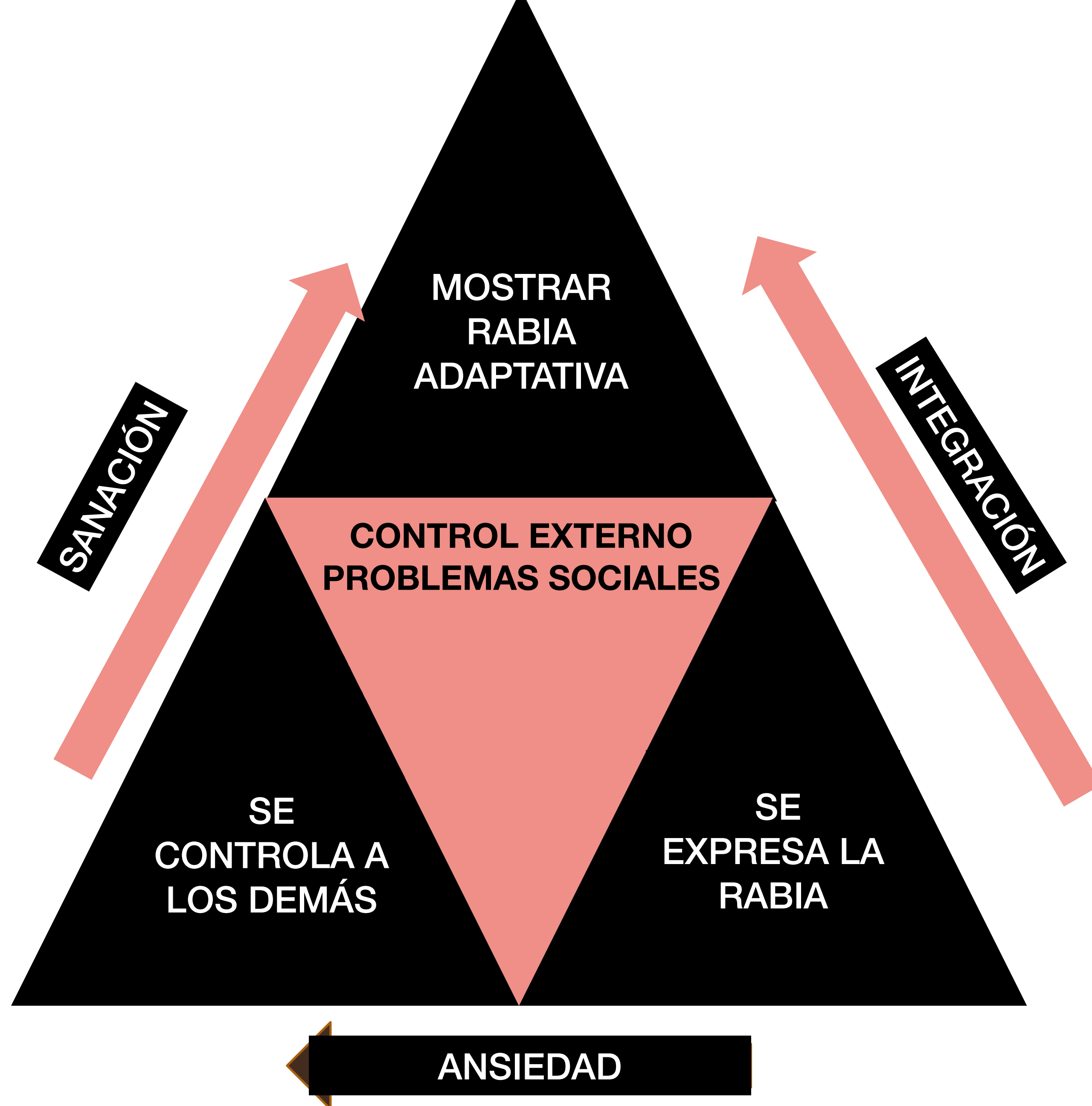
- **SOLEDAD, TRISTEZA**
- **MIEDO. ANSIEDAD**
- **RABIA. IRA. FRUSTRACIÓN**
- **CULPA, REPROCHES**
- **VERGÜENZA, ABATIMIENTO**



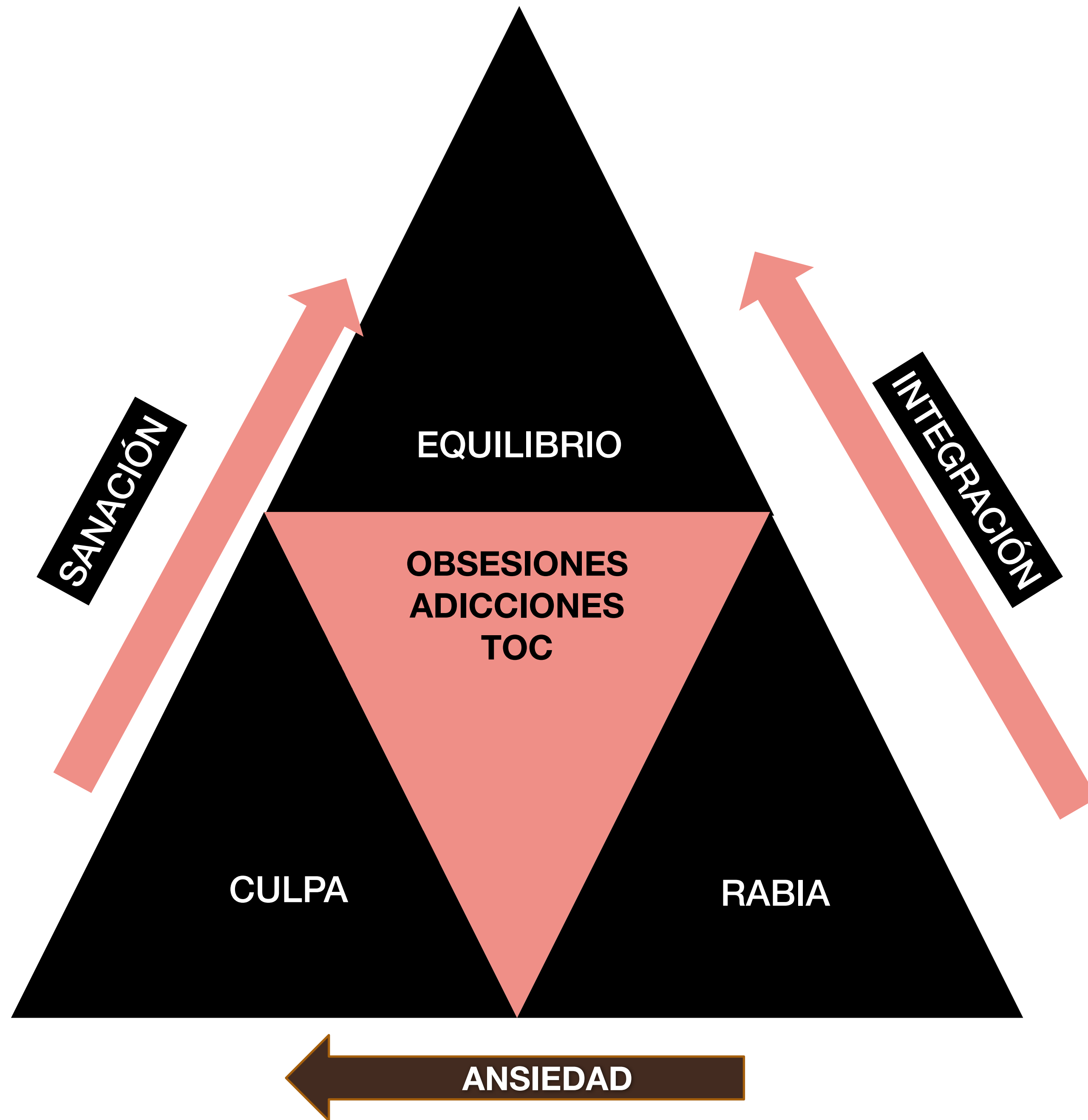
A INHIBIDA



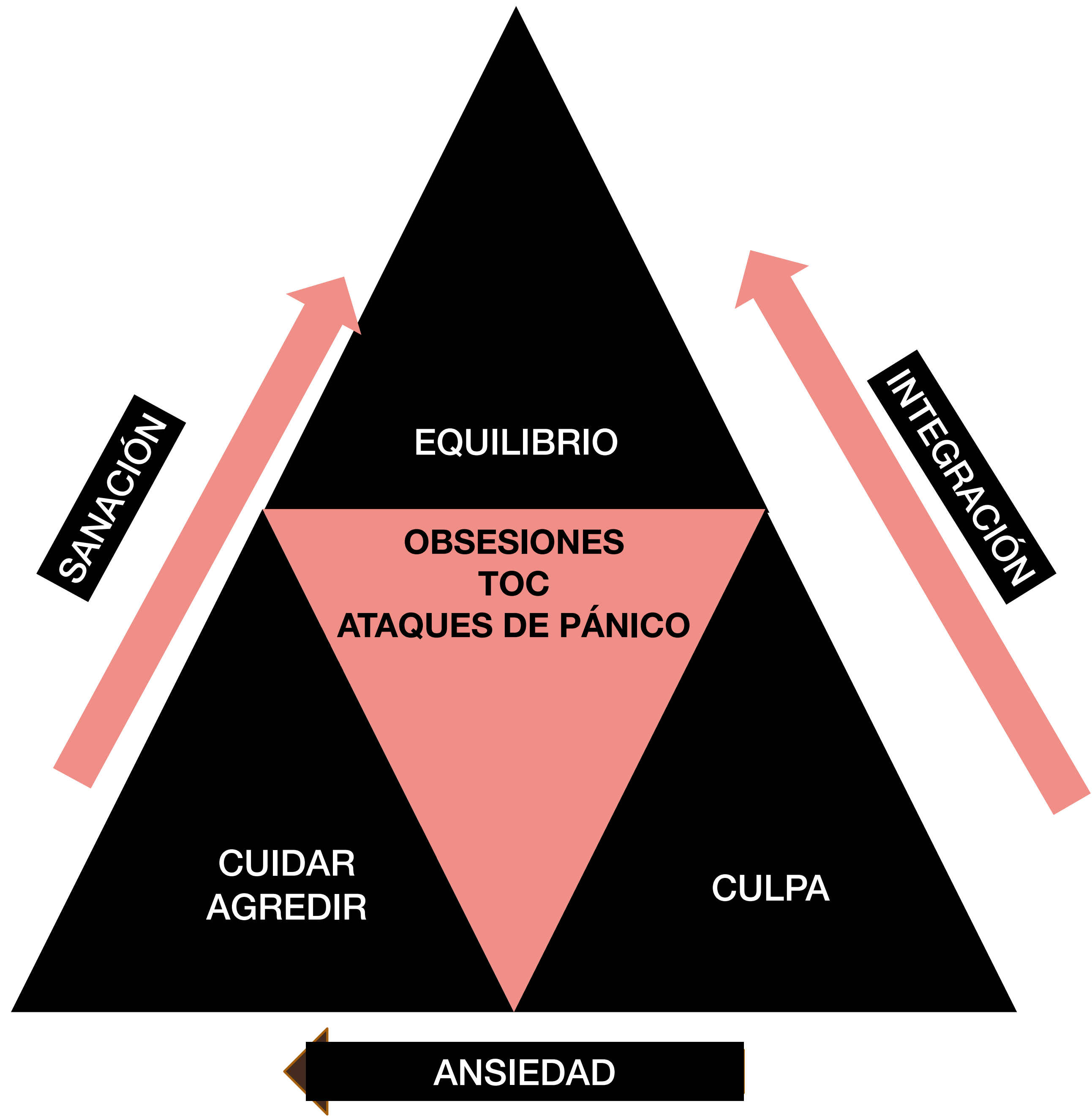
EXPRESADA



CULPA COMO DEFENSA



CULPA





**La raíz de toda la salud está en el cerebro
El tronco del árbol son las emociones
Las ramas y las hojas son el cuerpo
Cuando todas las partes trabajan juntas
Se producen racimos de flores hermosas**

Poema kurdo (extraído de Nijenhuis, 2016)