

OBSESIONES Y TRASTORNOS OBSESIVOS COMPULSIVOS

Una adicción al pensamiento

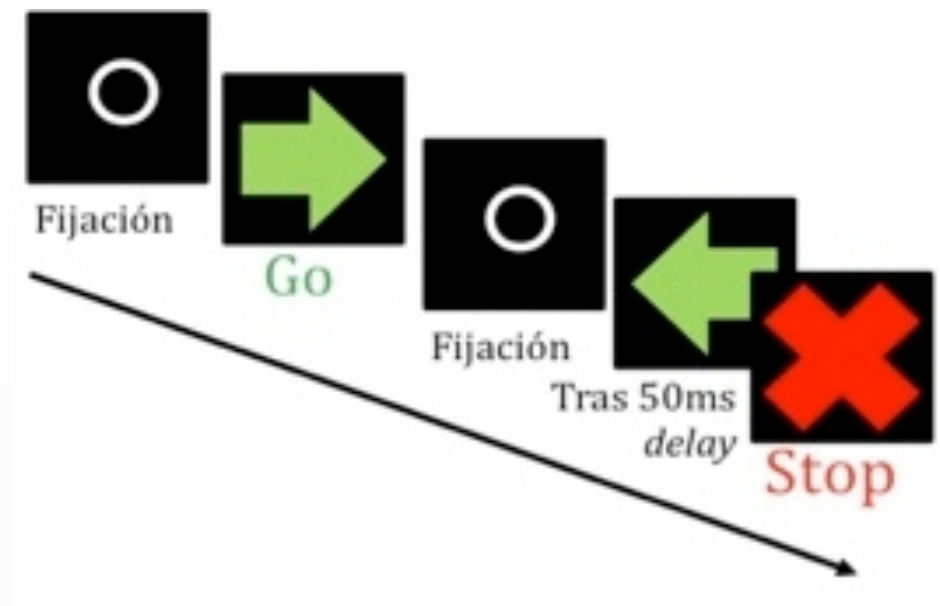


MECANISMOS EVOLUTIVOS DEL TOC



MARCO DEL GIUDICE

EL TOC SERÍA UN MECANISMO INNATO COMPARTIDO CON TODOS LOS SERES VIVOS PARA MANTENER UNA LIMPIEZA, UN ORDEN, UNA ACUMULACIÓN, UNA ALERTA FRENTE A LA AMENAZA, ETC., PERO QUE EN LOS SERES HUMANOS CON TRASTORNO SE HABRÍA VUELTO EXCESIVA E INCONTROLABLE.



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 autoprotectores 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.

RENEE DESCARTES



NO PUEDO CONFIAR EN MIS SENTIDOS

NECESIDAD DE CONTROL

RIGIDEZ

DUDA Y MIEDO

**PERSONALIDADES
OBSESIVAS**

LO CONTROLAN TODO
DE FORMA RÍGIDA

FOBIAS AL IMPULSO
MIEDO A PERDER
EL CONTROL

TOC
MIEDO A QUE
OCURRA ALGO
QUE NO PUEDAN
CONTROLAR

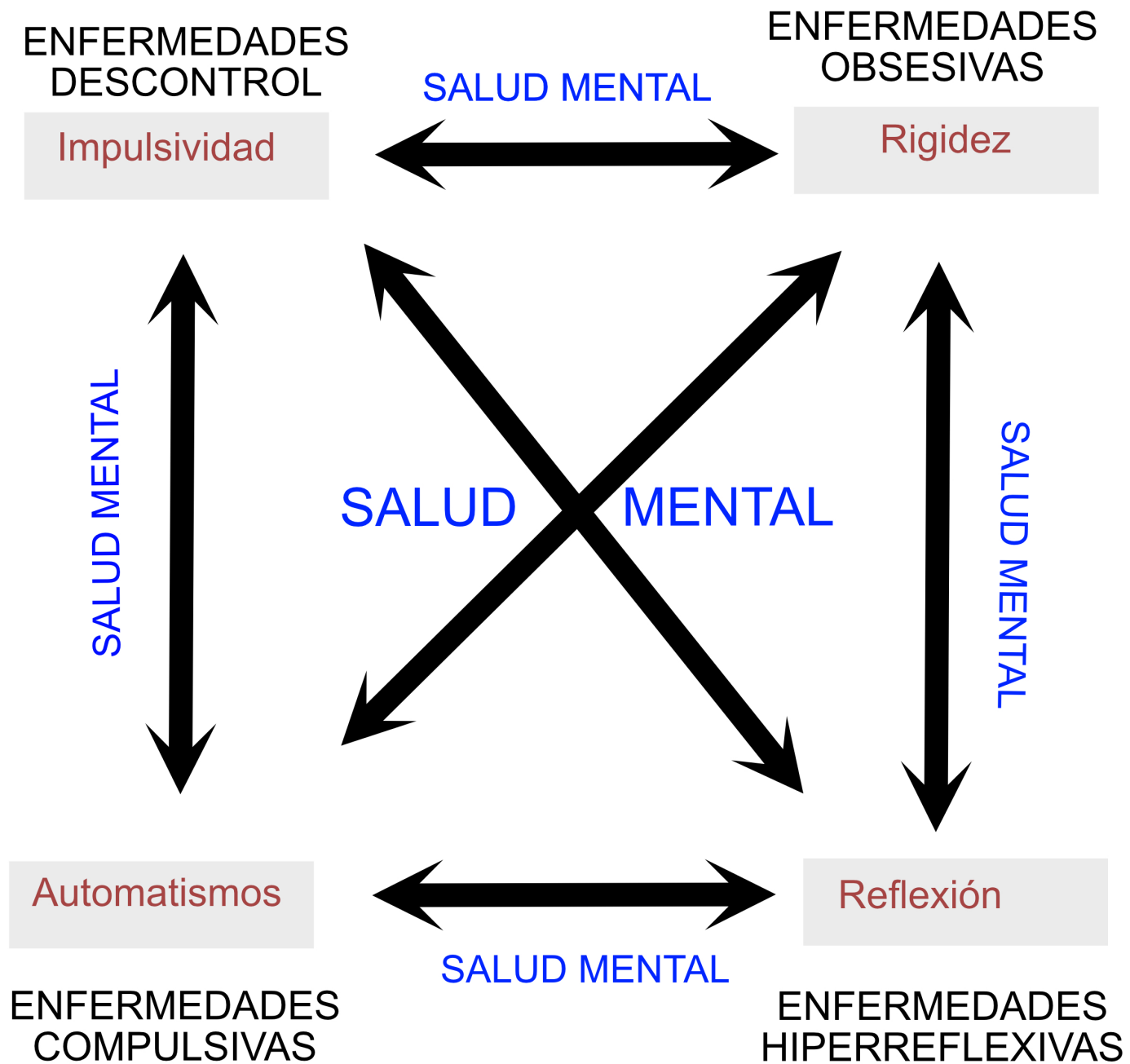




Tabla 1. Criterios del DSM-5 (2013) para el diagnóstico del trastorno obsesivo-compulsivo

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).

Especificar si:

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

TRASTORNO OBSESIVO-COMPULSIVO Y TRASTORNOS RELACIONADOS (DSM-V)

Trastorno
obsesivo-
compulsivo (TOC)

Trastorno
Dismórfico
Corporal

Trastorno por
acumulación

Tricotilomanía

Trastorno por
excoriación

Otros trastornos
como celos
obsesivos

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

Obsesión	Ejemplos	Comportamiento compulsivo asociado
Contaminación	El temor de ser contaminados o contaminar a otros; miedo a la contaminación por gérmenes, infecciones o factores ambientales; miedo a ser contaminado por las personas malas o inmorales	Rituales de lavado o limpieza
Sexual	Pensamientos recurrentes acerca de ser pedófilo o sexualmente desviado; pensamientos recurrentes acerca de la actuación sexual inapropiada hacia los demás	Evitar situaciones
Religiosa	Pensamientos acerca de ser inmoral y eternamente condenado	Pedir perdón, rezar
Agresiva	Miedo a hacer daño a otros, imágenes violentas recurrentes	Monitoreo de las noticias por las denuncias de delitos violentos, pidiendo tranquilidad acerca de ser una buena persona
Relacionadas con el control	Miedo de hacer comentarios inapropiados en público	Evitar estar cerca de otros
Duda patológica e integridad	Preocupaciones recurrentes sobre hacer las cosas de forma incorrecta o incompleta que de esta manera pueda afectar negativamente a otros o al paciente	Comprobación excesiva, realizar acciones en un orden determinado
Relacionado a superstición	Temores de ciertos números o colores "malos"	Conteo excesivo
Simetría y exactitud	Pensamientos recurrentes de tener que hacer las cosas de una manera equilibrada o exacta	Ordenar y disponer

Actividad Cognitiva y Trastorno Obsesivo Compulsivo

Contenidos de las obsesiones

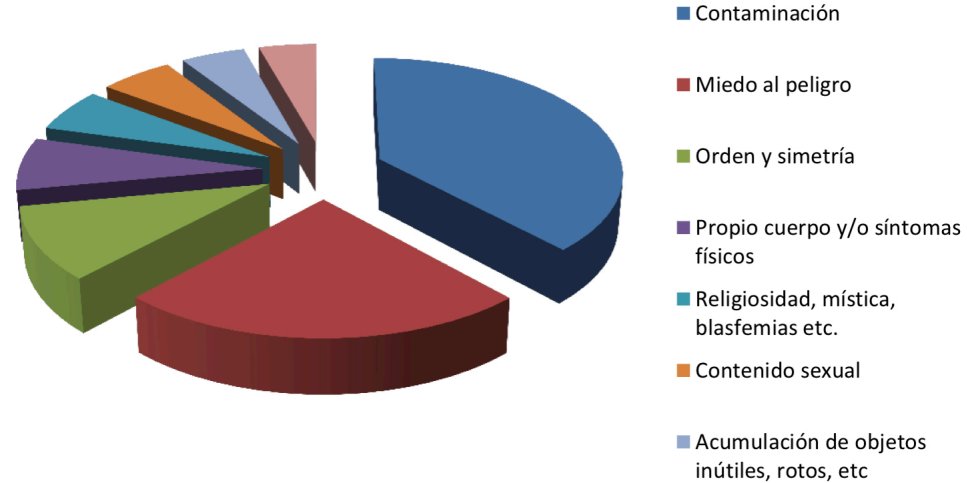


Gráfico 1. Tomado de Foa et al, 1995

Compulsiones más comunes

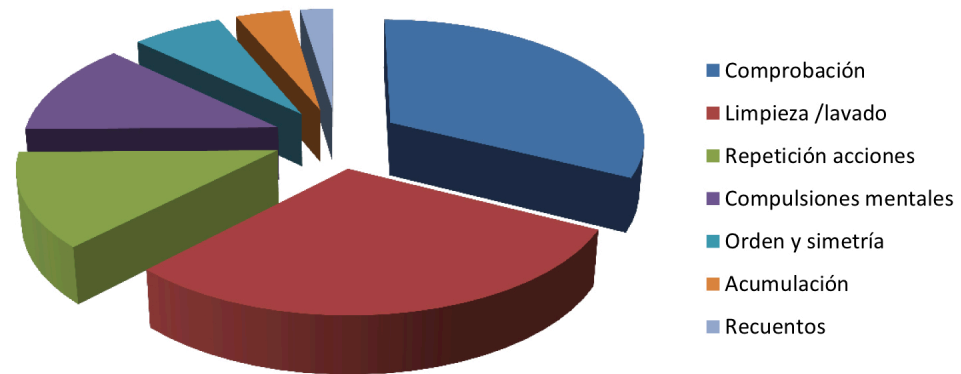
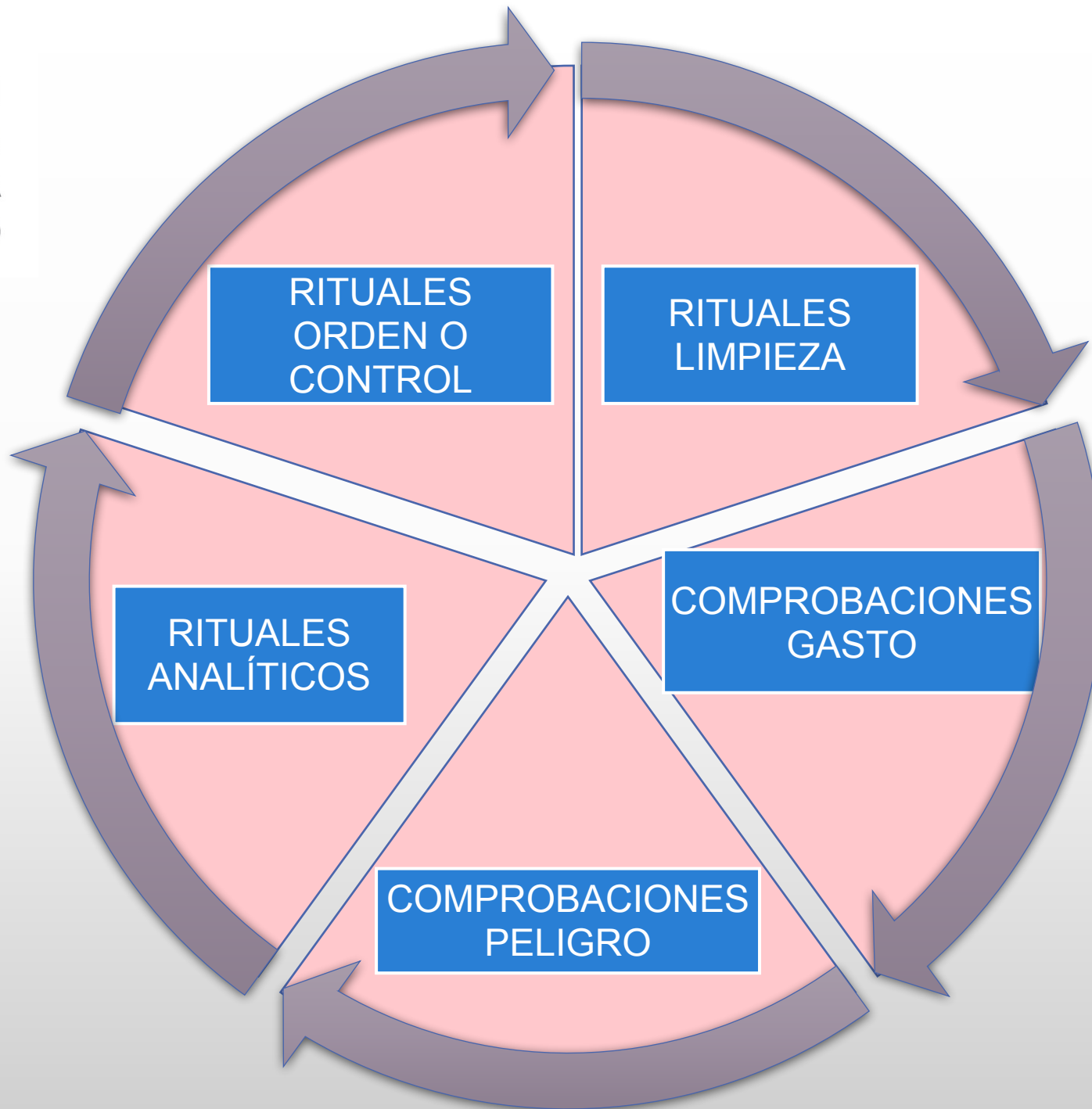


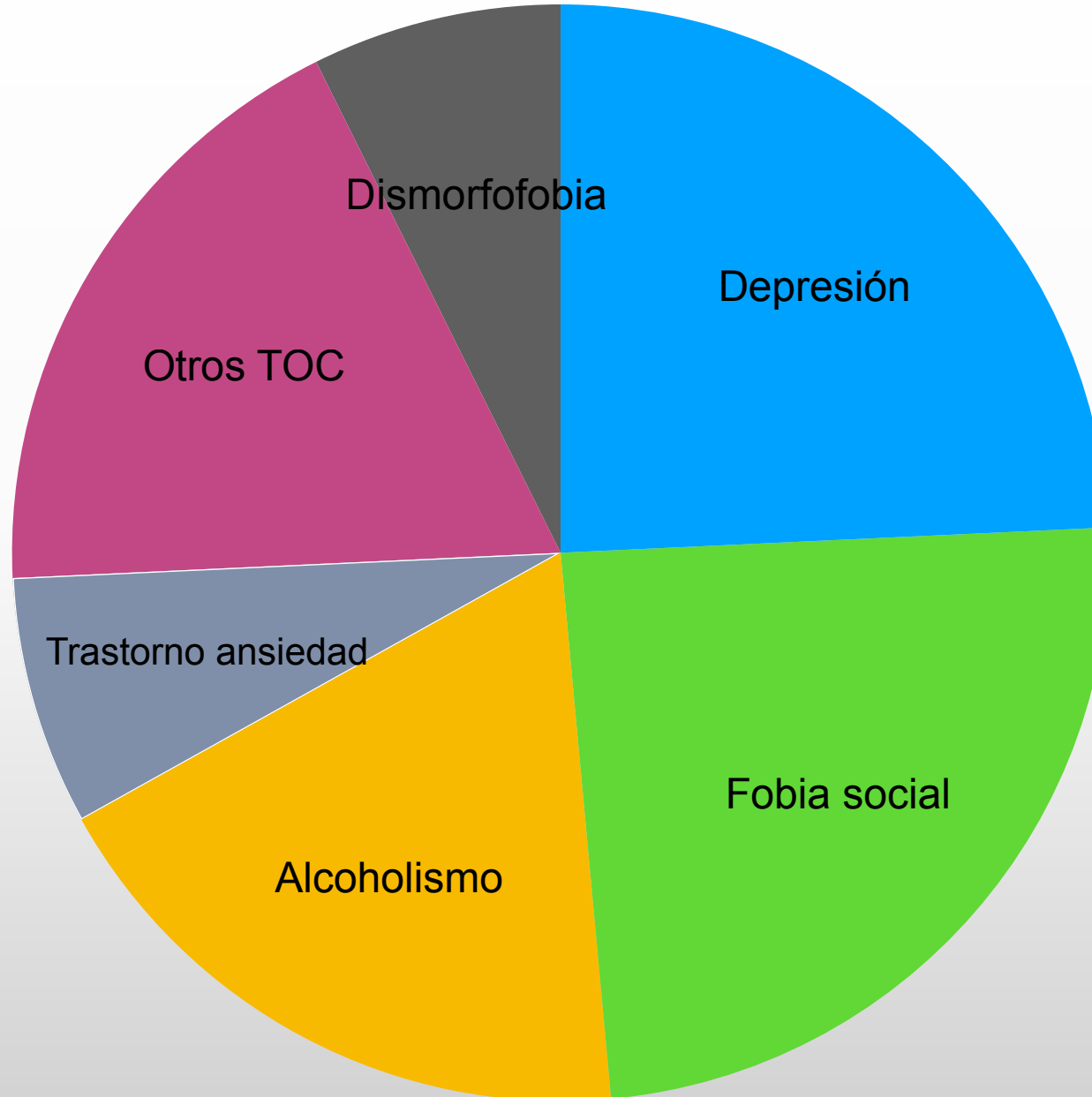
Gráfico 2. Tomado de Foa et al., 1995



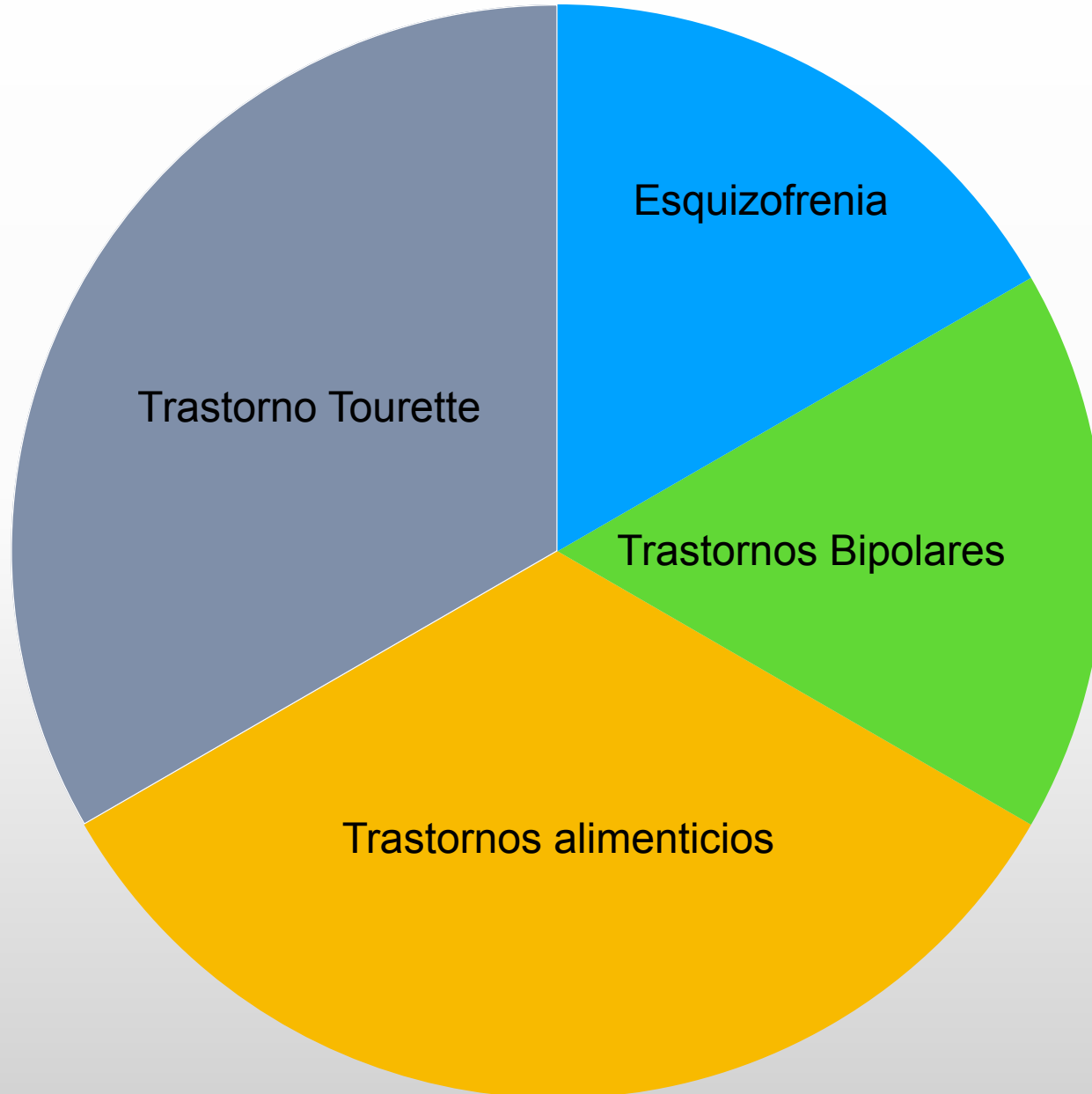
ASOCIACIÓN
ESPAÑOLA
DEL TRAUMA
PSICOLÓGICO



Comorbilidad en el TOC

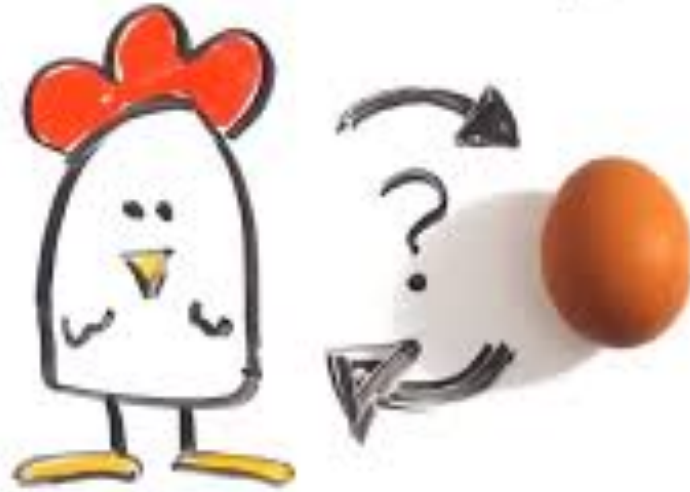


Comorbilidad en el TOC



NEUROBIOLOGÍA DEL TOC

¿EL HUEVO O LA GALLINA?



¿GENÉTICA O AMBIENTE?



ASOCIACIÓN
ESPAÑOLA
DEL TRASTORNO
OBSESIVO COMPULSIVO
PSICO

Corteza Motora

MOVIMIENTOS
VOLUNTARIOS

CIRCUITO DEL
ASCO/EMOCIONES

Anterior
cingulate
cortex

Frontal
cortex

Orbitofrontal cortex

DETECCIÓN DE ERRORES

Basal ganglia

Thalamus

¿QUE ÁREAS CEREBRALES ESTÁN IMPLICADAS EN EL TOC?

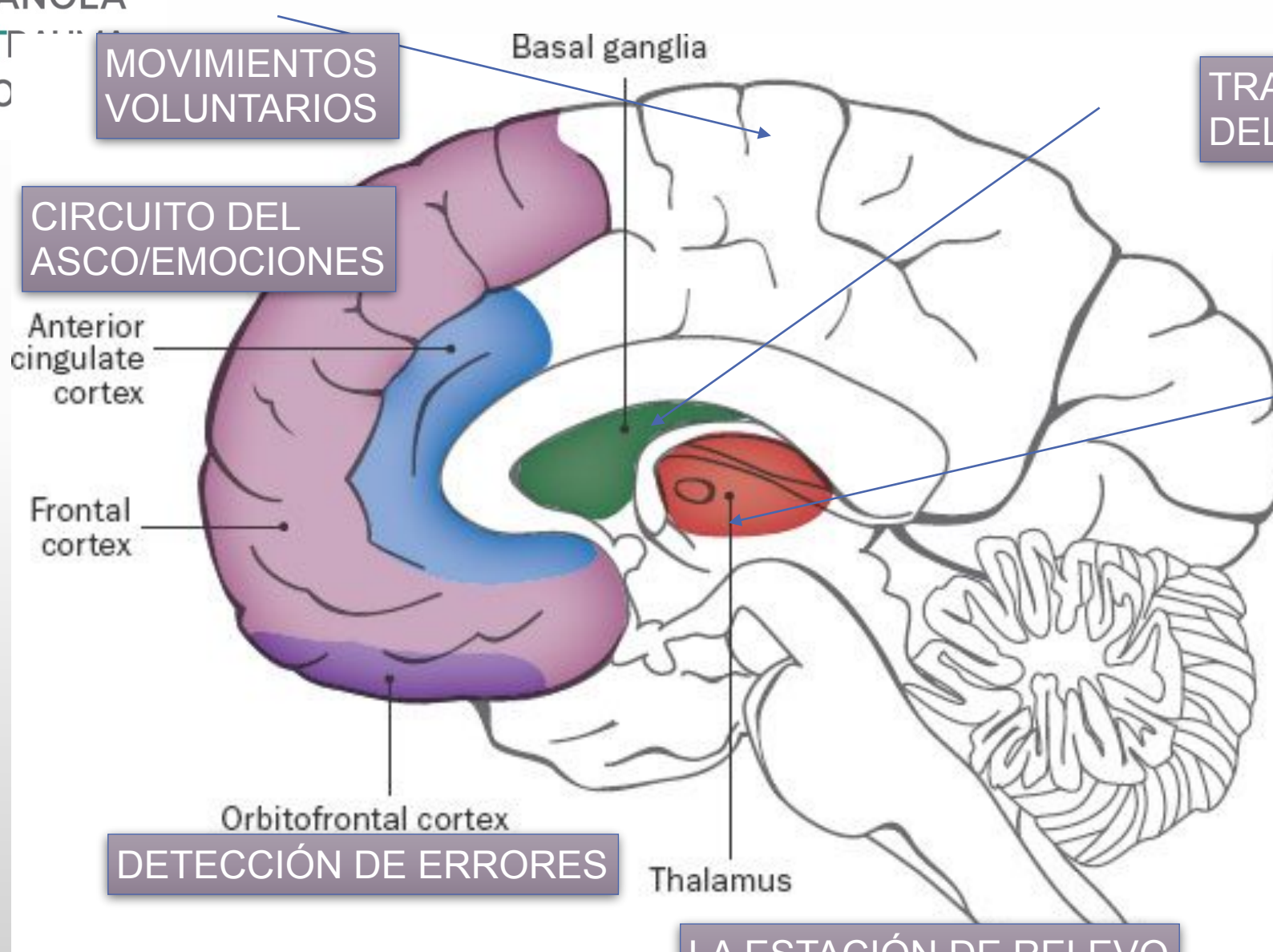
Núcleo Caudado

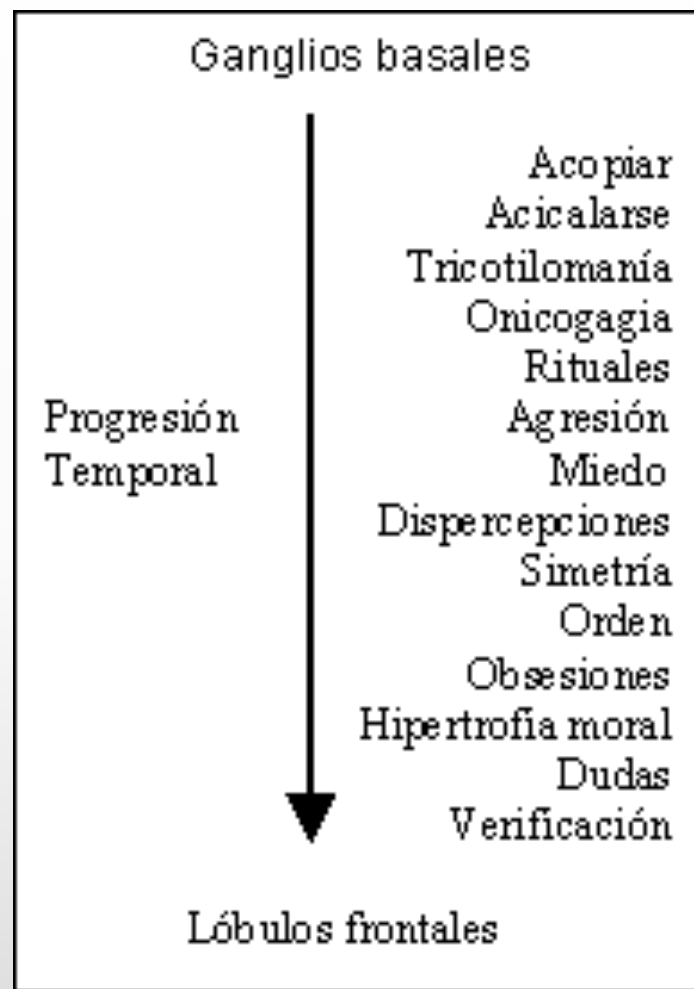
TRANSMISIÓN AUTOMÁTICA
DEL PENSAMIENTO

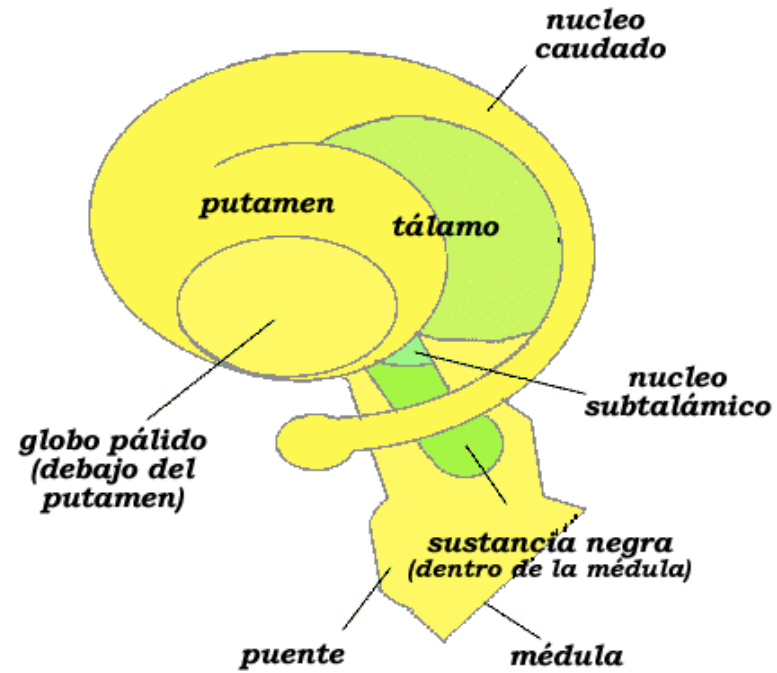
Putamen

TRANSMISIÓN
AUTOMÁTICA
DEL MOVIMIENTO

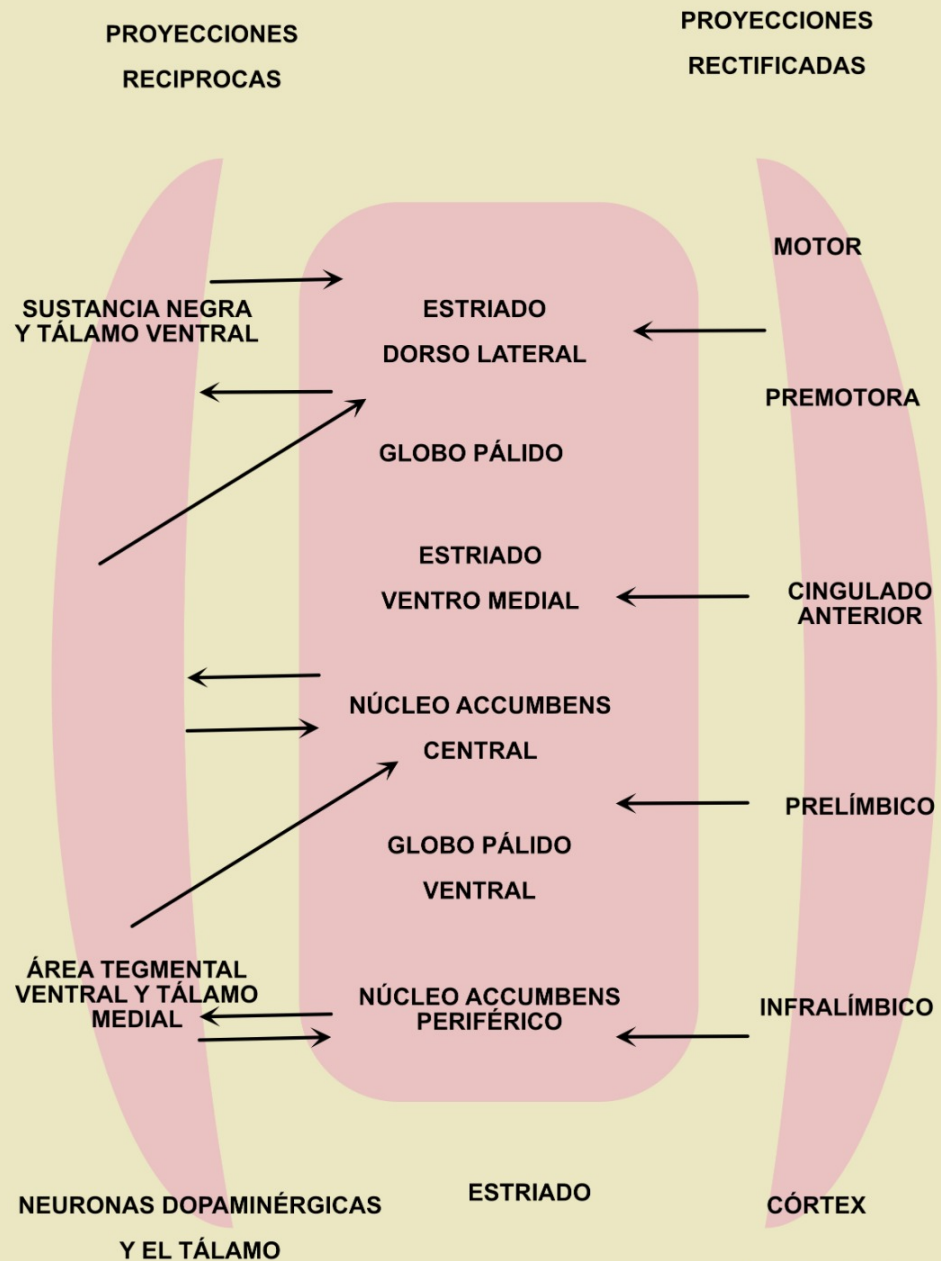
LA ESTACIÓN DE RELEVO







JERARQUÍA DE PROCESAMIENTO DE INFORMACIÓN POR LOS CIRCUITOS CORTICOS-ESTRIADOS

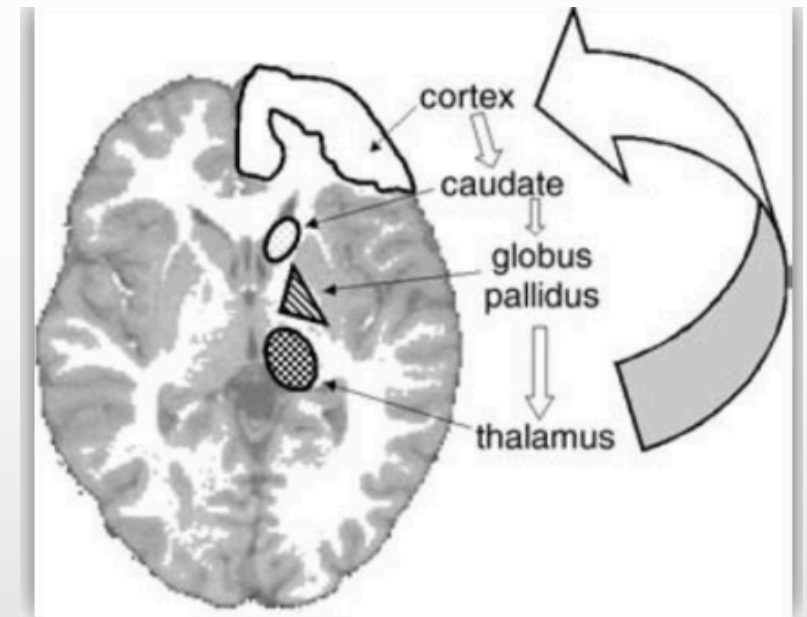


En los primates, '**la vía directa**' se origina en el córtex frontal que estimula el receptor D1 del estriado. Éste, entonces, proyecta a la porción interna del globo pálido/sustancia negra. Desde este complejo reticular se proyecta al tálamo, que conecta directamente con el córtex frontal. Esta vía 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.

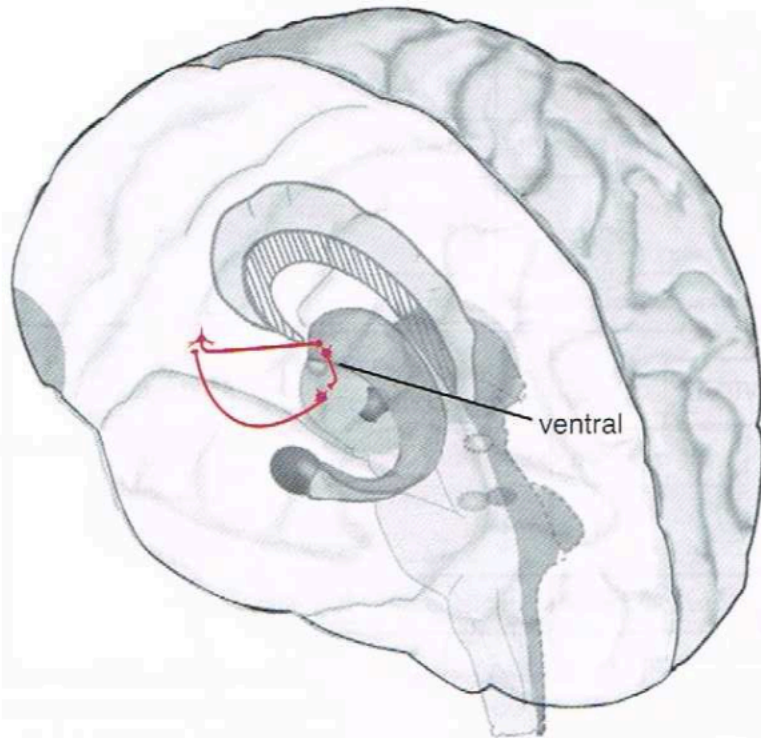
Por otro lado, '**la vía indirecta**', que viene desde el córtex frontal, activa el receptor D2 del estriado que, a su vez, inhibe el sistema indirecto de control de los ganglios basales. Este sistema de control está formado por la parte externa del globo pálido y el núcleo subtalámico.

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

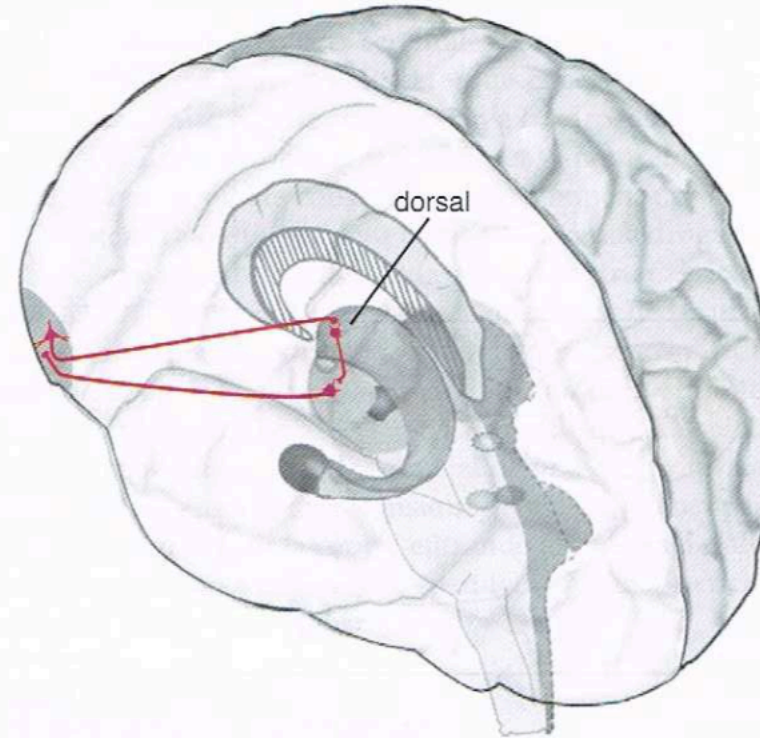
En el TOC hay una mayor influencia de la **vía directa que acabaría produciendo una mayor actividad talamocortical**. La hiperactividad de esta vía provocaría una mayor conciencia para temas como el peligro o la higiene (temas típicamente obsesivos), obligando al sujeto con TOC a responder con comportamientos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



Impulsividad y recompensa



Compulsividad e inhibición de la respuesta motora



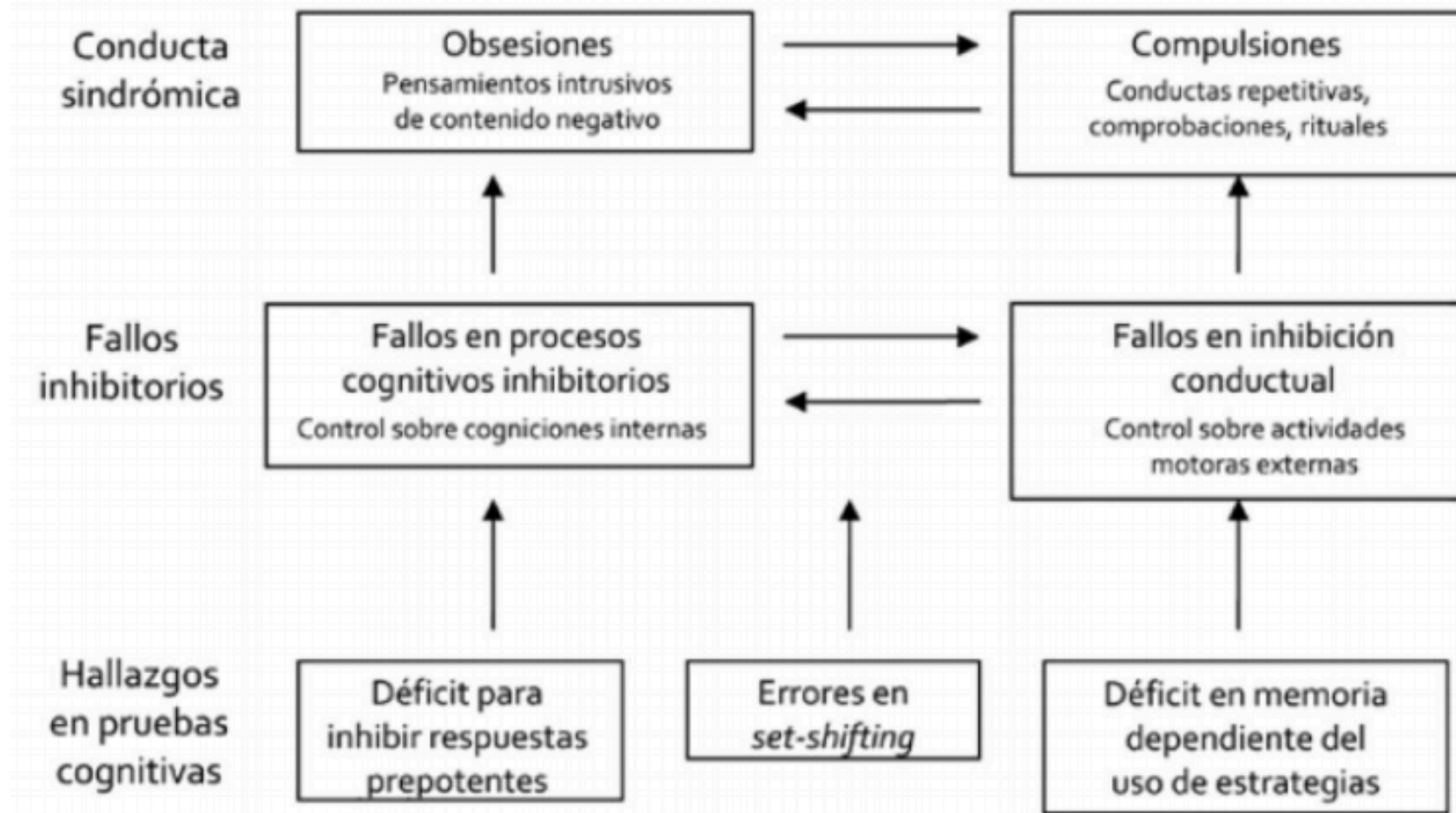
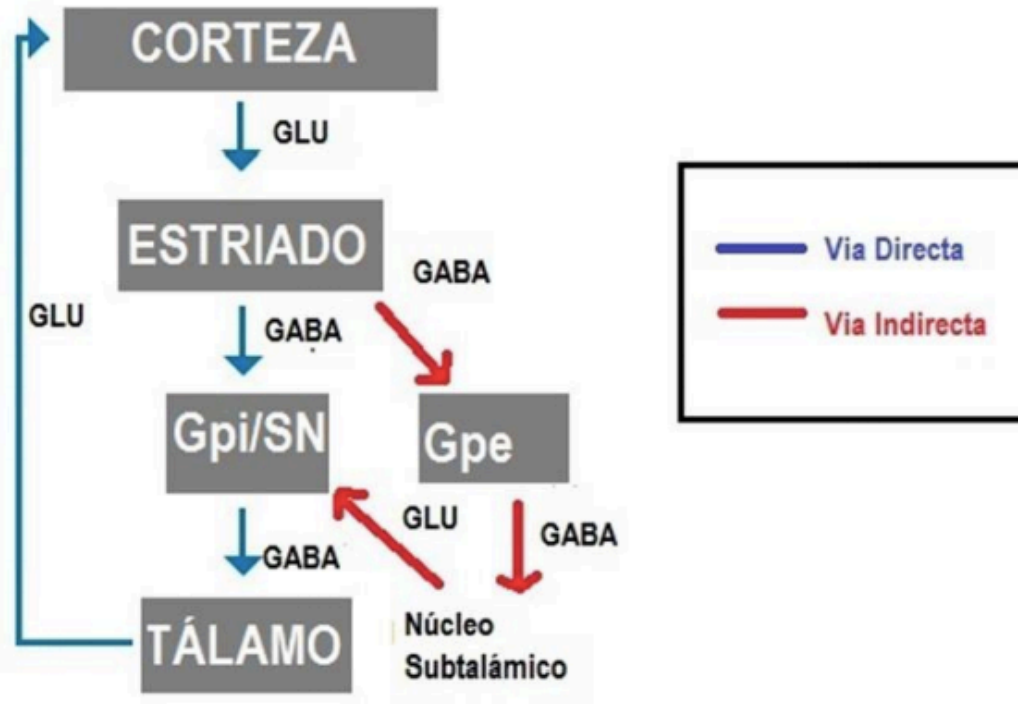


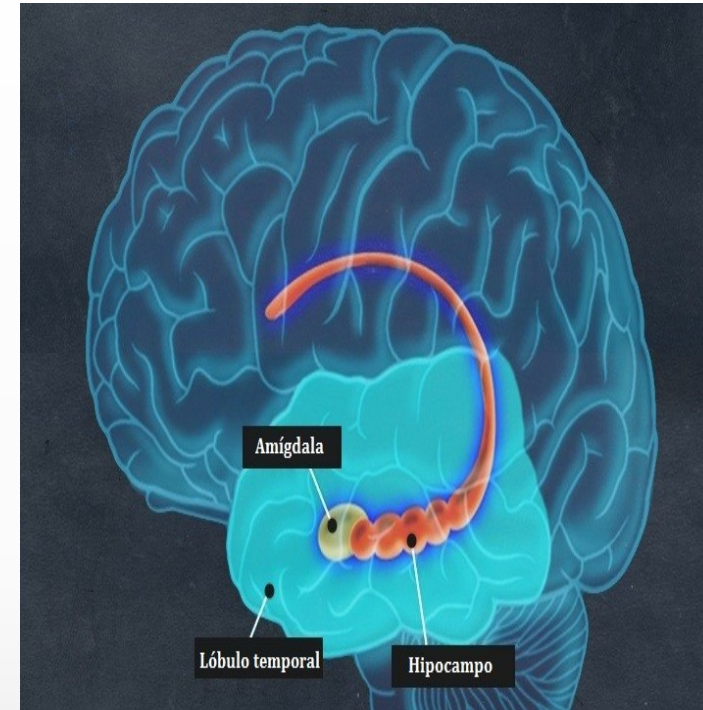
Figura 6. Modelo de Chamberlain et al. (2005) (Extraído de Pena-Garijo et al., 2010).

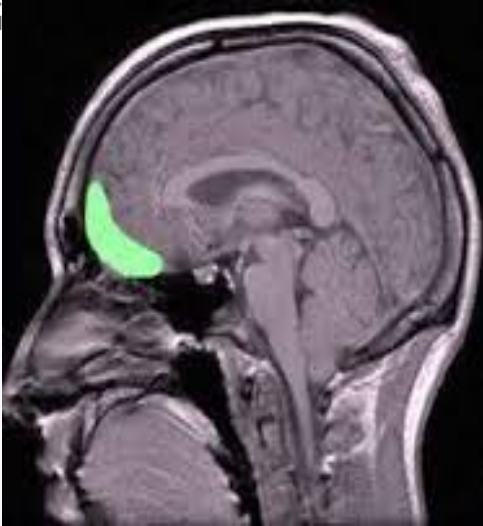
El sustrato neurobiológico del TOC se encuentra en los circuitos corticoestriatales que unen las áreas frontales al tálamo y el núcleo subtalámico a través del estriado dorsal y ventral. El circuito excitador principal conecta la corteza orbitofrontal (OFC) y la corteza prefrontal ventromedial (VMPFC) 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



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:

Lateral órbito-frontal:
Envía proyecciones al núcleo caudado.

Medial órbito-frontal:
Envía proyecciones al cuerpo estriado.

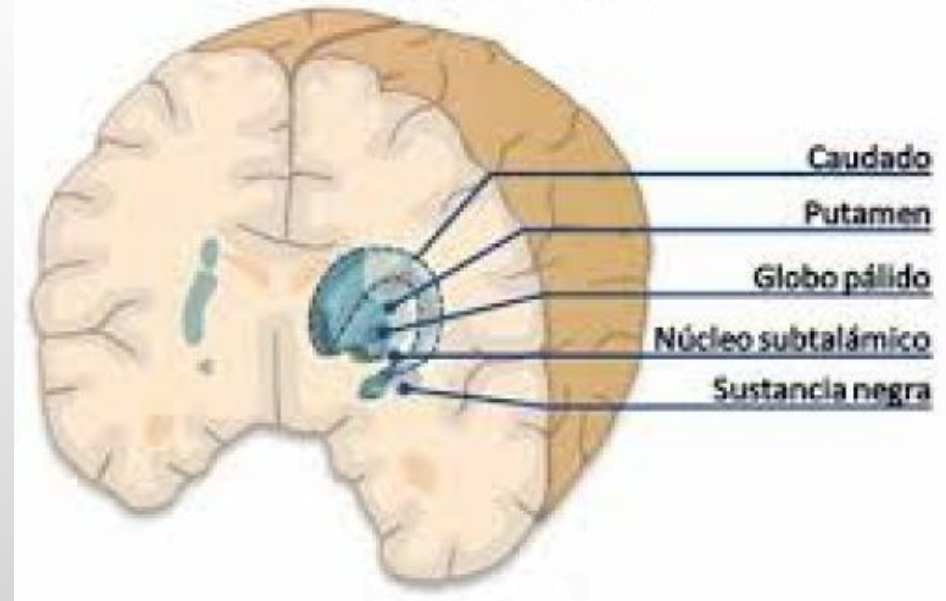
El circuito órbito-frontal mediatiza la conducta social y otros procesos como la empatía, a su vez el circuito del cíngulo anterior mediatiza la conducta motivada.

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.

Ganglios basales

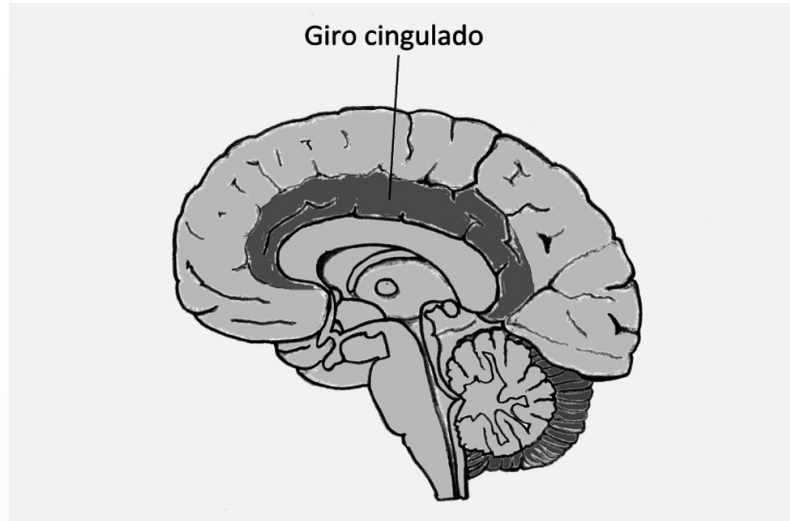


De acuerdo con esta concepción disfunciones del núcleo caudado harían que los impulsos del cortex orbital no fuesen adecuadamente filtrados (reprimidos) activando, pues, la vía de conexión directa (inhibitoria) del cuerpo estriado al complejo globo-pálido interno-sustancia nigra.

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 esto 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).



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.

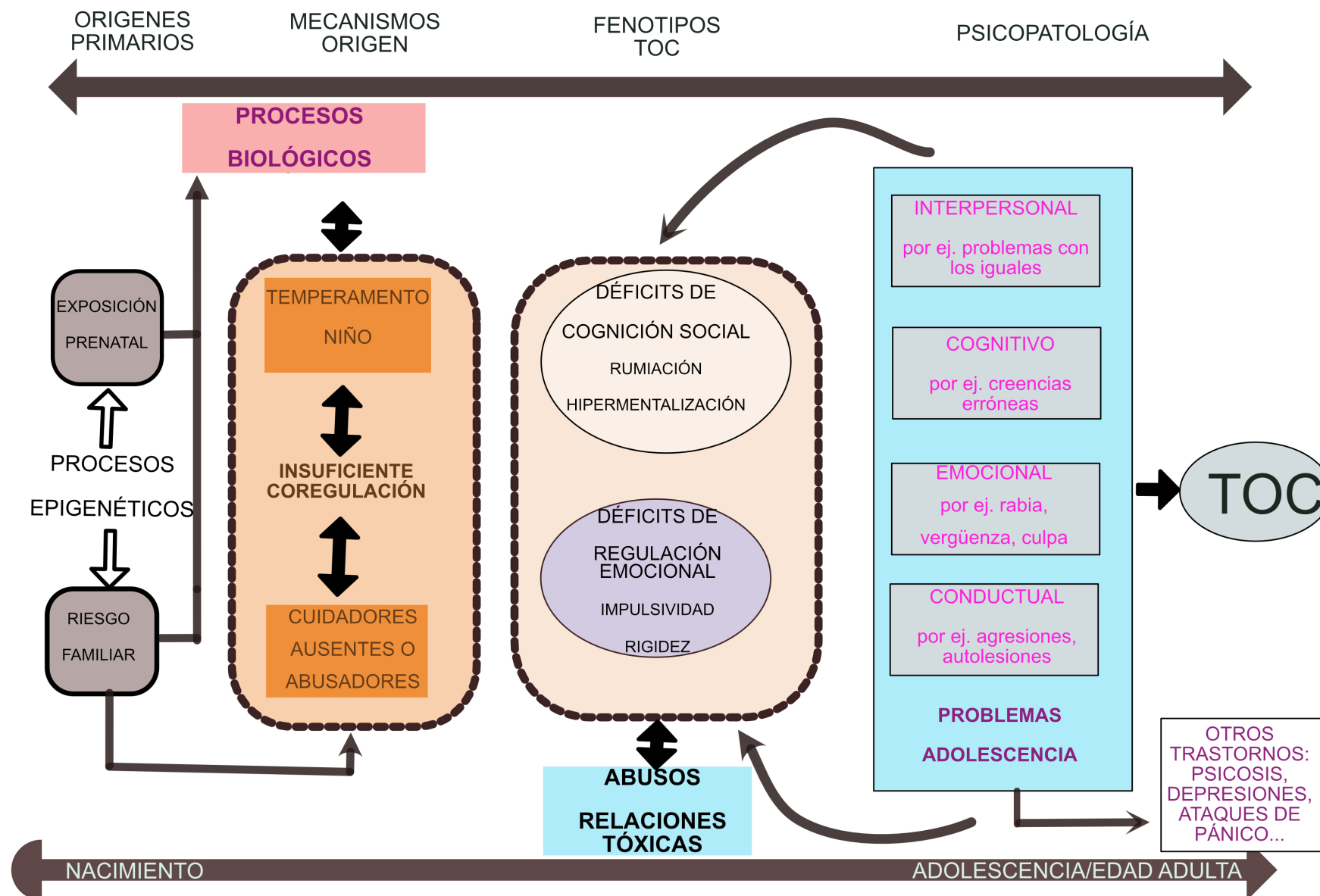
La región subcallosa se encarga de la regulación de las funciones autonómicas como la respiración y el ritmo cardíaco.

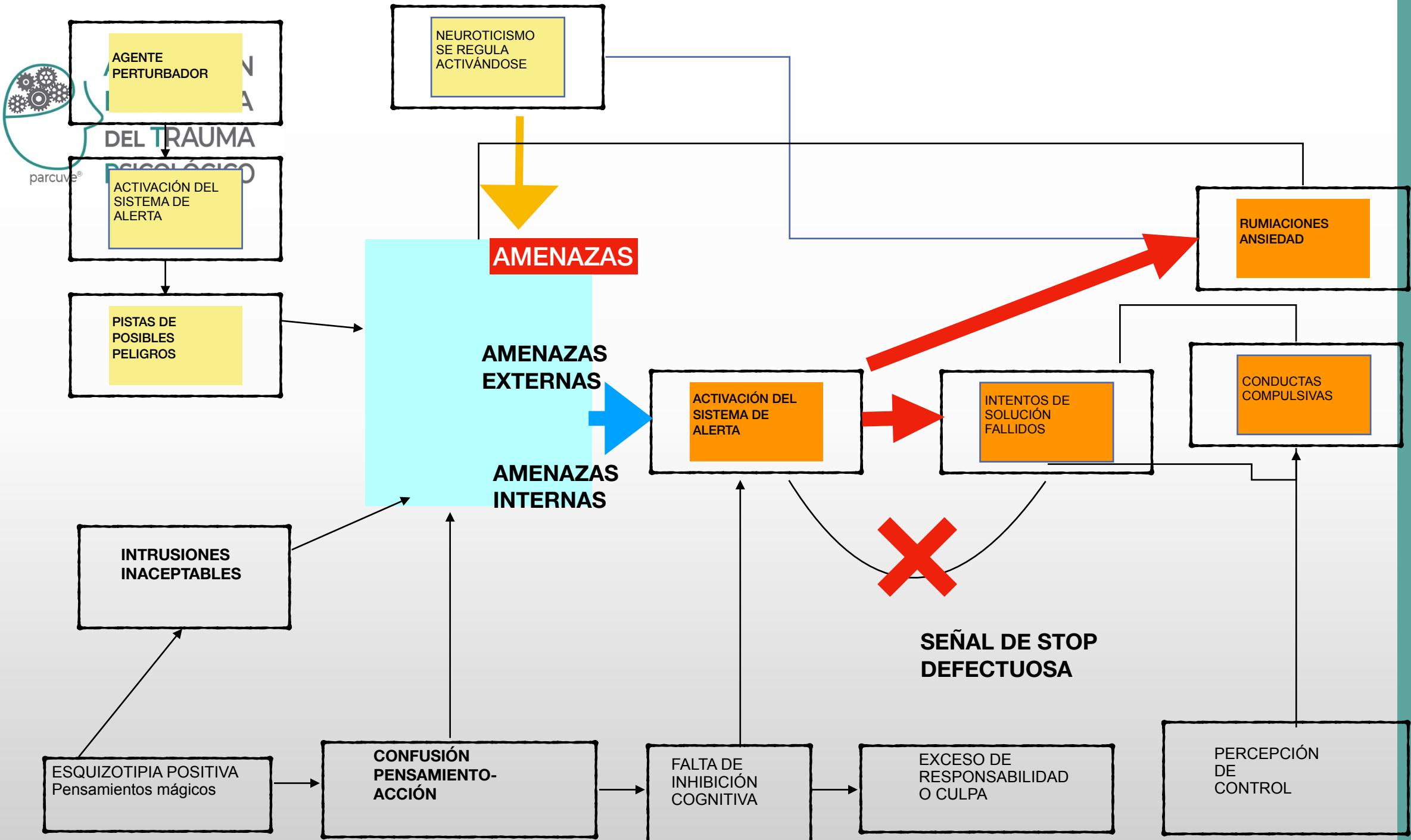
Participa en el movimientos de manos y otros movimientos en tareas difíciles, o que implican memoria reciente, y en el inicio espontáneo de la acción.

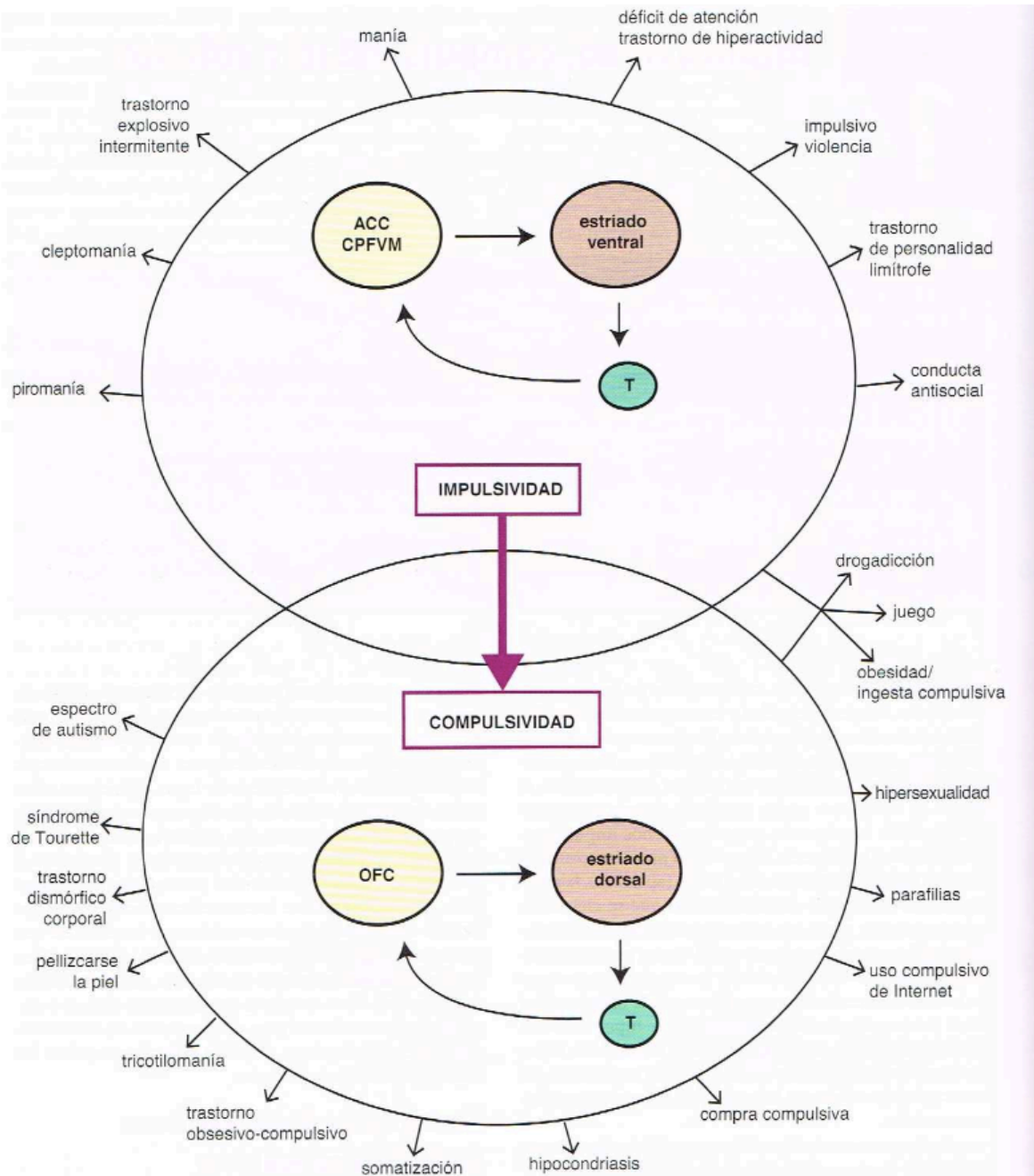
Se activa en situaciones que demandan un control ejecutivo, atención dividida, resolución de conflictos, detección de errores, supervisión de respuestas e iniciación y mantenimiento de respuestas apropiadas.

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.



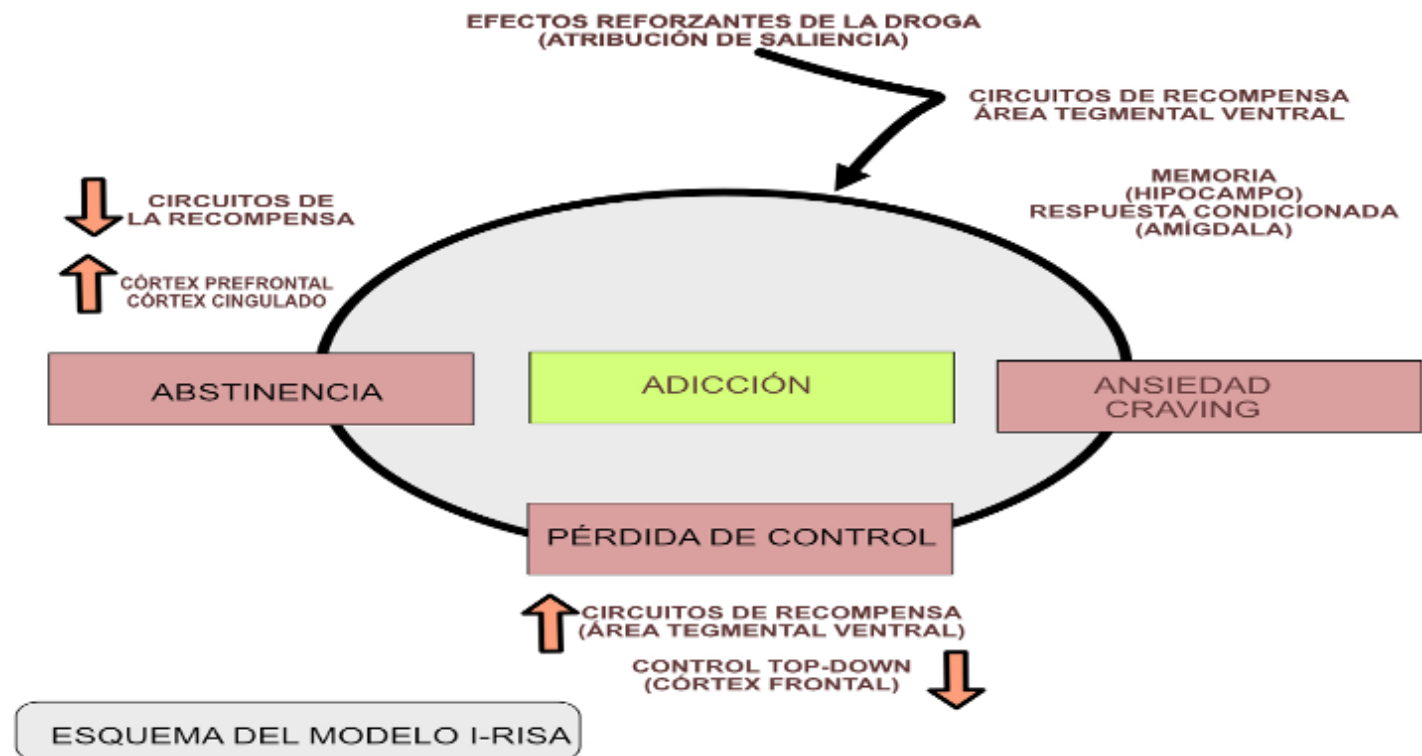




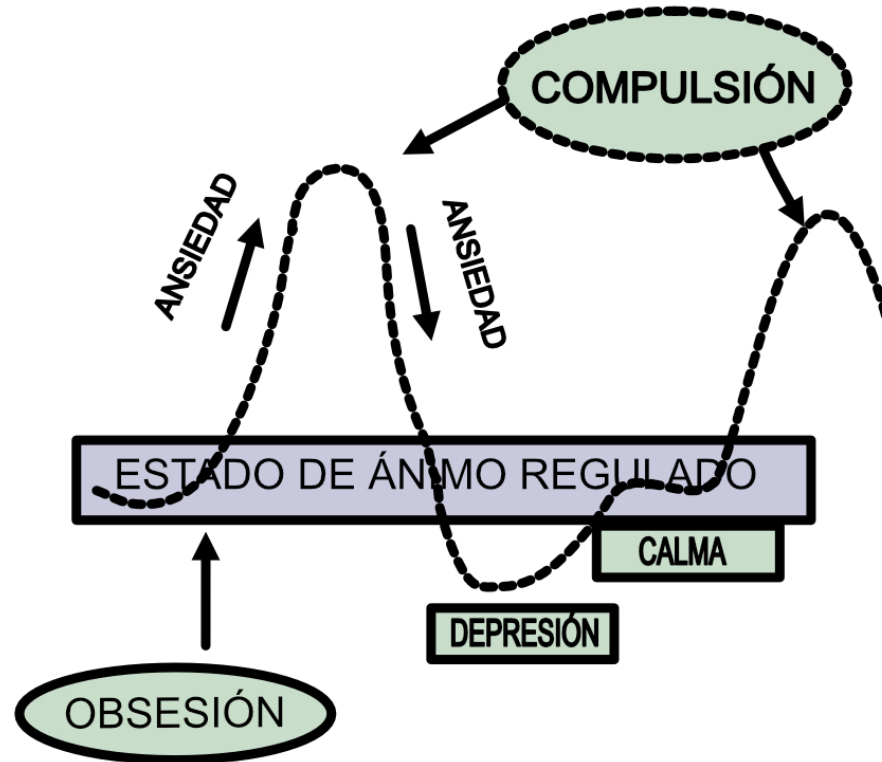
La impulsividad puede ser definida como la incapacidad de detener el inicio de acciones e implica a un circuito centrado en el **estriado ventral**, relacionado con el tálamo. El córtex **ventromedial** y el **cingulado anterior**.

La compulsividad puede ser definida como la incapacidad de terminar acciones que ya están en marcha e hipotéticamente está centrada en un circuito cerebral diferente, concretamente **el estriado dorsal**, tálamo y el **córtex orbitofrontal**.

Las acciones impulsivas como el consumo de sustancias, juego, atracones puede llegar a ser compulsivo debido a cambios neuroplásticos que implican al sistema de hábito dorsal y teóricamente causa impulsos en el circuito ventral que se desplazan al circuito dorsal.



EL TOC COMO UNA ADICCIÓN



SIMILITUDES DEL TOC Y LAS ADICCIONES	DIFERENCIAS DEL TOC Y LAS ADICCIONES
Ambas comparten mayoría de los circuitos neurobiológicos	Mientras que, en las adicciones, se puede buscar en algunos casos, sobre todo al comienzo, el placer. En el TOC solo se busca alivio del malestar
Ambos trastornos son mecanismos de regulación emocional fallidos	Las adicciones son en un comienzo egosintónicas, mientras que el TOC es casi siempre egodistónico desde un principio.
En ambos trastornos, hay errores, a la hora de tomar decisiones adecuadas, y valorar las recompensas futuras	Las personas con adicciones pueden negar tener un problema. Las personas con TOC saben, o reconocen, con facilidad que tienen un problema
Ambos trastornos suponen con el tiempo la pérdida del control	Mientras que, en el TOC, se trata de percibir control, en las adicciones se trata de perderlo
Las estrategias que en un principio son impulsivas se terminan volviendo compulsivas	



**SISTEMA NERVIOSO
SIMPÁTICO**

SISTEMA NERVIOSO PARASIMPÁTICO



DORSOVAGAL



VENTROVAGAL



**SISTEMA
NERVIOSO
SIMPÁTICO**



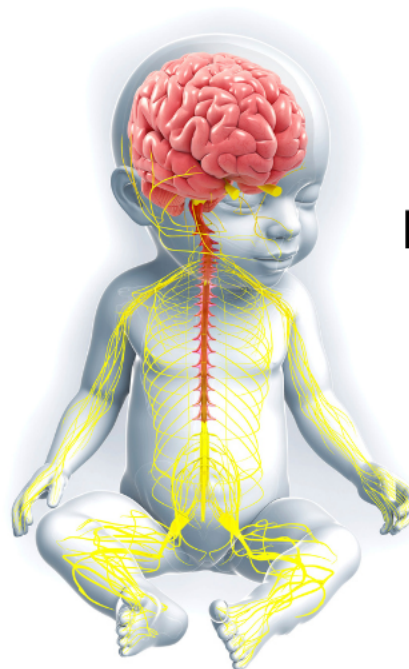
LUCHA

HUÍDA

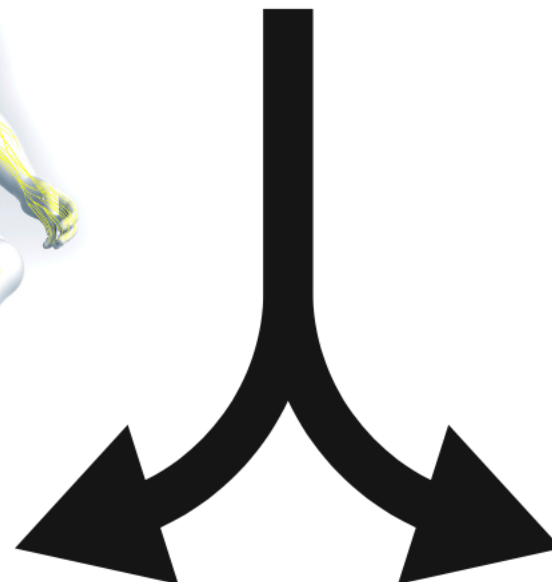


RABIA

MIEDO



**SISTEMA
NERVIOSO
PARASIMPÁTICO**



CALMA

PARÁLISIS

LOS NIÑOS QUE NO HAN INTEGRADO SUS SENSACIONES/EMOCIONES/
COGNICIONES NO SABEN DIFERENCIAR EL MIEDO DE LA RABIA.



CUANDO SIENTEN RABIA CREEN QUE SIENTEN MIEDO... Y BUSCAN
ALGO QUE PUEDA EXPLICAR ESE MIEDO.

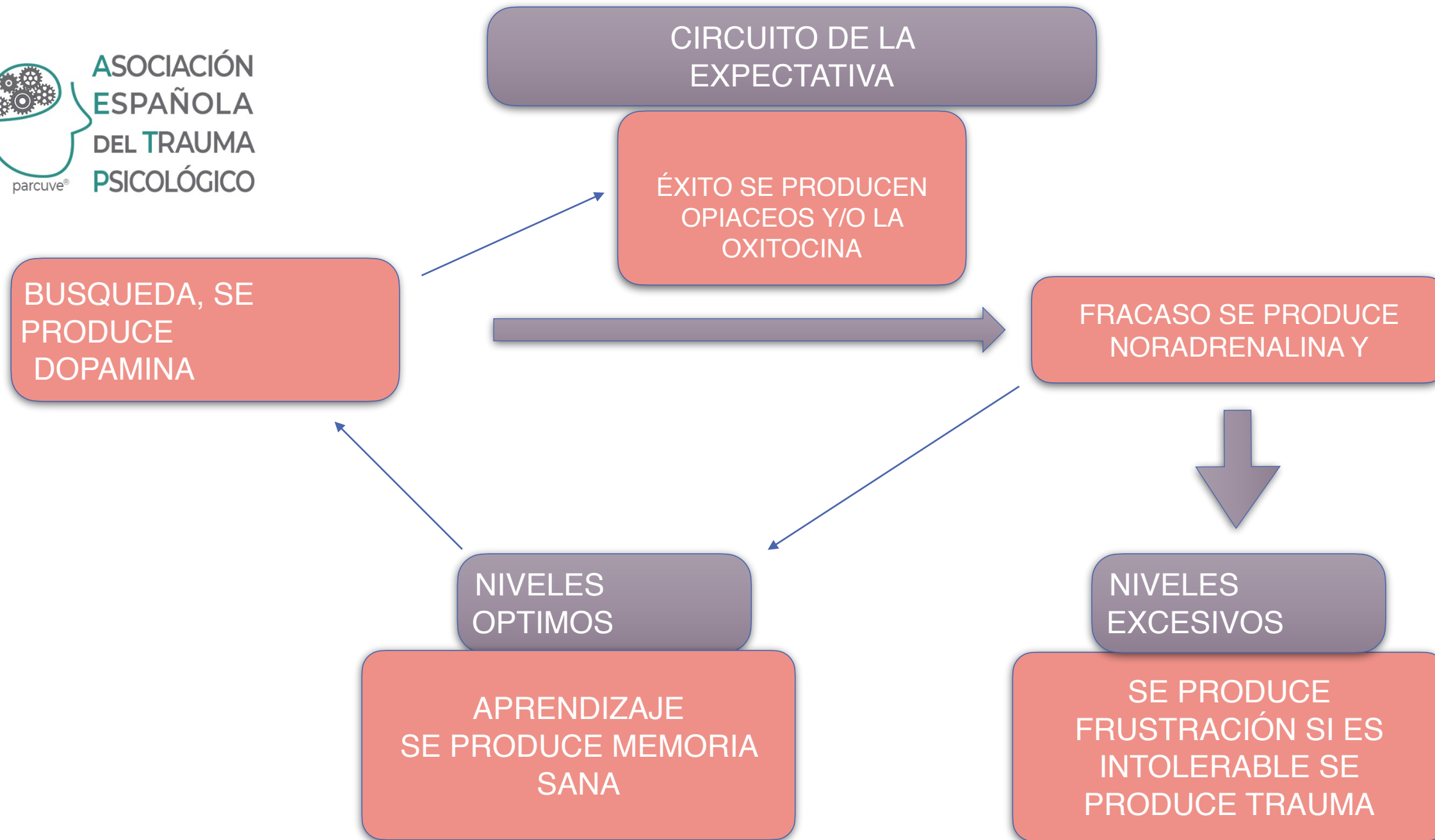


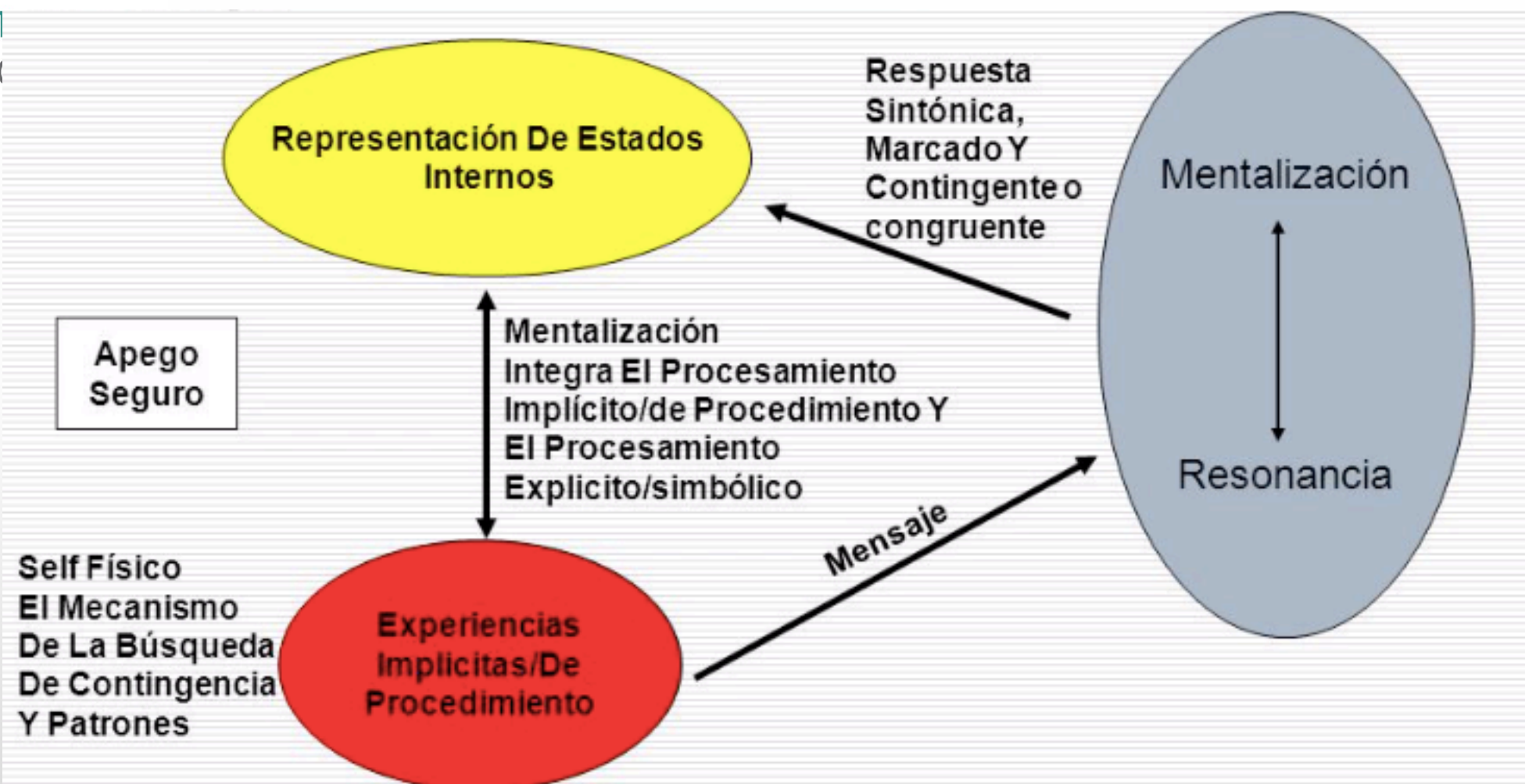
La rabia y el miedo son casi idénticos a nivel neurobiológico, Y AMBOS SE PERCIBEN COMO ANSIEDAD. Los niños traumatizados no pueden reconocer sus sensaciones/emociones porque o no han sido atendidos o han sido excesivas o no las han podido regular etc.. Así que estos niños confunde la rabia con el miedo (ambas se manifiestan como ansiedad) y hace que aparezcan el TOC y las obsesiones cuando sienten rabia. Creen que hay peligro cuando en realidad están enfadados pero nunca han podido sentirlo así, es decir darle ese significado

APEGO Y EL TOC

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







A LOS 6 AÑOS MIS PADRES SE DIVORCIARON



PARTE HERIDA

**Buscará conectar para sentir
amor y conexión**



PARTE QUE CONTIENE LA RABIA
**Se protegerá de sufrir de nuevo
controlando a los demás o no
relacionándose**

La parte rabiosa puede odiar a la otra por verla débil
La parte herida puede temer a la rabiosa porque le insulta

FALLOS EN LA MENTALIZACIÓN: MODO TELEÓLOGICO

ÉL ME HA DICHO QUE SOY
LA MUJER DE SU VIDA
ASÍ QUE ME QUIERE
DE VERDAD



@manuel_hernandez_parcuve

El cerebro funciona según ventanas de oportunidad. Hay momentos en el desarrollo en el que se tienen que dar ciertos aprendizajes. A los 4 años aproximadamente se da la mentalización, si esto no ocurre la persona no podrá analizar de forma correcta sus estados internos ni el de los demás.

Una de las formas es el pensamiento teleológico en el que la persona no diferencia lo que le dicen de lo que los demás hacen. Cree literalmente lo dicho aunque los hechos vayan en contra. Esto es una dificultad de poder adivinar o acertar las verdaderas intenciones de los otros. Esto en adultos puede llevar a ser demasiado confiado o crédulo en el amor a la dependencia emocional.

Modo fingido

El niño, y posteriormente adulto, aprende a aparentar, a actuar “como si”. Aprende a fingir y crea personajes para agradar a los demás, mientras que oculta sus verdaderos pensamientos o intenciones. Esto puede ocurrir porque no quiere ser rechazado o no quiere ser una carga. Esto provoca una disociación de la personalidad o defensas, en la que se crean partes fingidas o “pseudoyoes” que tratan de agradar a los demás, o fingir interés o bienestar, cuando en realidad se siente otra cosa. Serían personalidades evitativas dependientes o controladoras o, incluso, psicópatas que actúan no como sienten sino como cree que los demás esperan de ellos. Aprenden a fingir interés cuando sienten apatía o simular afecto o cariño cuando en realidad no sienten nada.



Modo de equivalencia psíquica

El niño y posteriormente como adulto, no es capaz de diferenciar lo que siente de lo que percibe en el exterior. Se sobreidentifica en exceso con los pensamientos y emociones de los demás y no aprenderá a percibir la realidad de un modo flexible. Posteriormente creerá que lo que piensa o siente es exactamente lo real, no podrá fiarse de su intuición, no podrá ser flexible y se identificará en exceso con sus pensamientos y emociones. Lo que existe en su mente, existe en el mundo externo y viceversa. Las cosas no pueden ser de otro modo que como ellos piensan, o las sienten. Los puede llevar a percibir a los demás como confiables cuando sus acciones lo desmienten, cómo les ocurre a los ansiosos dependientes, pero también peligrosos cuando son honestos, como les pasa a los ansiosos controladores. También pueden pasar de un estado de idealización a otro de agresión como les ocurre a los que tienen personalidad límite ya que no pueden valorar lo que ocurre realmente a su alrededor.



APEGO ANSIOSO

Ansioso dependiente

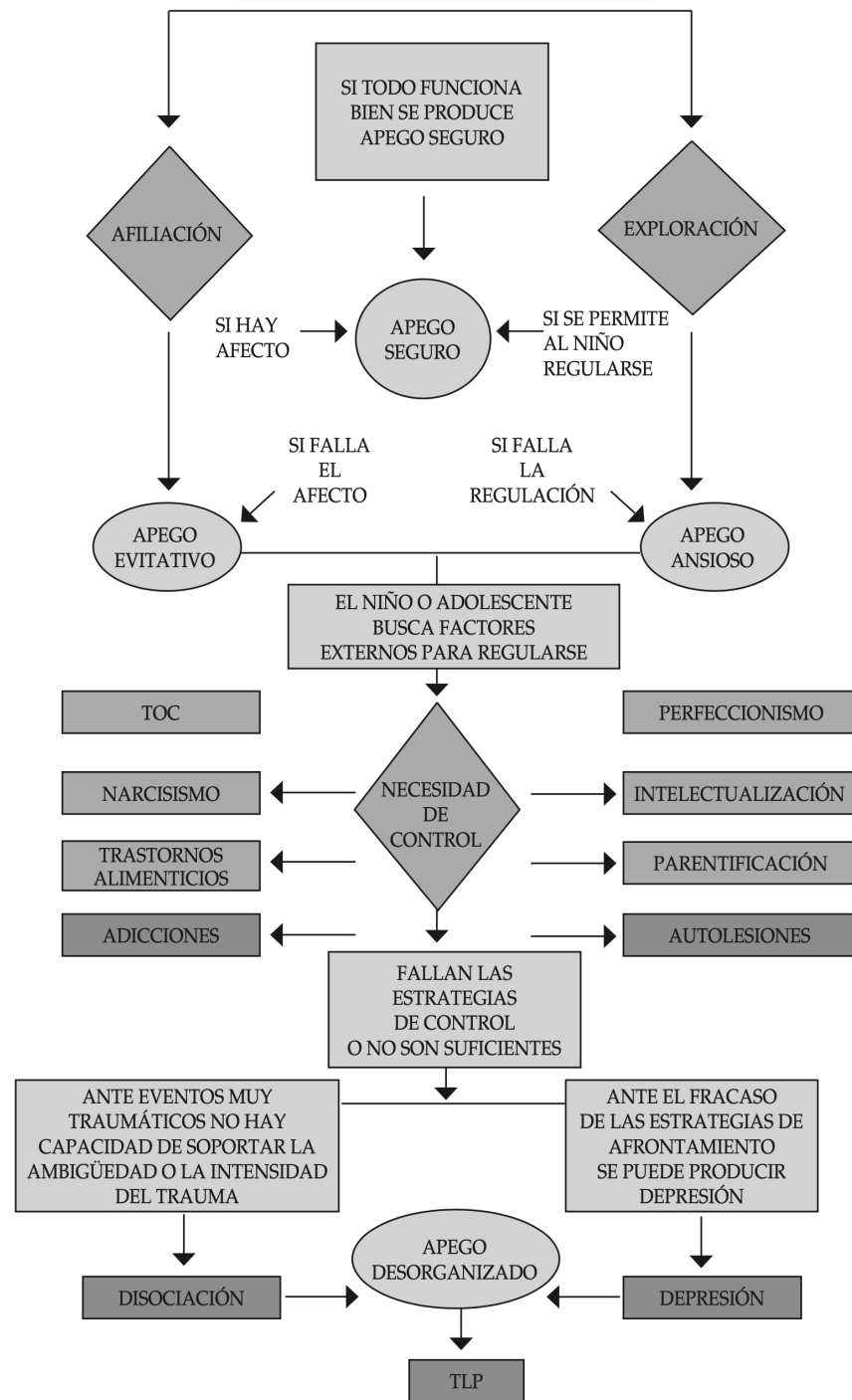
Ansioso controlador



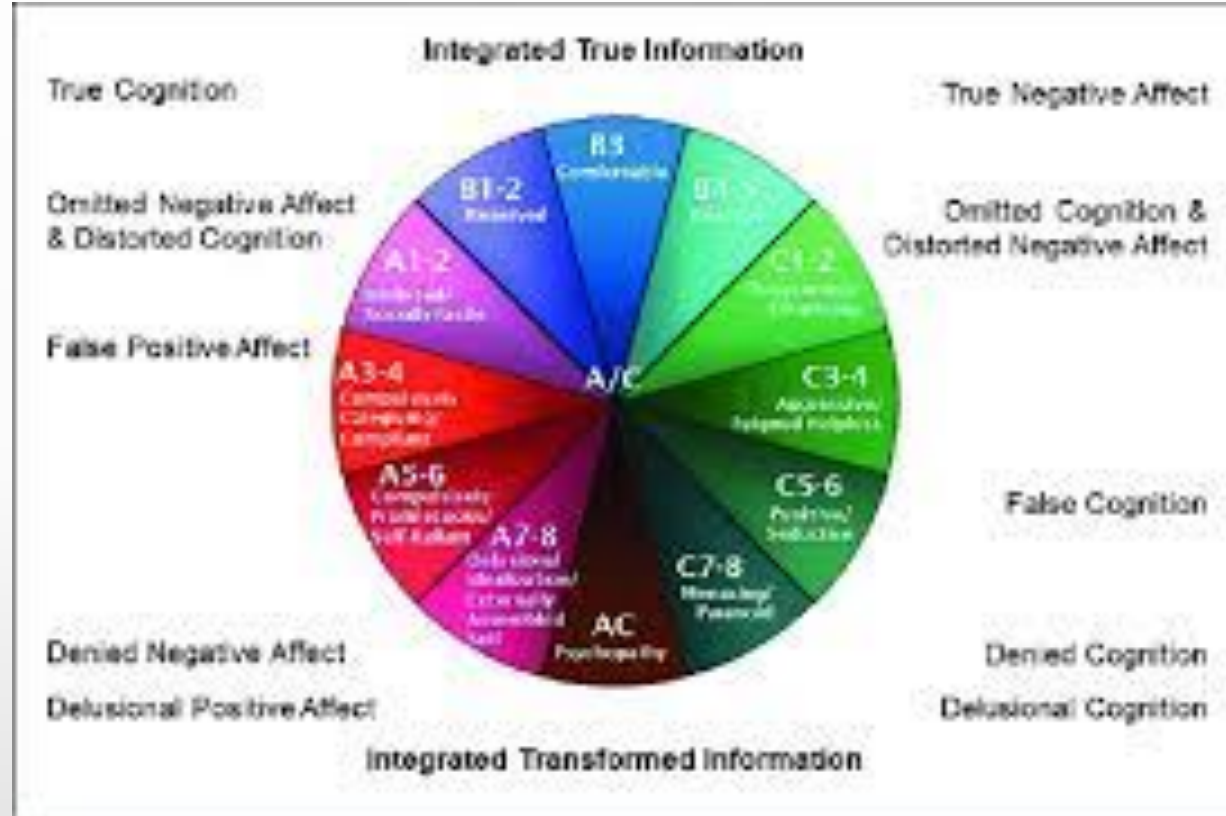


APEGO EVITATIVO

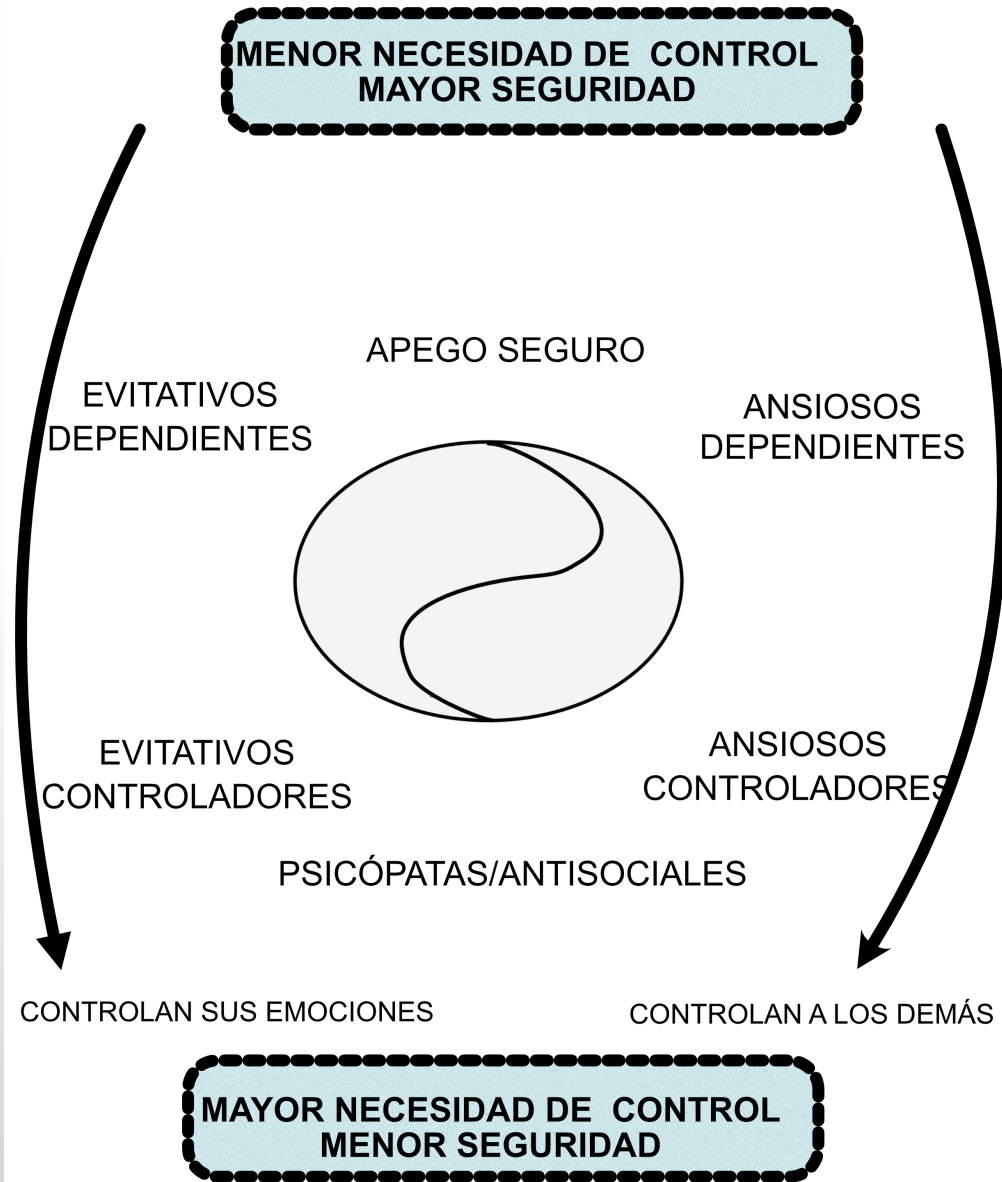


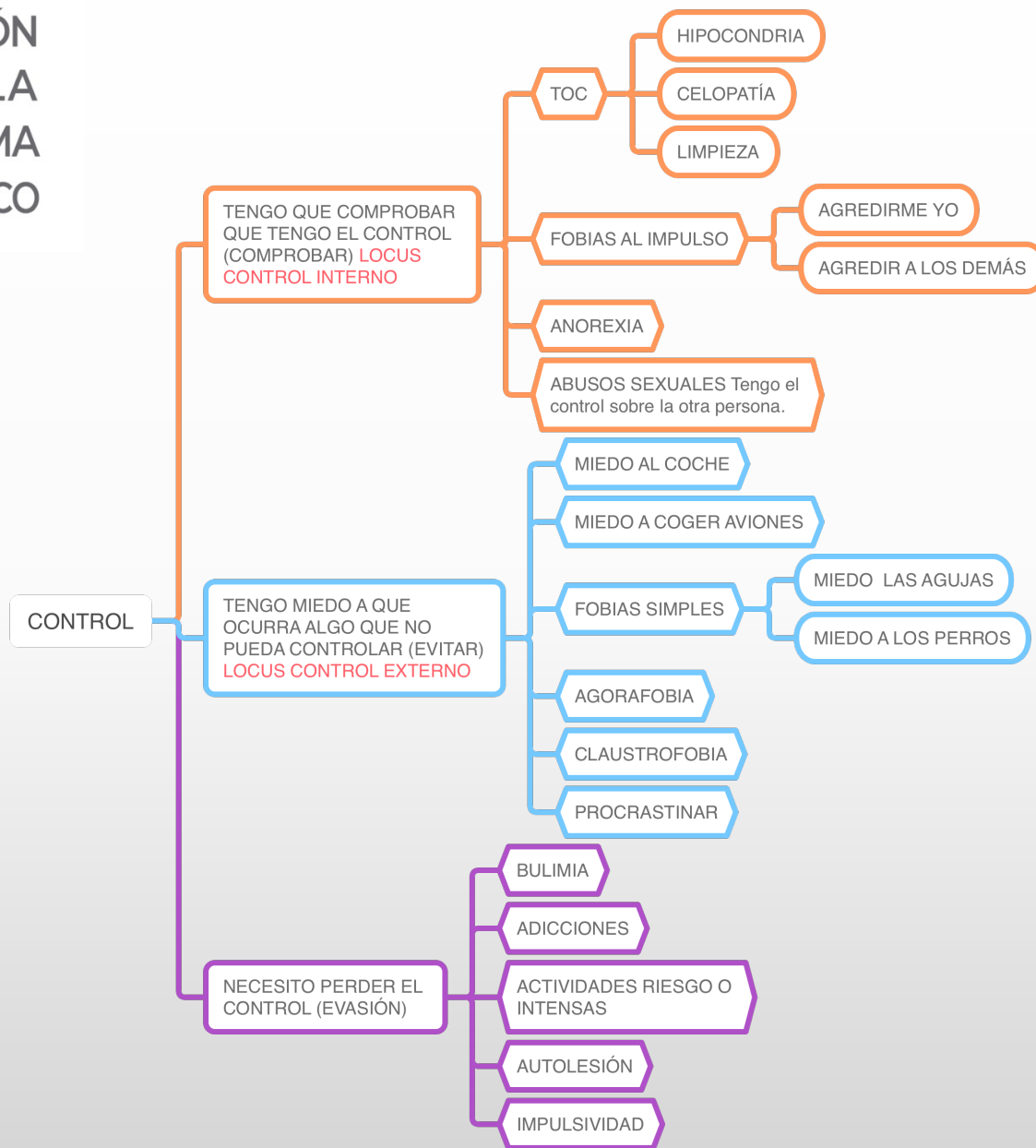


EL APEGO Y LAS OBSESIONES



FORMAS DE REGULACIÓN INTERPERSONAL





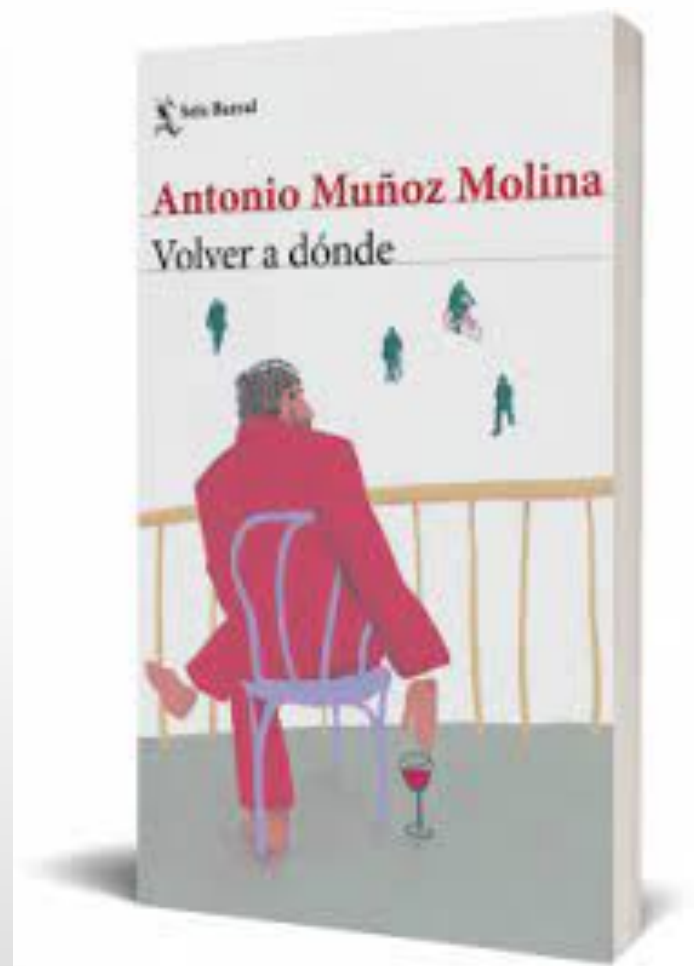
¿QUÉ ESTÁ PASANDO EN
LA IMAGEN?
¿QUE VA A PASAR LUEGO?



**EN EL LENGUAJE INTERIOR SE REPRODUCEN
LOS MENSAJES QUE RECIBIMOS
EN LA INFANCIA**



"...Los niños sienten como una sombra la responsabilidad de proteger a sus padres. Debajo de la fortaleza benéfica que lo ampara, el niño tiene la intuición animal de la vulnerabilidad de su padre y de su madre. La intuye, pero no se la puede explicar, y eso le agobia más, porque él sabe que no puede hacer nada, que el influjo mágico que le sería necesario no está a su alcance..."

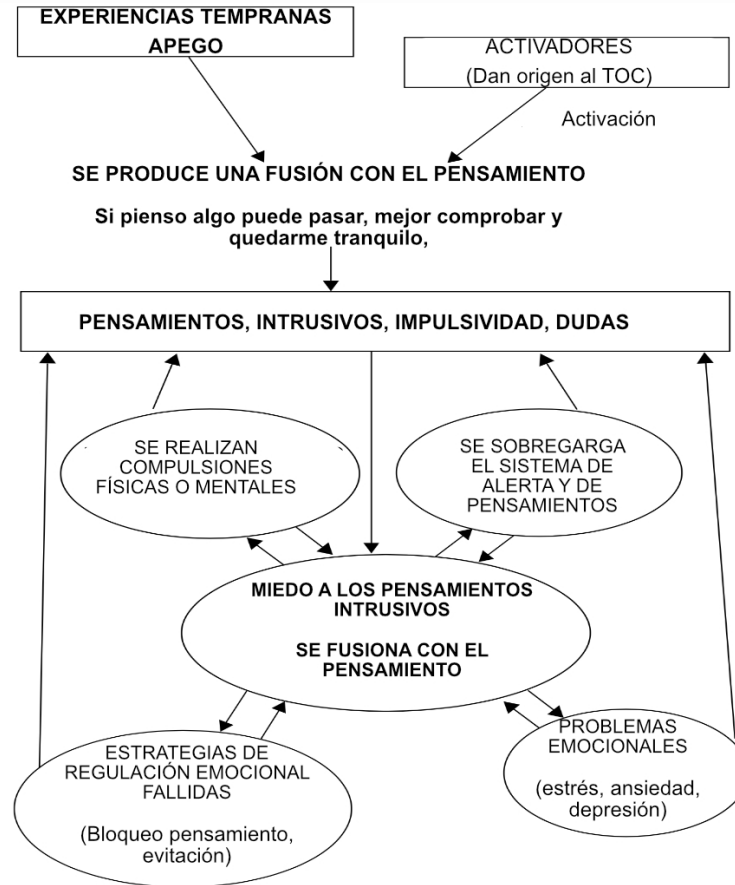


FOBIAS TANGIBLES

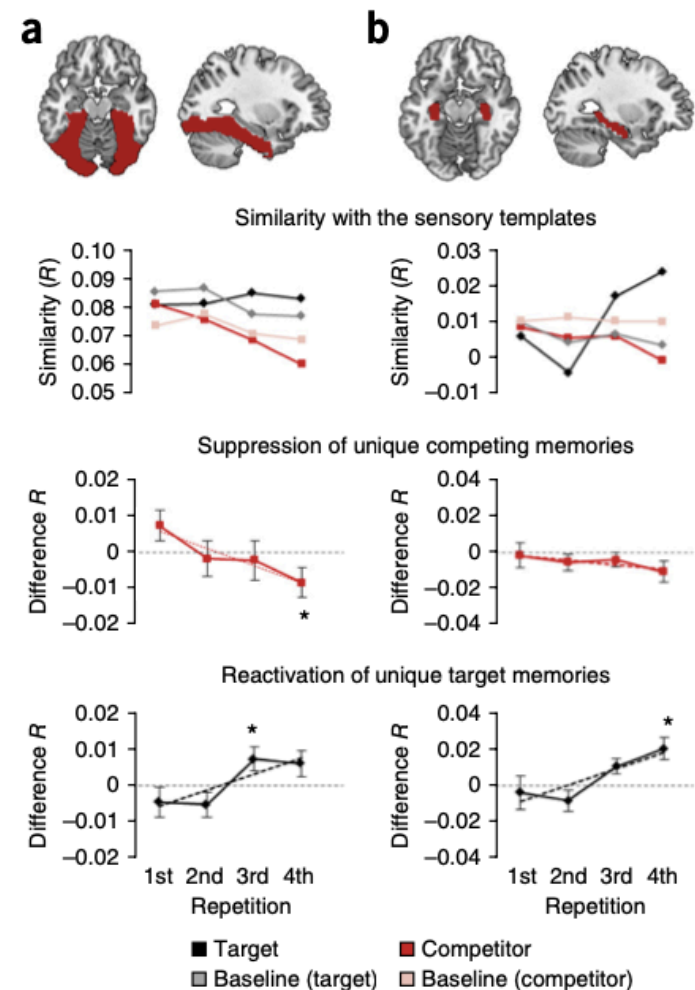
- Son fobias a objetos o situaciones que pueden provocar un daño físico o poner la vida del sujeto en peligro. Pueden ser a las jeringuillas, a los perros, a la autovía o a las alturas. Suele haber un acontecimiento traumático que las provoca.

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



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}

LA PARADOJA DEL OSO BLANCO



- 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

DESVIACIONES DE LA
CONDUCTA O EMOCIONES



APEGO INSEGURO



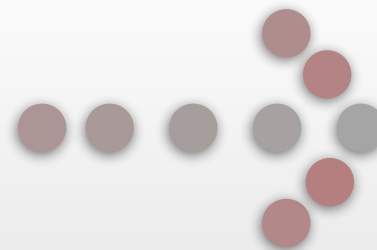
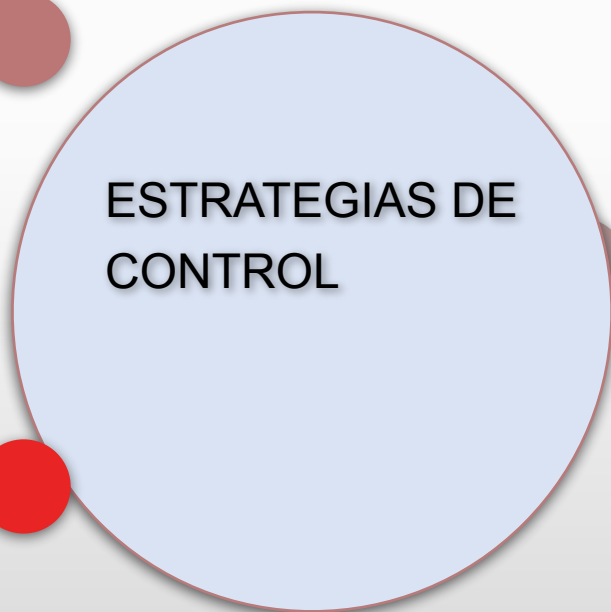
NO HAY FIGURAS
DE RESILIENCIA



SENSACIONES DE CULPA
Y VERGÜENZA



ESTRATEGIAS DE
CONTROL





ASOCIACIÓN
ESPAÑOLA
DEL TRAUMA
PSICOLÓGICO

FORIAS

SE PRODUCE UN
MIEDO A UNA
SITUACIÓN, OBJETO,
PERSONA, ETC..

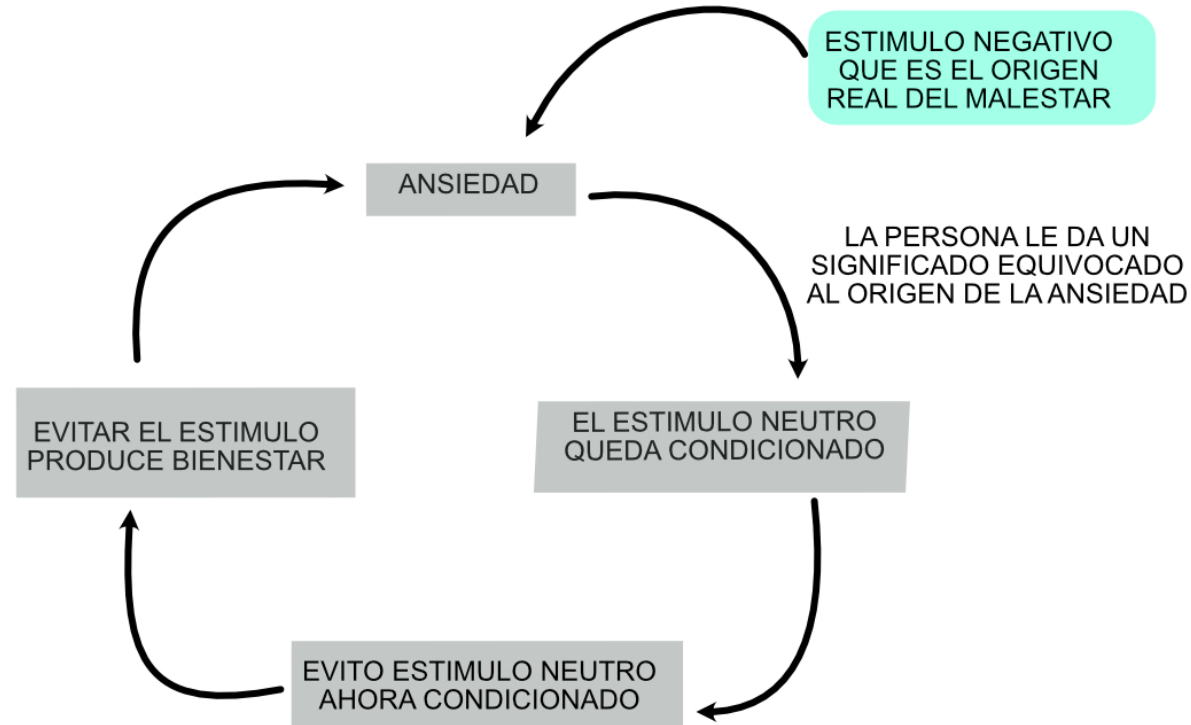
TEPT

LA SITUACIÓN ES
DEMASIADO
TRAUMÁTICA Y SE
PRODUCEN
FLAHSBACKS,
PESADILLAS,
PENSAMIENTOS
INTRUSIVOS...

TOC

SE PRODUCEN
OBSESIONES Y
COMPULSIONES
COMO FORMA DE
ATENUAR EL
MALESTAR ASOCIADO
A LO QUE OCURRIO.
PUDIENDO QUEDAR
EL EVENTO
REPRIMIDO

TEORÍA BIFACTORIAL DE MOWRER



CUANTO MÁS SE CONDICIONA EL ESTIMULO NEUTRO MÁS SE EVITA
EL VERDADERO ORIGEN DE LA ANSIEDAD

INHIBICIÓN COGNITIVA

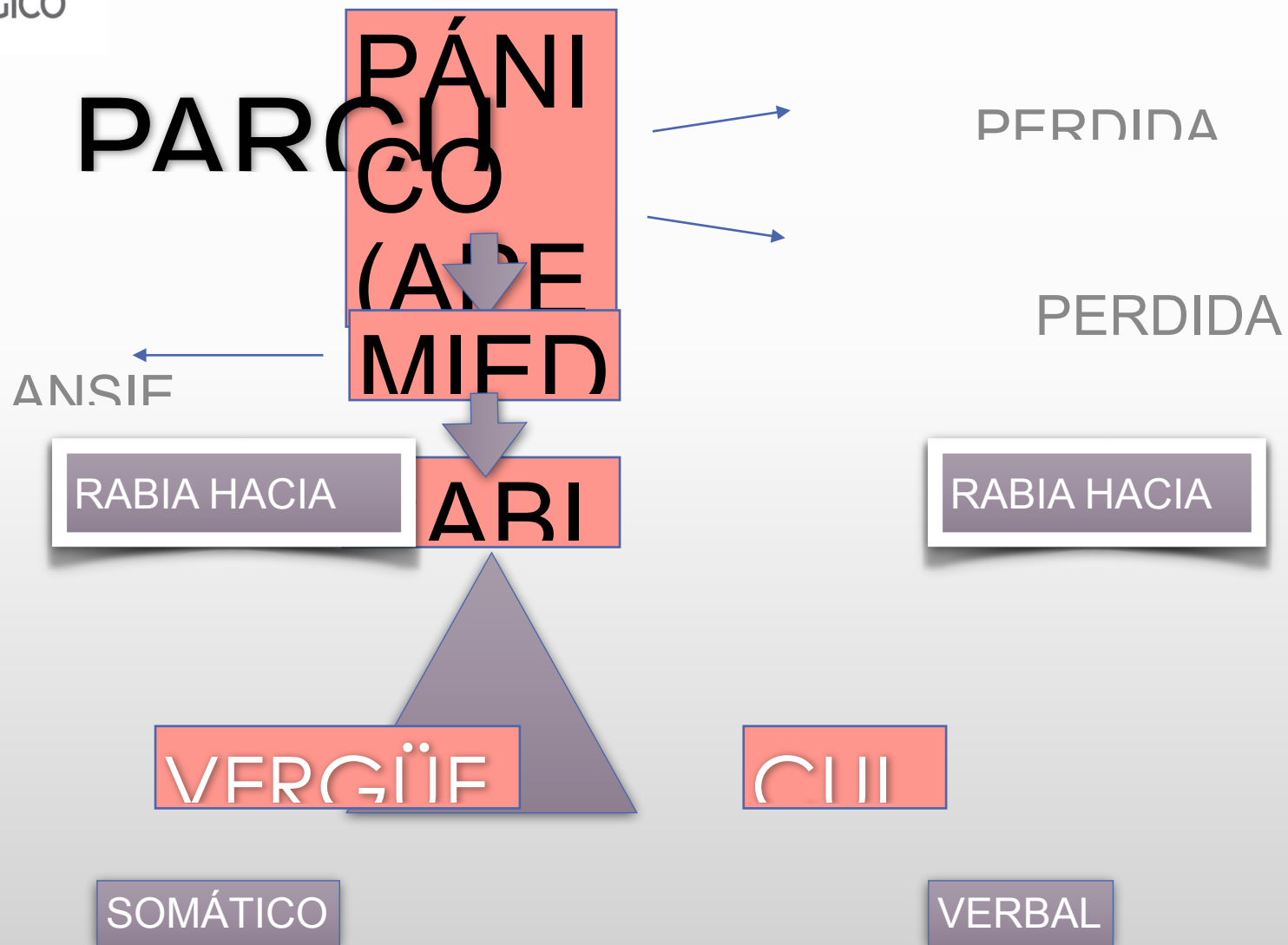
Podríamos decir que la sintomatología fundamental de las obsesiones se debe a un defecto en la inhibición neuronal de los sistemas frontales dominantes, que producen una incapacidad para inhibir las representaciones mentales ideoverbales no deseadas y sus correspondientes secuencias motoras.

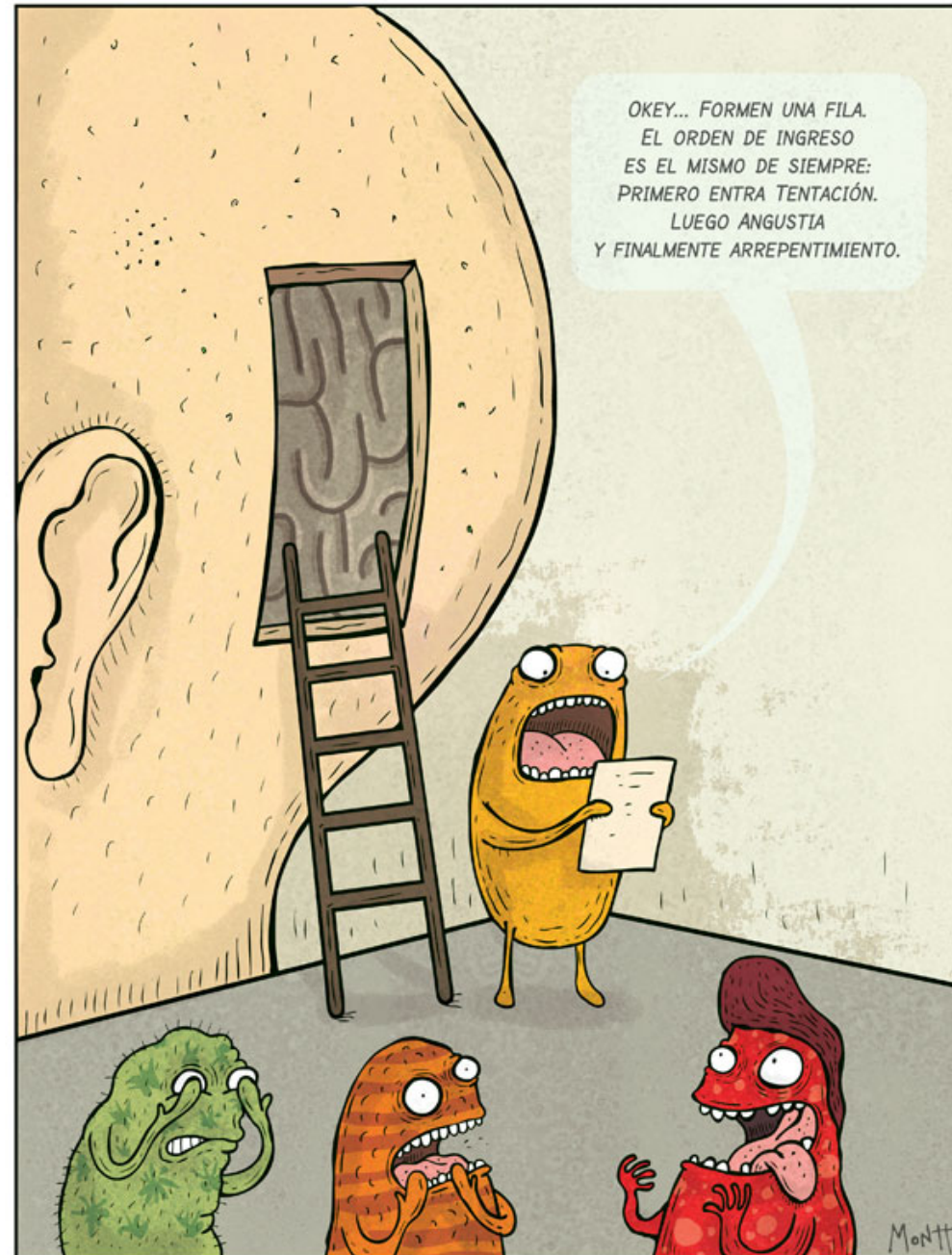
La gravedad de los impulsos obsesivos se correlaciona con la actividad de los ganglios orbitofrontales y basales, mientras que la ansiedad acompañante queda reflejada en la actividad del hipocampo y del córtex cingulado. (McGuire, 1994)

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).







FUNCIONALIDAD DEL TOC



ASOCIACIÓN
ESPAÑOLA
DEL TRAUMA
PSICOLÓGICO

FORIAS

SE PRODUCE UN
MIEDO A UNA
SITUACIÓN, OBJETO,
PERSONA, ETC..

TEPT

LA SITUACIÓN ES
DEMASIADO
TRAUMÁTICA Y SE
PRODUCEN
FLAHSBACKS,
PESADILLAS,
PENSAMIENTOS
INTRUSIVOS...

TOC

SE PRODUCEN
OBSESIONES Y
COMPULSIONES
COMO FORMA DE
ATENUAR EL
MALESTAR ASOCIADO
A LO QUE OCURRIO.
PUDIENDO QUEDAR
EL EVENTO
REPRIMIDO

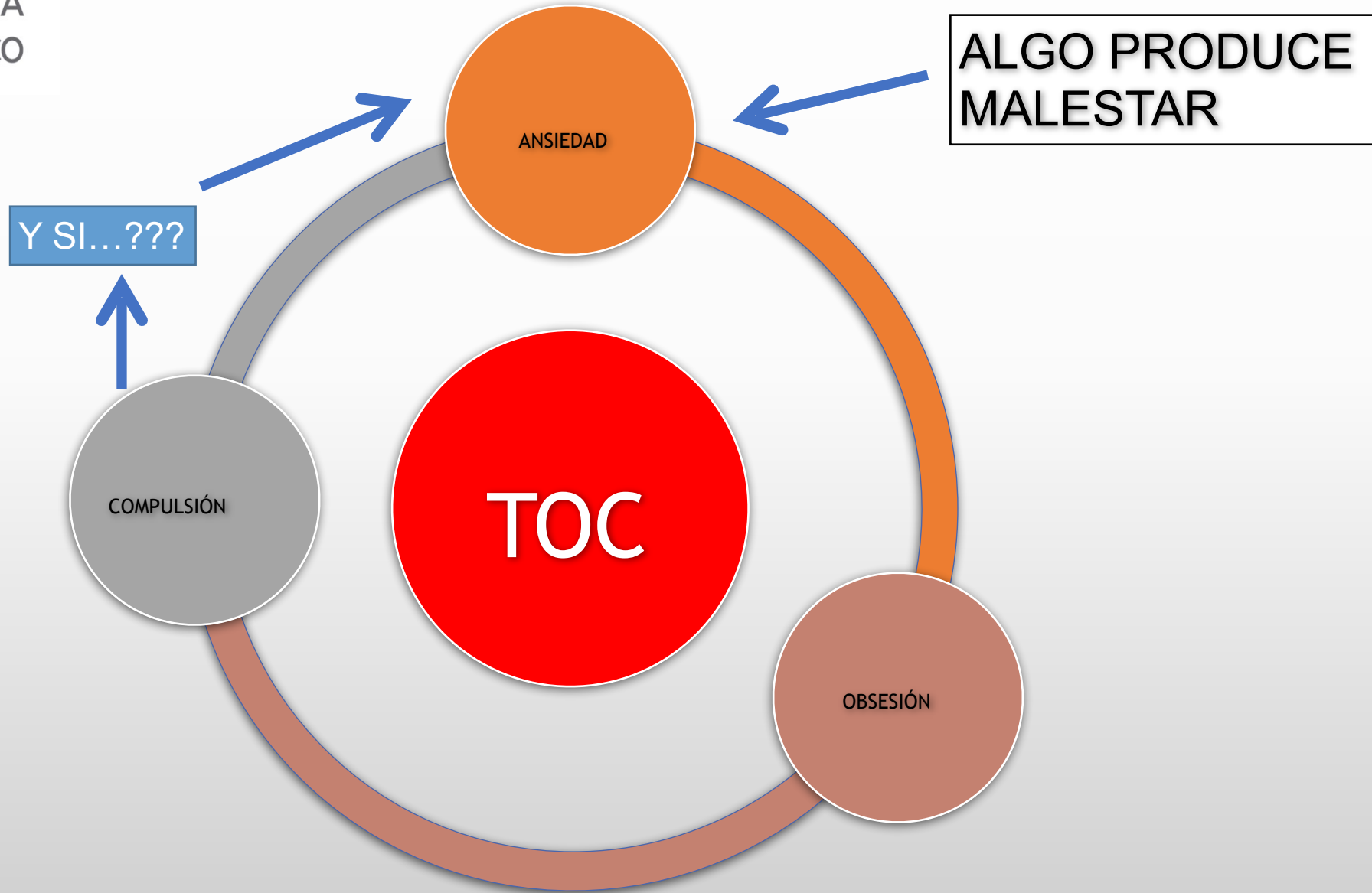
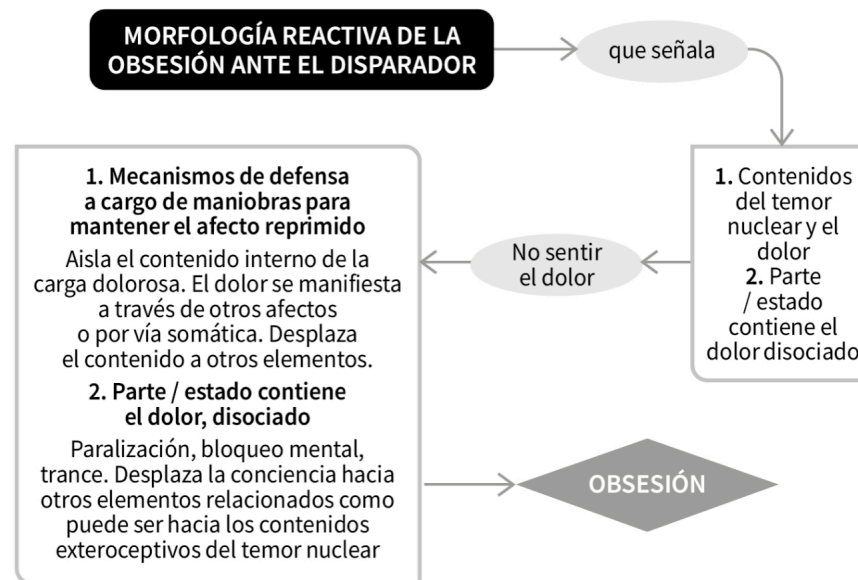
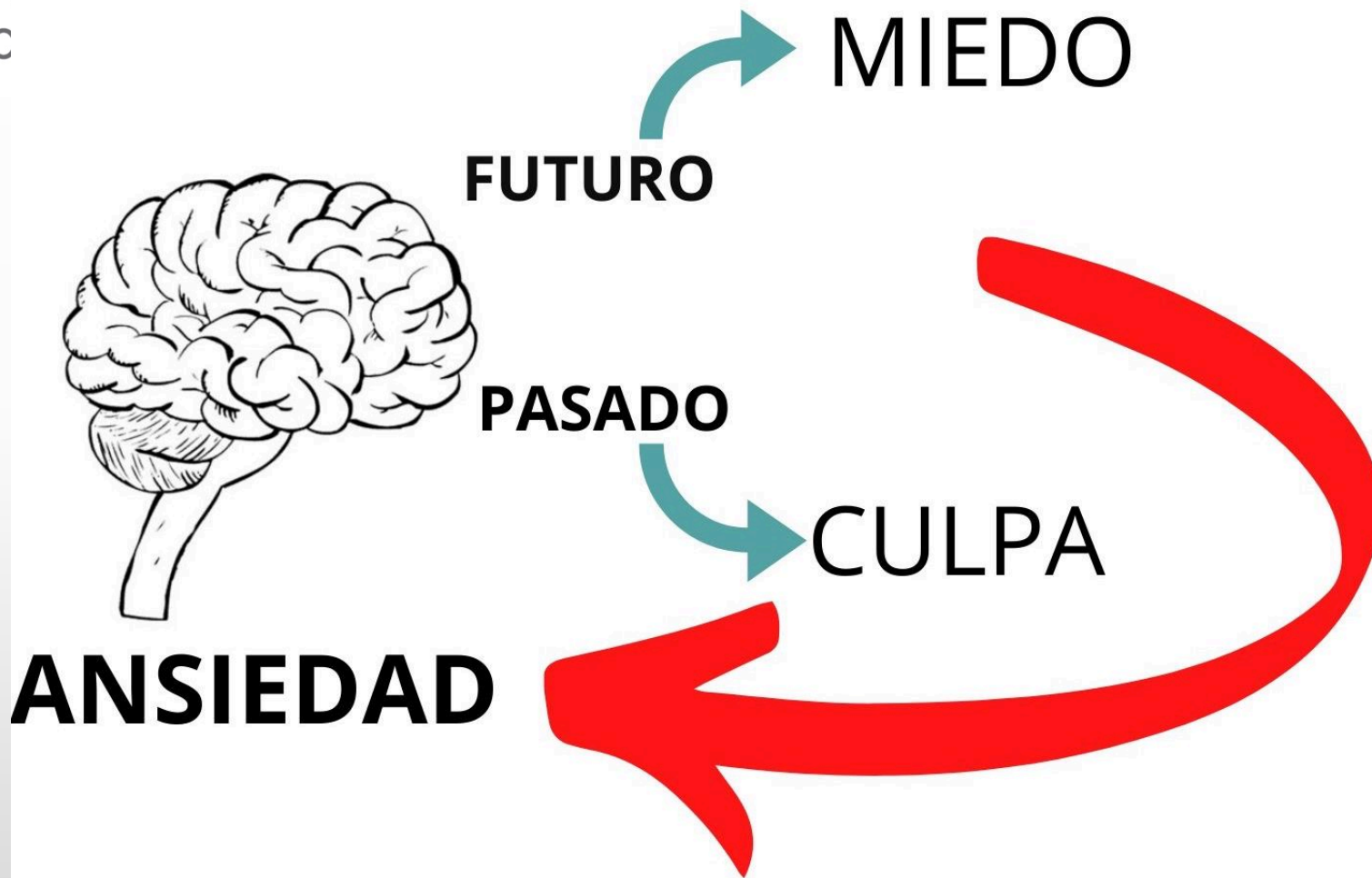


Figura 12. Morfología reactiva ante el disparador que señala c y d



NIÑA LLORANDO CUANDO NO PUEDE HACER TOC





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

ESTA PARTE PRIORIZA CALMAR EL MIEDO.
POR EJEMPLO COMPROBAR QUE TODO ESTÁ LIMPIO

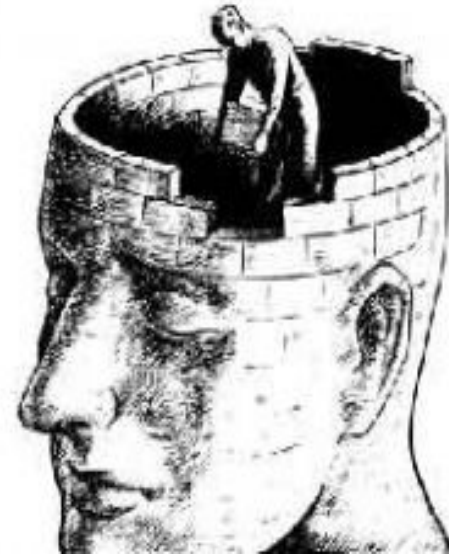
PARTE QUE EVITA EL
MALESTAR ASOCIADO
AL MIEDO

PARTE QUE
EVITA LA
CULPA

ESTA PARTE PRIORIZA EVITAR SENTIR LA RABIA O LA CULPA

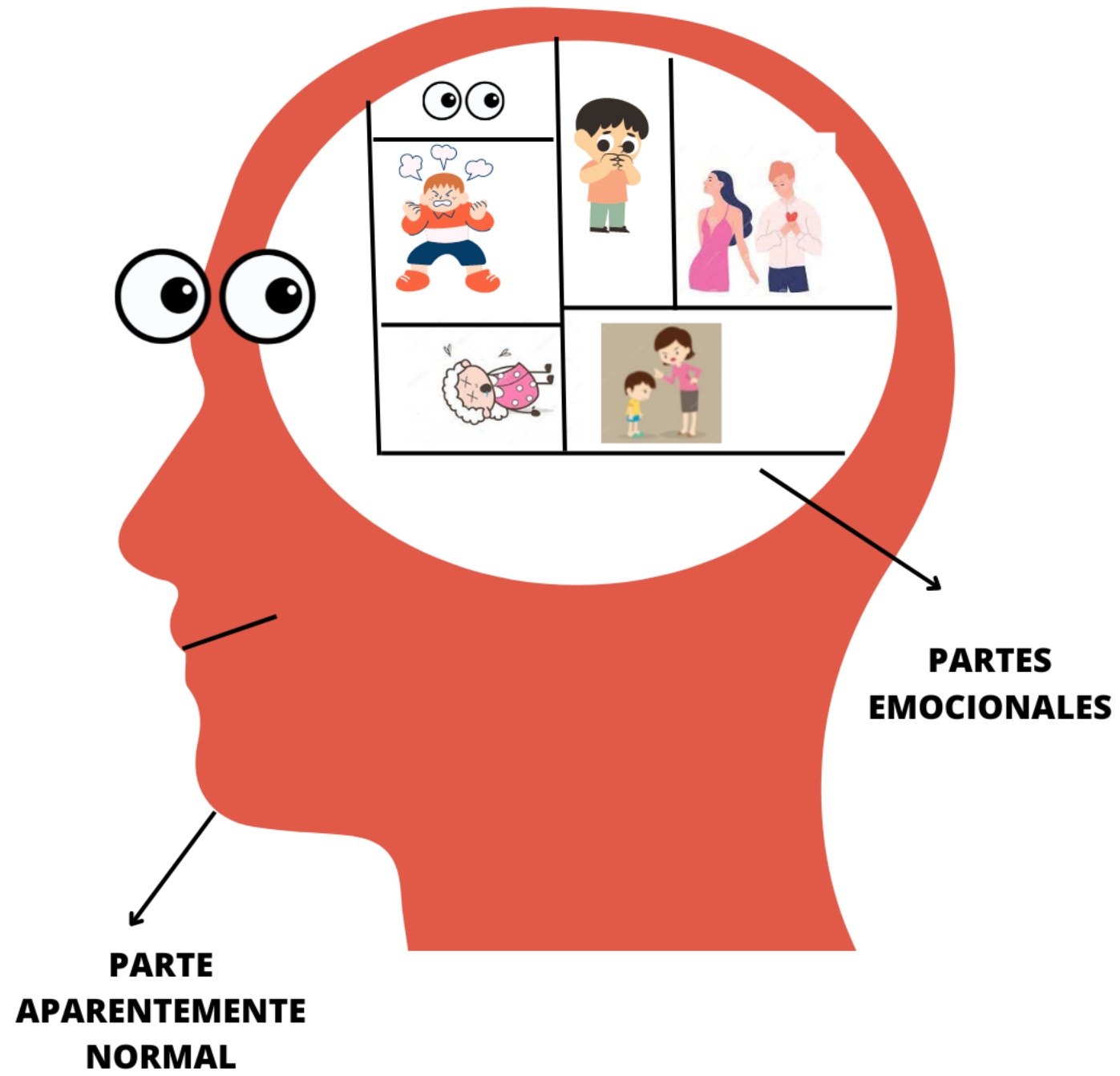
DEFENSAS

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



ABURRIMIENTO

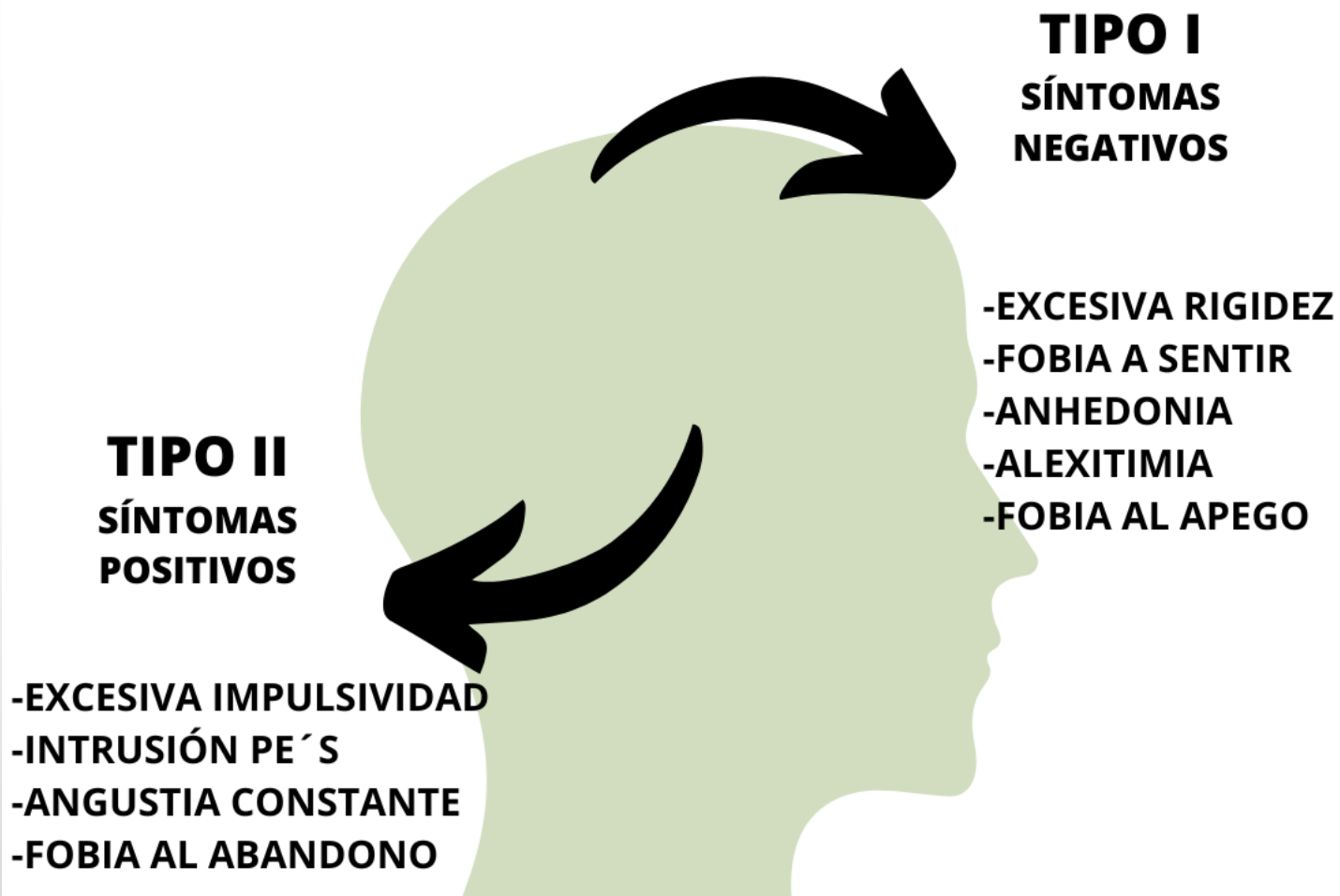






ASOCIACIÓN
ESPAÑOLA
DEL TRAUMA
PSICOLÓGICO

DISOCIACIÓN Y PARTE APARENTEMENTE NORMAL (PAN)





TIPOS DE DISOCIACIÓN

SÍNTOMAS DISOCIATIVOS

Son síntomas que la persona siente como invasivos y que les produce malestar.

DISOCIACIÓN DE LA PERSONALIDAD

La persona siente que su conducta escapa a su control o los demás lo perciben como ajeno

DISOCIACIÓN SOMÁTICA

Se producen síntomas somáticos que no tienen una explicación médica



INTROYECCIONES

**Ayudan a hacer previsible
como adaptarnos a nuestros
cuidadores**





ME SIENTO TAN SOLA
Y TENGO TANTO MIEDO...



NOS ABUSARON
POR TU CULPA...
TU LO PROVOCASTE...
TU NO LO IMPEDISTE..

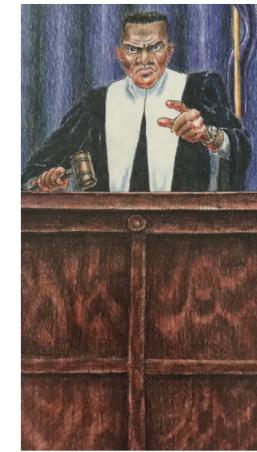
EL ABUSO FRAGMENTA LA IDENTIDAD

LA FRACTURA DEL TRAUMA

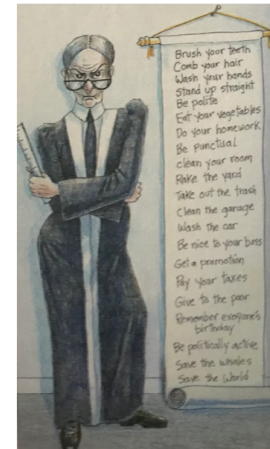


MODELO METAFÓRICO DE PARTES DE LA PERSONALIDAD





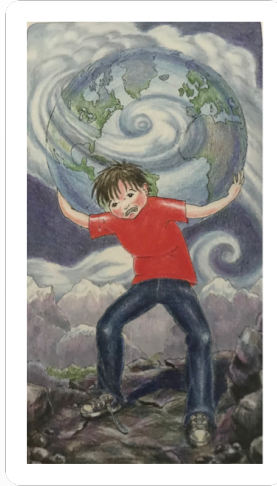
PARTES
CONTROLADORAS



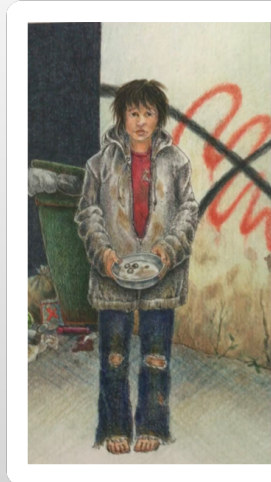


PARTES IMPULSIVAS





PARTES HERIDAS

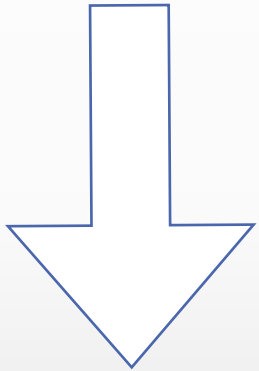




PARTES RECHAZADAS



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

MÉTODO PARCUVE



Dime que síntomas tienes y te diré de donde vienes

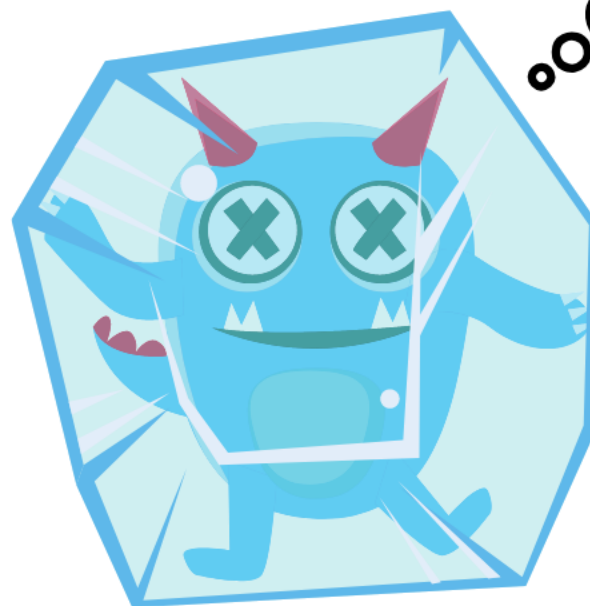
NO PIENSO DEJAR QUE NOS
ENGAÑE. NO VAMOS A
CONFIAR EN ÉL

Gracias por haber
protegido a las
partes débiles todo
este tiempo. Has
hecho un gran
trabajo

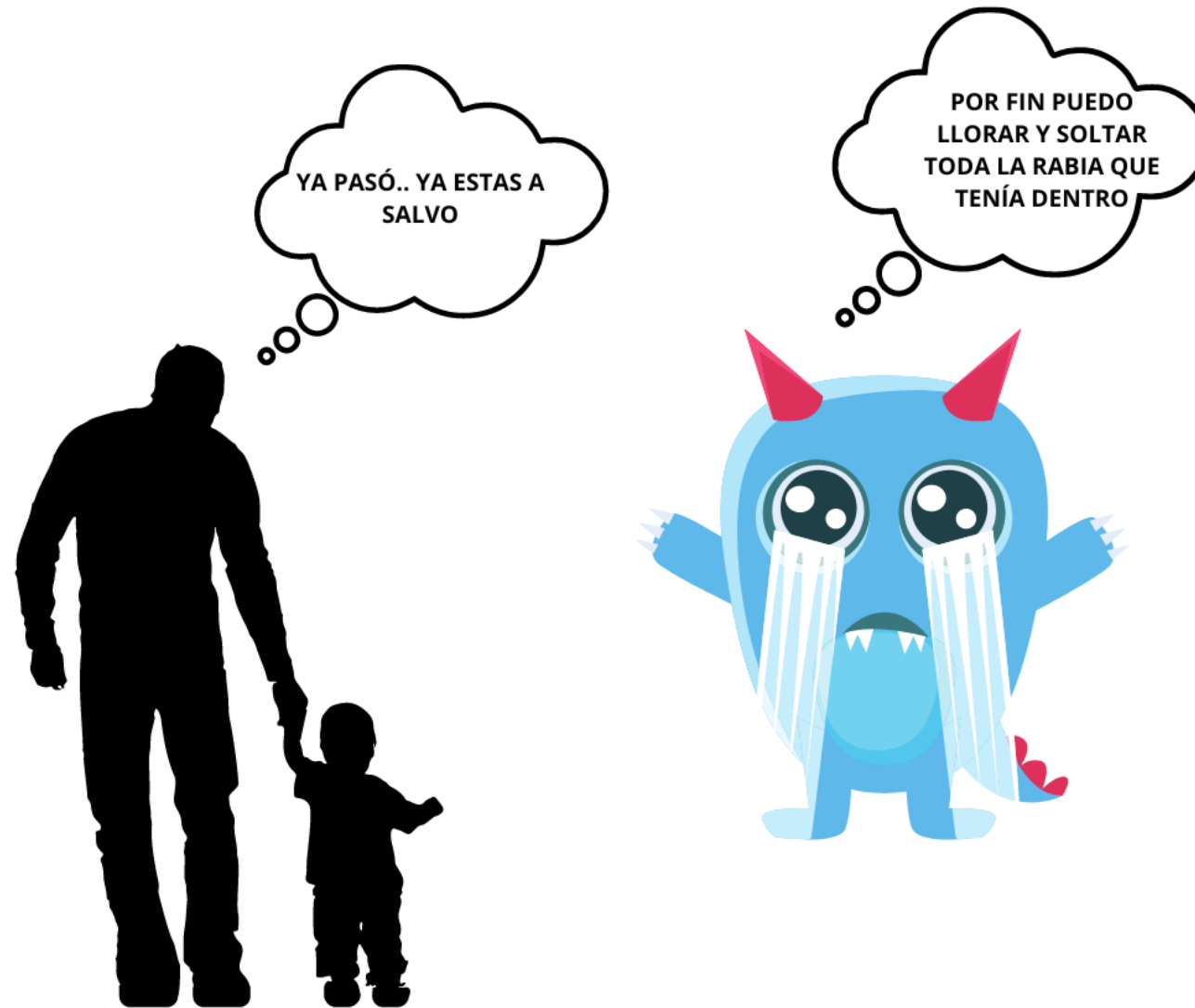








NADIE NOS HA
COMPRENDIDO
NUNCA ME SIENTO
TAN SOLO... PERO
BAJAR LA GUARDIA
SERÍA TAN
PELIGROSO...





$$\frac{3}{5} - \frac{1}{2} \left(-\frac{1}{3}\right) - \frac{7}{15} : \left(-\frac{7}{15}\right)$$
~~$$\frac{3}{5} - \frac{1}{2} - \frac{1}{3} = \frac{105 - 105}{225}$$

$$\frac{3}{5} - \frac{1}{2} - \frac{1}{3} = \frac{0}{225}$$

$$-\frac{3}{225} = -\frac{1}{75}$$~~

me quiero
pegar un tiro

jodidamente horrible repugnante
espantoso asqueroso

9. b) $\left(\frac{5}{6} + 0'16\right)\left(-\frac{4}{3}\right) + \frac{65}{8} \left(0'17 - 0'2 - \frac{1}{3}\right) = \frac{17}{36}$

~~$$\left(\frac{5}{6} + \frac{1}{6}\right)\left(-\frac{4}{3}\right) + \frac{65}{8} \left(\frac{1}{10} - \frac{1}{5} - \frac{1}{3}\right) = \frac{17}{36}$$

$$\left(\frac{15}{3} + \frac{2}{3}\right)\left(-\frac{4}{3}\right) + \frac{65}{8} \left(\frac{1}{20} - \frac{12}{20} - \frac{30}{20}\right) = \frac{17}{36}$$

$$(15+2)\left(-\frac{4}{3}\right) + \frac{65}{8} \left(1 - 12 - 30\right) = \frac{17}{36}$$

$$(15+2)\left(-\frac{32}{24} + \frac{195}{24}\right) (1 - 12 - 30) = \frac{17}{36}$$

$$(15+2)(-32 + 195)(1 - 12 - 30) = \frac{17}{36}$$~~

horrible
espantoso



ASOC
ESPA
DEL TI
PSICO



Me awoledo a lo que
quieren de mí.

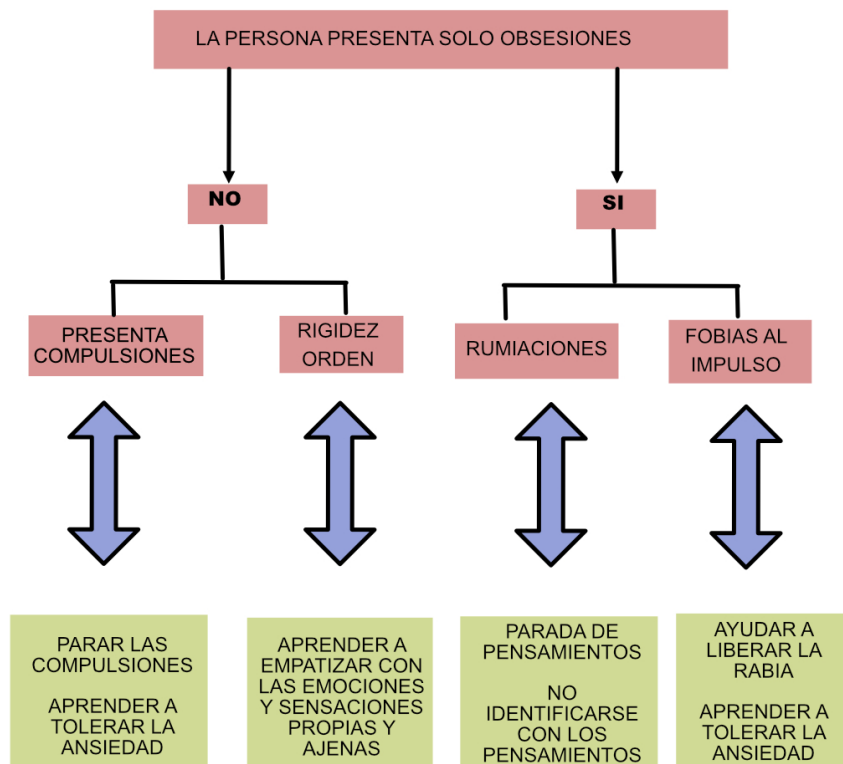


See libre!
Salir de aquí

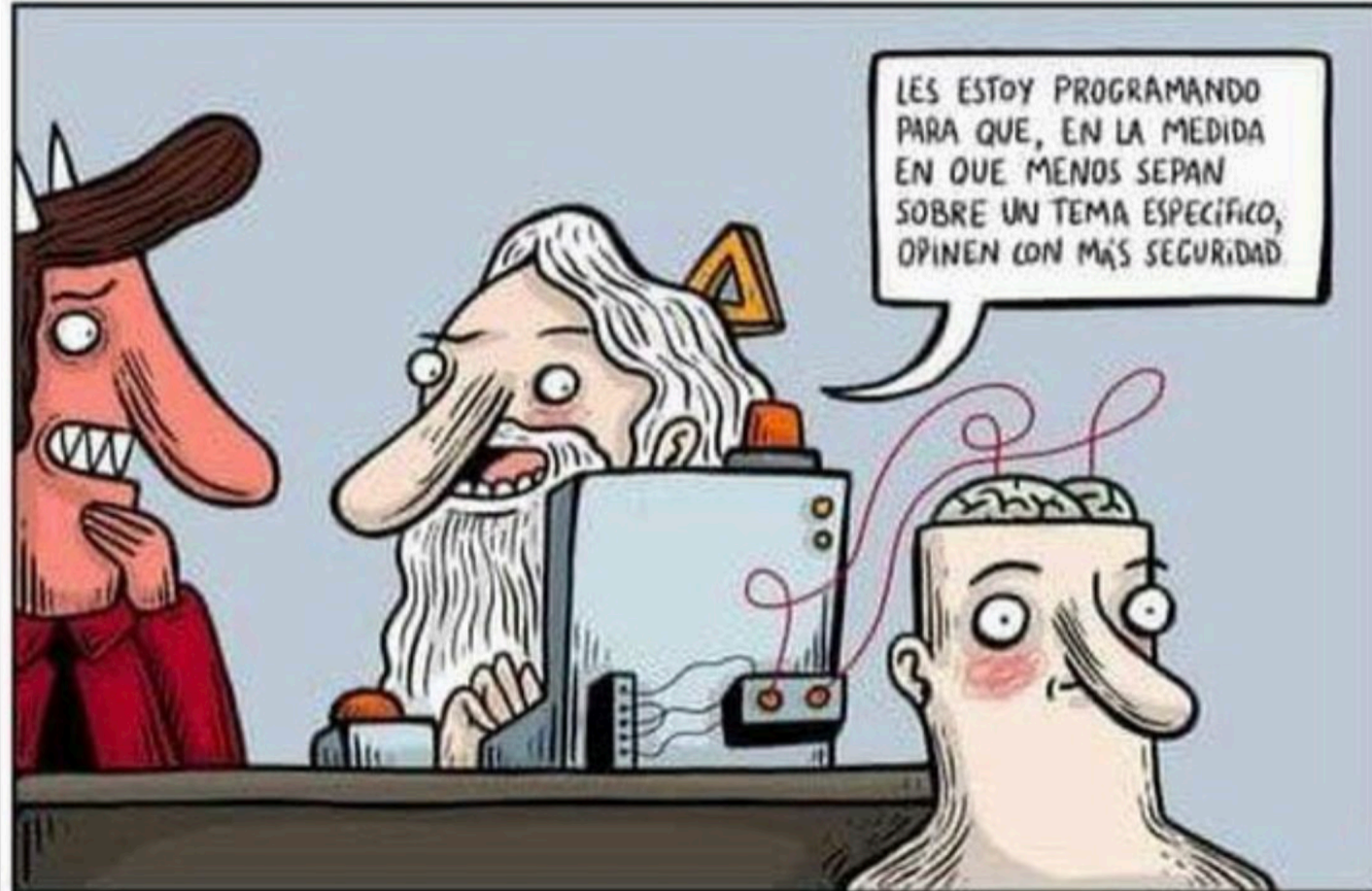


ASOC
ESPA
DEL T
PSICO





NEUROFEEDBACK





ASOCIACIÓN
ESPAÑOLA
DEL TRAUMA
PSICOLÓGICO



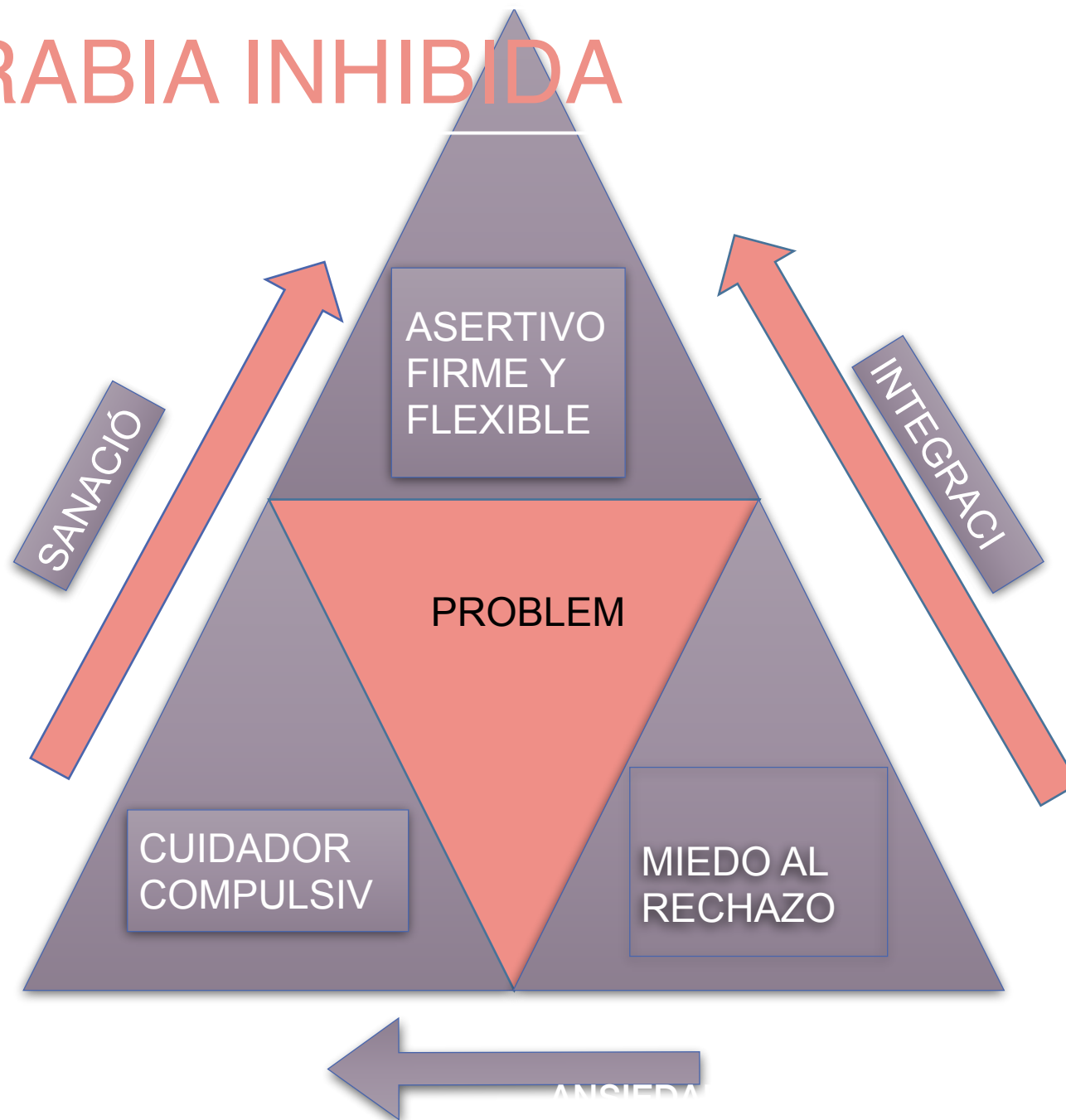
¿QUE PODEMOS EVITAR?

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



ASOCIACIÓN
ESPAÑOLA
DEL TRAUMA
PSICOLÓGICO

RABIA INHIBIDA



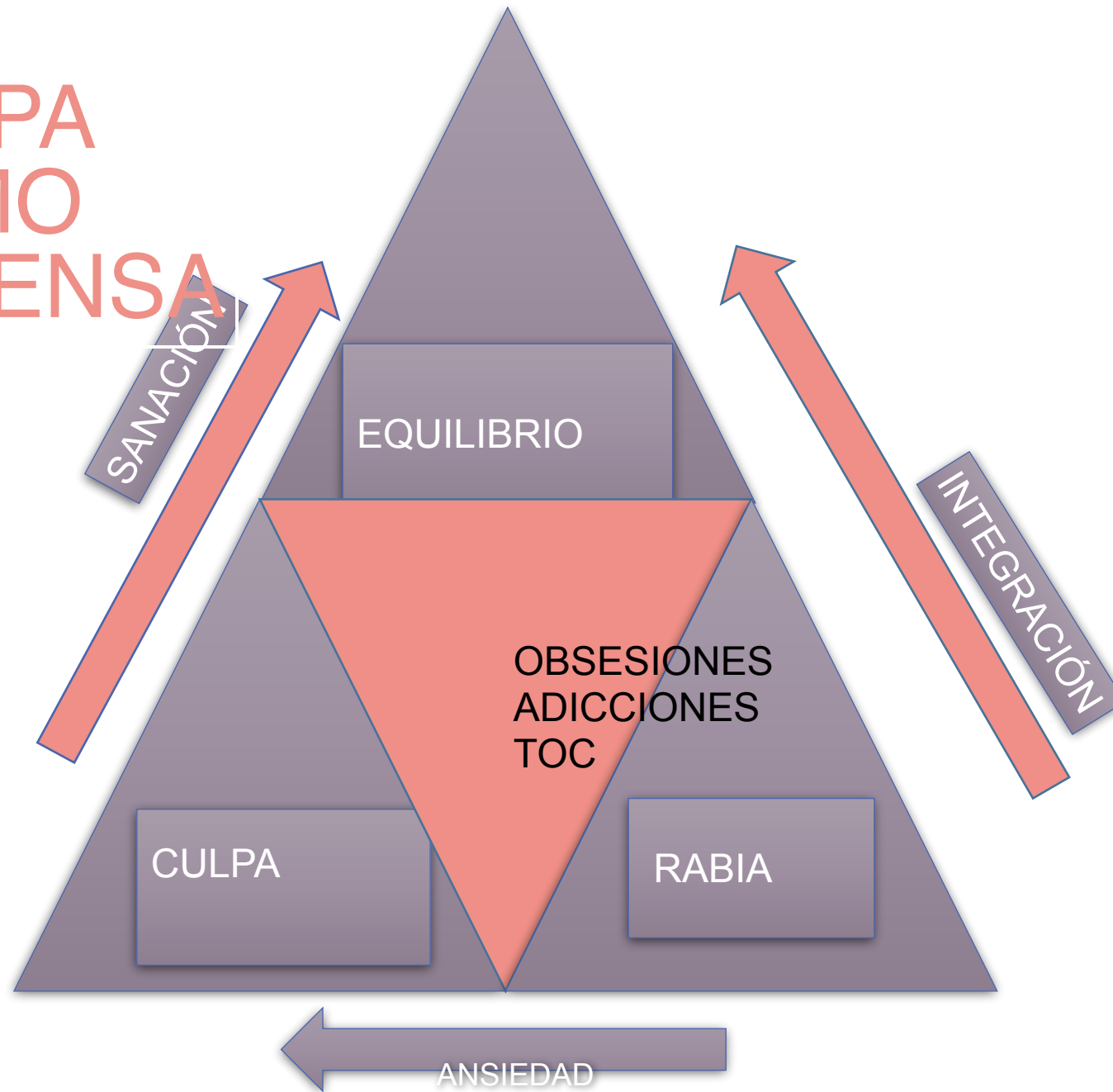
RABIA EXPRESADA





ASOCIACIÓN
ESPAÑOLA
DEL TRAUMA
PSICOLÓGICO

CULPA COMO DEFENSA



LAS OBSESIONES Y COMPULSIONES COMO FORMA DE REGULACIÓN



La raíz de toda la salud está en el cerebro



El alma son las emociones

Las hojas son el cuerpo

Todas las partes trabajan juntas

Y crecen hermosos de flores hermosas

(extraído de Nijenhuis, 2016)

POSTGRADO DE TRABAJO PRÁCTICO CON EL TRAUMA

CON EL MÉTODO
PARCUVE
PRESENCIAL

III EDICIÓN | 2023

www.AETPS.es
postgrado@aetps.es

