



# UTMACH

FACULTAD DE CIENCIAS SOCIALES

CARRERA DE PSICOLOGÍA CLÍNICA

ORIGEN DE LA PSICOPATOLOGÍA DEL TRASTORNO OBSESIVO  
COMPULSIVO BASADO EN EL ENFOQUE COGNITIVO-  
CONDUCTUAL.

GRANDA GRANDA EDUARDO MIGUEL  
PSICÓLOGO CLÍNICO

MACHALA  
2021



# UTMACH

FACULTAD DE CIENCIAS SOCIALES

CARRERA DE PSICOLOGÍA CLÍNICA

ORIGEN DE LA PSICOPATOLOGÍA DEL TRASTORNO OBSESIVO  
COMPULSIVO BASADO EN EL ENFOQUE COGNITIVO-  
CONDUCTUAL.

GRANDA GRANDA EDUARDO MIGUEL  
PSICÓLOGO CLÍNICO

MACHALA  
2021



# UTMACH

FACULTAD DE CIENCIAS SOCIALES

CARRERA DE PSICOLOGÍA CLÍNICA

EXAMEN COMPLEXIVO

ORIGEN DE LA PSICOPATOLOGÍA DEL TRASTORNO OBSESIVO COMPULSIVO  
BASADO EN EL ENFOQUE COGNITIVO-CONDUCTUAL.

GRANDA GRANDA EDUARDO MIGUEL  
PSICÓLOGO CLÍNICO

REBOLLEDO YANGE NAVIER ENRIQUE

MACHALA, 27 DE ABRIL DE 2021

MACHALA  
27 de abril de 2021

# Origen de la psicopatología del trastorno obsesivo-compulsivo basado en el enfoque cognitivo-conductual

## INFORME DE ORIGINALIDAD

5%

INDICE DE SIMILITUD

4%

FUENTES DE INTERNET

0%

PUBLICACIONES

1%

TRABAJOS DEL ESTUDIANTE

## FUENTES PRIMARIAS

1	Submitted to Universidad Abierta para Adultos Trabajo del estudiante	1%
2	1pdf.net Fuente de Internet	1%
3	www.slideshare.net Fuente de Internet	1%
4	www.merckmanuals.com Fuente de Internet	<1%
5	revolucionpersonal.com Fuente de Internet	<1%
6	www.elsevier.es Fuente de Internet	<1%
7	seguinoticias.com.ar Fuente de Internet	<1%
8	bib.minjusticia.gov.co Fuente de Internet	<1%

## CLÁUSULA DE CESIÓN DE DERECHO DE PUBLICACIÓN EN EL REPOSITORIO DIGITAL INSTITUCIONAL

El que suscribe, GRANDA GRANDA EDUARDO MIGUEL, en calidad de autor del siguiente trabajo escrito titulado ORIGEN DE LA PSICOPATOLOGÍA DEL TRASTORNO OBSESIVO COMPULSIVO BASADO EN EL ENFOQUE COGNITIVO-CONDUCTUAL., otorga a la Universidad Técnica de Machala, de forma gratuita y no exclusiva, los derechos de reproducción, distribución y comunicación pública de la obra, que constituye un trabajo de autoría propia, sobre la cual tiene potestad para otorgar los derechos contenidos en esta licencia.

El autor declara que el contenido que se publicará es de carácter académico y se enmarca en las disposiciones definidas por la Universidad Técnica de Machala.

Se autoriza a transformar la obra, únicamente cuando sea necesario, y a realizar las adaptaciones pertinentes para permitir su preservación, distribución y publicación en el Repositorio Digital Institucional de la Universidad Técnica de Machala.

El autor como garante de la autoría de la obra y en relación a la misma, declara que la universidad se encuentra libre de todo tipo de responsabilidad sobre el contenido de la obra y que asume la responsabilidad frente a cualquier reclamo o demanda por parte de terceros de manera exclusiva.

Aceptando esta licencia, se cede a la Universidad Técnica de Machala el derecho exclusivo de archivar, reproducir, convertir, comunicar y/o distribuir la obra mundialmente en formato electrónico y digital a través de su Repositorio Digital Institucional, siempre y cuando no se lo haga para obtener beneficio económico.

Machala, 27 de abril de 2021



GRANDA GRANDA EDUARDO MIGUEL  
0704763408

# **ORIGEN DE LA PSICOPATOLOGÍA DEL TRASTORNO OBSESIVO COMPULSIVO BASADO EN EL ENFOQUE COGNITIVO-CONDUCTUAL.**

## **RESUMEN**

**Granda Granda Eduardo Miguel**

**egranda3@utmachala.edu.ec**

**C.I: 070476340-8**

El Trastorno obsesivo compulsivo (TOC) es considerado una alteración mental crónica, compuesta por las obsesiones que son pensamientos intrusivos y recurrentes mientras que las compulsiones son acciones que reprimen o aplacan las obsesiones, sintomatología que no se presenta de manera única sino por lo contrario suele estar acompañada con los síntomas de otros trastornos, de igual manera existen múltiples factores relacionados al aspecto biológico y ambiental que pueden incidir en esta patología, por tal motivo el objetivo de esta investigación se centra en identificar el origen de la psicopatología del Trastorno obsesivo compulsivo mediante el enfoque cognitivo-conductual y a través de una investigación bibliográfica, permitiendo comprender la influencia que tienen los pensamientos distorsionados, los esquemas y constructos mentales para que se generen ciertas ideas obsesivas y conductas desadaptativas. La teoría indica que el Trastorno obsesivo compulsivo se origina a partir de los constructos mentales que se desarrollan desde los primeros años de vida hasta la adultez. En el trastorno obsesivo compulsivo se generan esquemas disfuncionales que dan origen a los pensamientos irracionales que la persona va a intentar controlar mediante conductas que se repiten, para reprimir o disminuir el impacto emocional ocasionado por los sentimientos de culpa, miedo, angustia que están presente en las obsesiones; conductas que son reforzadas por su utilidad como mecanismo defensivo ante la presencia de ideas irracionales, permitiendo que la persona repita la conducta en reiteradas ocasiones e incluso aumente la frecuencia sin importar el tiempo ni el lugar afectando el área familiar, laboral y social.

**Palabras clave:** Obsesión, Compulsión, Esquemas disfuncionales.

# **ORIGIN OF THE PSYCHOPATHOLOGY OF OBSESSIVE COMPULSIVE DISORDER BASED ON THE COGNITIVE-BEHAVIORAL APPROACH**

## **ABSTRACT**

**Granda Granda Eduardo Miguel**

**egranda3@utmachala.edu.ec**

**C.I: 070476340-8**

Obsessive compulsive disorder (OCD) is considered a chronic mental disorder, composed of obsessions that are intrusive and recurring thoughts while compulsions are actions that repress or appease obsessions, symptoms that do not appear in a unique way but on the contrary usually be accompanied by the symptoms of other disorders, in the same way there are multiple factors related to the biological and environmental aspect that can affect a pathology, for this reason the objective of this research focuses on identifying the origin of the psychopathology of OCD, through the cognitive-behavioral approach and through a bibliographic research, allowing to understand the influence that mental schemes and constructs have to generate certain behaviors, the theory indicates that OCD originates from the mental constructs that develops from the early years of life until adulthood, a process that is in constant e search for balance in the presence of unbalancing situations and by not stabilizing, a dysfunctional scheme is generated that gives rise to irrational thoughts that the person tries to control through repeated behaviors, to repress or reduce the emotional impact caused by feelings of Guilt, fear, anguish present in obsessions, behavior that is reinforced by its usefulness as a defensive mechanism in the presence of irrational ideas, allowing the person to repeat the behavior repeatedly and even increase the frequency regardless of the time or place affected the family, work and social area.

**Keywords:** Obsession, Compulsion, Dysfunctional schemas.

## ÍNDICE

RESUMEN.....	I
ABSTRACT.....	II
INTRODUCCIÓN.....	4
ORIGEN DE LA PSICOPATOLOGÍA DEL TRASTORNO OBSESIVO COMPULSIVO BASADO EN EL ENFOQUE COGNITIVO- CONDUCTUAL.....	5
CONCLUSIÓN.....	13
BIBLIOGRAF.....	14

## INTRODUCCIÓN

El presente trabajo de investigación bibliográfica está enfocado en el trastorno obsesivo compulsivo considerado una alteración mental crónica que según Rodríguez-Acevedo (2009) está compuesta por pensamientos e imágenes recurrentes que causan en el individuo temor y ansiedad obligándolo a recurrir a las compulsiones como mecanismo defensivo para disminuir o reprimir el impacto emocional ocasionado por los pensamientos intrusivos. Sintomatología que no se presenta de manera única, al contrario, suele estar acompañada por los síntomas de otras afecciones mentales, comorbilidad asociada a trastornos de ansiedad por separación, dismórfico corporal, pánico, fobia social, agorafobia, ansiedad generalizada, depresión, excoriación, trastorno bipolar, conducta alimentaria, entre otros (Lozano-Vargas, 2017).

Presentando una prevalencia en relación con el 20% de los pacientes tiene un inicio antes de los 15 años, mientras que el 50-60% se presenta previo a los 20 años; señala que desde los 35 años en adelante es poco común (Gómez *et al.*, 2018). Sin embargo, a pesar de la gravedad del trastorno algunas personas no acuden a los centros especializados para el respectivo tratamiento, esto se debe a la vergüenza o la falta de conocimiento en relación al origen de la patología que puede ser iniciada por diversos factores en relación a lo ambiental y lo biológico (Ramos *et al.*, 2020), que influyen de manera directa o indirecta en el ámbito psicológico motivo por lo cual el objetivo de esta investigación es identificar el origen de la psicopatología del Trastorno Obsesivo Compulsivo, mediante el enfoque cognitivo-conductual.

Según la teoría el trastorno puede tener un inicio en el desarrollo de los esquemas, compuestos por la información de experiencias positivas o negativas que al no alcanzar un equilibrio dan origen a los esquemas disfuncionales, ocasionando una afectación emocional que obliga al individuo a ejecutar una conducta que le permita minimizar o reprimir los efectos de los pensamientos intrusivos alcanzando una estabilidad momentánea permitiendo que la conducta adquiera un carácter repetitivo.

## **ORIGEN DE LA PSICOPATOLOGÍA DEL TRASTORNO OBSESIVO COMPULSIVO BASADO EN EL ENFOQUE COGNITIVO-CONDUCTUAL.**

El Trastorno obsesivo compulsivo (TOC) es considerado como una alteración mental crónica, que se inicia de manera gradual afectando a hombres y mujeres, repercutiendo en diferentes ámbitos como: familiar, social, laboral y académico. Según Rodríguez-Acevedo (2009) las obsesiones son pensamientos persistentes que van acompañados por imágenes o ideas de contenidos negativos en relación de causar daño a otra persona o a su propia integridad, se presentan de manera involuntaria durante gran parte del día provocando ansiedad y malestar emocional; mientras que las compulsiones son conductas o acciones que se manifiestan en actos de rezar antes de salir de casa, revisar que el foco este apagado varias veces, entre otras; que el individuo realiza de manera rígida para reprimir o aplacar las obsesiones.

Para Ramos *et al.* (2020) los factores que inciden en la presencia de una patología son el ambiente, lo biológico y personal. El ambiente es considerado como el lugar o espacio donde se realiza el proceso de desarrollo psicofísico de un individuo, siendo el contexto familiar uno de los desencadenantes principales para el origen de un trastorno, ocasionado por disfunción familiar, pérdida de un familiar, maltrato por parte de un miembro de la familia. De igual manera Gómez-Restrepo *et al.* (2016) refiere que:

Entre los factores parentales, se encuentran la educación de los padres, la edad, el estatus socioeconómico, el empleo, el estado civil de los padres, la historia de trastornos psiquiátricos, el antecedente de maltrato en la infancia, los problemas del funcionamiento y la estructura familiar (p. 41).

Factores que afectan de manera directa o indirecta el estado mental de una persona al estar presente las necesidades y los conflictos entre miembros del círculo vital de un individuo proporcionando un ambiente disyuntivo que incide de forma negativa en el desarrollo de los esquemas cognitivos acerca de sí mismo y del entorno permitiendo que se genere un trastorno (Vanegas *et al.*,2017).

Mientras que en lo biológico hace referencia a la genética que es uno de los principales factores para que se origine una patología, en un estudio realizado por Bolaños-Palmieri *et al.* (2019) sobre la genética y los trastornos psiquiátricos se identifica que el cromosoma 15 presente en las personas con TOC tiene una mayor probabilidad de ser transferido a través de generaciones, aumentando la posibilidad del desarrollo de una patología en una persona que tiene o tuvo algún familiar con TOC a diferencia de la presencia de una patología provocada por un daño biológico que se pueden presentar a través de una enfermedad o accidente que genere algún tipo de lesión cerebral.

Por otra parte, Gómez *et al.* (2018) realizó un estudio sobre el TOC donde menciona su prevalencia, enfatizando que el 20% de los pacientes tiene un inicio del trastorno antes de los 15 años, mientras que el 50-60% se presenta previo a los 20 años; señala que desde los 35 años en adelante es poco común. Sin embargo, a pesar de la gravedad del trastorno algunas personas no acuden a los centros especializados para el respectivo tratamiento a causa de la conservación de estigmas, mitos, pudor, desorientación o incluso porque los síntomas no representan un daño clínicamente significativo, sin tomar consciencia que la sintomatología puede evolucionar y tornarse en una afectación clínicamente de cuidado.

En algunos casos las personas que padecen de TOC no alcanzan a desarrollar por sí solos la capacidad de autocontrol en sus ideas e impulsos intrusivos a pesar de ser conscientes del contenido irracional, esta situación provoca que el individuo ceda ante el problema y afecte de manera directa su desenvolvimiento diario. Lozano-Vargas (2017) realizó un estudio donde se evidencia que la sintomatología del TOC se puede presentar en relación a limpieza, áreas de salud, acumulación de objetos, seguridad de sí mismo, religión, afectividad, entre otros.

Además, Lozano-Vargas (2017) refiere que la sintomatología del TOC constantemente no se presenta de manera única, al contrario, suele estar acompañada con la sintomatología de otras afecciones mentales, presentándose comorbilidad asociada a trastornos de ansiedad por separación, dismórfico corporal, pánico, fobia social, agorafobia, ansiedad generalizada, depresión, excoriación, trastorno bipolar, conducta alimentaria, control de impulsos, entre otros. Situación que dificulta e incluso permite la confusión a la hora de diagnosticar ya que una persona que tiene el TOC también puede padecer de depresión al mismo tiempo.

De acuerdo con lo ya mencionado, la Asociación de Psiquiatría Americana (APA) el TOC presenta una amplia gama de síntomas que dificulta el diagnóstico siendo necesario la utilización del Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM-V), para la comparación de la sintomatología del paciente y el reconocimiento de los criterios de diagnóstico descritos en el manual (APA, 2014).

A continuación, se describe la sintomatología de un caso, la paciente presenta ideas y pensamientos intrusivos que ocupan gran parte del tiempo y con contenidos sobre “cuchillos y apuñalar a una persona más pequeña y débil”, “En ocasiones casi podía sentir los músculos de su antebrazo comenzar a contraerse con el objetivo de alcanzar un cuchillo”, las mismas que van acompañadas con imágenes persistentes como: ver “en la pared de la cocina, la palabra ASESINAR”.

Situaciones que le causan ansiedad y malestar al existir el temor de lastimar a un ser querido, motivos por lo que la paciente intenta reprimirlos a través de rituales: “santiguarse tres veces o decía tres Aves María (o cualquier combinación, en grupos de tres o más), en presencia de público sólo se santiguaba una vez y terminaba el ritual murmurando Aves María”. Acontecimientos que no son atribuidos al consumo de sustancias o de lesiones cerebrales como refiere la paciente. Esta sintomatología es similar a la descrita en los criterios A, B, C y D del DSM-V para el trastorno obsesivo compulsivo que se los menciona a continuación, según la Asociación Americana de Psiquiatría (APA,).

Criterio A. Presencia de obsesiones, compulsiones o ambas: Las obsesiones se determinan por (1) y (2): 1. Pensamientos, imágenes o impulsos persistentes y recurrentes que se experimentan, en algún instante durante el trastorno, como intrusos o no deseados, y que en la mayoría de los sujetos causan ansiedad o malestar importante. 2. El individuo intenta ignorar o eliminar estos pensamientos, impulsos o imágenes, o controlar con algún otro pensamiento o acto (es decir, realizando una compulsión). Las compulsiones se determinan por (1) y (2): 1. Conducta (p. ej., ordenar, comprobar las cosas y lavarse las manos) o actos mentales (p. ej., repetir palabras en silencio, contar y rezar) repetitivos que el sujeto ejecuta como respuesta a una obsesión o de acuerdo con normas que ha de emplear de manera rígida. 2. El objetivo de los comportamientos o actos mentales es disminuir o prevenir el malestar

o la ansiedad, o evitar algún hecho o situación temida; sin embargo, estos comportamientos no están conectados de manera realista con los destinados a prevenir o neutralizar, o bien resultan claramente excesivos. Criterio B. Las obsesiones o compulsiones abarcan mucho tiempo (p. ej., emplean más de una hora diaria) y causan malestar clínicamente significativo o deterioro en lo laboral, social u otras áreas fundamentales del funcionamiento. Criterio C. La sintomatología obsesivo-compulsiva no se atribuye a los efectos fisiológicos de una sustancia (p. ej., un medicamento, una droga) o otra afección médica. Criterio D. La alteración no se expresa mejor por los síntomas de otra afectación mental (p. ej., preocupación por el aspecto, como en el trastorno dismórfico corporal; preocupaciones excesivas, como en el trastorno de ansiedad generalizada; arrancarse el pelo, como en la tricotilomanía [trastorno de arrancarse el pelo]; dificultad de deshacerse o renunciar a las posesiones, como en el trastorno de acumulación; estereotipias, como en el trastorno de movimientos estereotipados; problemas con sustancias o con el juego, como en los trastornos relacionados con sustancias y trastornos adictivos; comportamiento alimentario ritualizado, como en los trastornos de la conducta alimentaria; preocupación por padecer una enfermedad, como en el trastorno de ansiedad por enfermedad; impulsos, como en los trastornos disruptivos, del control de los impulsos y de la conducta; impulsos o fantasías sexuales, como en los trastornos parafilicos; patrones de comportamiento repetitivo, como en los trastornos del espectro autista o rumiaciones de culpa, como en el trastorno de depresión mayor; inserción de pensamientos o delirios, como en la esquizofrenia y otros trastornos psicóticos). (APA, 2014, p. 237)

Tras la identificación y comparación de los síntomas es evidente la prevalencia de pensamientos y conductas recurrentes presentes en el TOC siendo necesario la interpretación de la psicopatología mediante el modelo cognitivo-conductual, que se origina por la unión de la teoría cognitiva y conductual, permitiendo identificar el procesamiento de la información y cómo tras la interpretación de la misma, el individuo adquiere una conducta determinada.

Según Rodríguez & Escolano (2015) la corriente cognitiva se enfoca en los procesos mentales como el aprendizaje, los pensamientos, y sobre todo como el análisis de la información previamente adquirida en los esquemas o constructos mentales (estructuras que determinan la organización de las experiencias, adquiridas durante el desarrollo) afectan en el comportamiento de un individuo ante una situación nueva.

Mientras que el modelo conductual sugiere que los trastornos y conductas disyuntivas son de carácter aprendido relacionados a experiencias negativas entre el individuo y su entorno, estas interacciones pueden afectar y ser afectadas por los constructos mentales, la conducta y emociones, que al establecer una reciprocidad entre las interacciones el individuo las utiliza para eliminar los patrones inadaptativos (Vazquez, 2000).

González (2013) afirma que todo proceso cognitivo como pensamiento, aprendizaje y análisis de información tiene como resultado una reacción conductual por ejemplo comer, lavar, correr, saltar, bailar, gritar, reír, jugar, llorar, entre otras. El autor da a entender que antes de realizar una conducta o acción el ser humano analiza las alternativas o recursos que le permitan anticipar las posibles consecuencias de su accionar.

De esta manera la teoría cognitivo-conductual se enfoca en cómo una persona se relaciona con su propio psiquismo, es decir, con los pensamientos, el modo de razonar, también con la respuesta y comportamiento ante los estímulos externos o internos, que permite identificar creencias, pensamientos irracionales.

Acorde a lo antes mencionado el origen de la psicopatología del TOC, parte desde la infancia y adolescencia a partir de la estructuración orgánica y los esquemas cognitivos, se construye y se desarrolla desde los primeros años de vida hasta la edad adulta (Piaget, 1967;Rodríguez, 2020).

Al no presentarse un reajuste, se genera un esquema disfuncional que es resistente al cambio y está presente en cada nueva situación, produciendo desequilibrio en el procesamiento de la información (Huerta *et al.*,2017). Dando origen a los pensamientos irracionales (sin no me lavo las manos me puedo enfermar y morir, si me olvido de cerrar la puerta algo grave puede ocurrir, si tengo un cuchillo en la mano puedo herir a alguien), que están estructurados acorde a cada individuo cuyo contenido abarca la información de las experiencias negativas obtenidas desde los primeros años de vida y durante el desarrollo se van conformando como pensamientos nucleares al estar

presentes durante gran parte del día y surgiendo de manera intrusiva (Sánchez *et al.*,2017).

Según la teoría de Ellis (1981) citado en Toro (2019) estos pensamientos o creencias afectan emocionalmente a la persona que lo posee por la interpretación errónea de las emociones experimentadas en el entorno, creencias erradas que son afirmaciones irracionales sin fundamento empírico pero que se desarrollan a partir de la ideología irreal que el individuo construye acerca de su integridad y su ambiente. Entendiéndose que en los pensamientos negativos latentes en el TOC existe una valoración personal que es adquirida a través de una experiencia negativa instaurada durante el desarrollo.

Según Clark & Beck (2012) reafirman que las obsesiones son producto de la valoración e interpretación de los pensamientos no deseados que se introducen en la conciencia de manera involuntaria con contenido inadmisibles, penosos e inconvenientes para la persona. Si la valoración de un pensamiento es irrelevante y apacible, el individuo no les presta atención, si es todo lo contrario el sujeto lo considera como una amenaza personal y busca alternativas para evadir, al no alcanzar el objetivo de evitar la amenaza el individuo experimenta angustia que lo obliga a reaccionar con una mayor responsabilidad.

Esta valoración de carácter personal es ocasionada por haberse sentido culpable de las posibles acciones que pueden perjudicar a alguien más o a su integridad a pesar de no tener ningún fundamento empírico que justifique la valoración. Terres *et al.* (2018) refiere que la valoración de responsabilidad excesiva está presente en los pacientes de TOC que los encamina a tener ansiedad y miedo intenso.

Belloch *et al.* (2003) refiere que las obsesiones van acorde a los contenidos presentes en los pensamientos intrusivos, tales como: La sobrevaloración de la importancia del pensamiento que hace mención a que la aparición de un pensamiento puede tener una valoración significativa de carácter moral (creen que al pensar en alguna situación que vaya en contra de lo moral, puede ser condenado al infierno o algún mal) y probabilístico (cree que si se piensa en algún acontecimiento existe mayor probabilidad de que ocurra dicho acontecimiento).

La Sobrevaloración de la importancia del control hace mención a la creencia de que el ser humano es capaz y debe ser capaz de controlar los pensamientos sin importar lo difícil

o aterrador de su contenido, ante la presencia del fracaso los esquemas disfuncionales obligan al individuo a buscar alternativas para alcanzar el control deseado, encerrándolo en un círculo vicioso compuesto por la constante búsqueda del control y el fracaso presente en los intentos fallidos por obtener el control, situación que ocupa gran parte del tiempo y al presentarse de manera recurrente estos esquemas intrusivos se transforman en esquema nuclear que permite al TOC mantenerse o evolucionar.

Por otro parte la sobrestimación del peligro refiere a la valoración excesiva acerca de la existencia de un peligro que es atribuida a los pensamientos distorsionados que le demanda buscar alternativas para estar en un ambiente seguro, por ejemplo: ante la presencia de ideas intrusivas con relación a ocasionar un incendio en la casa el individuo recurre a revisar varias veces la llave de la cocina comprobando que esta esté totalmente cerrada, para evitar el supuesto peligro ocasionado por la fuga de gas.

De igual manera los contenidos de intolerancia a la incertidumbre están relacionados con la dificultad de aceptar cambios inesperados por el temor de no tener conocimiento ni control para adaptarse al nuevo objeto o situación. Para una persona que padece de TOC le es difícil acostumbrarse a los cambios porque tiene bien definida las rutinas que le permiten disminuir o reprimir las obsesiones. Según Clark & Beck (2012) esta intolerancia también va relacionada con la inseguridad ocasionada por la presencia de ideas como: no creo haber cerrado la llave de agua podría estar regándose y cuando llegue de seguro el cuarto se encuentra inundado.

Belloch *et al.* (2003) menciona que algunos pensamientos obsesivos están relacionados con el perfeccionismo, creencia que el individuo tiene acerca de que para cada problema hay y debe haber una solución perfecta y no tolera la ineficacia ya que al no ejecutar de manera correcta las consecuencias serán desastrosas y perjudiciales para él o para las personas que pertenecen o se encuentran cerca del círculo vital, entendiéndose que detrás de la conducta perfeccionista de las personas con TOC existen pensamientos sobrevalorados acerca de las posibles consecuencias por su conducta ineficiente.

Según Chappa (2012) con el descontrol de los pensamientos ( intolerancia, dudas , incapacidad para tomar decisiones, entre otras), el cerebro produce ideas irracionales acerca de acontecimientos temidos ocasionando una alteración emocional que desemboca en ansiedad que el paciente intenta controlar a través de conductas que se repiten, 1,2,3

o las veces que sean necesarias para reprimir o disminuir las obsesiones, por ejemplo: ante la presencia de pensamientos relacionados a la contaminación o bacterias el individuo las interpreta como posibles agentes que pueden ocasionar un daño severo y para disminuir el temor, recurre a la conducta de lavarse las manos en reiteradas ocasiones para reafirmar que la posible contaminación fue eliminada en su totalidad (Terres *et al.*,2018).

Vetere & Moyano (2018) refieren, que las compulsiones son de carácter aprendidas, cuyo objetivo es satisfacer las necesidades que los pensamientos o ideas distorsionadas demandan para alcanzar momentáneamente estabilidad emocional, reforzando la conducta por su utilidad como mecanismo defensivo y por la reafirmación de las ideas irracionales que bloquean la información que se antepone a los esquemas disfuncionales permitiendo que la compulsión se repita e incluso en ocasiones se incrementa la frecuencia hasta el punto de ser considerada como una afectación clínicamente significativa al verse afectado las áreas familiar, laboral, social y académica .

Se Presenta una incapacidad debido a que las conductas o rituales luchan por controlar los pensamientos distorsionados que se presentan de manera intrusiva obligando a la persona a reaccionar de manera automática en cualquier hora o lugar sin importar la situación o actividad que está realizando en ese momento, perjudicando la eficacia para realizar las actividades laborales y cotidianas que demandan una completa concentración para su ejecución.

De acuerdo a las investigación realizada acerca del Trastorno obsesivo compulsivo en relación a la teoría cognitivo conductual, se define que la sintomatología del TOC tiene origen a partir de las primeras experiencias negativas que al permanecer latentes en el individuo provocan pensamientos distorsionados que se presentan de manera involuntaria permitiendo que se construyan esquemas disfuncionales que afectan emocionalmente y que ocasionan que el individuo intente disminuir o evitar a través de alternativas relacionadas al contenido de los pensamientos intrusivos, adquiriendo conductas que permiten contrarrestar el impacto de las obsesiones y reducir la ansiedad.

## CONCLUSIONES

- El trastorno obsesivo compulsivo es considerado como una alteración mental grave que afecta a hombres y mujeres en el ámbito social, laboral e incluso familiar; la dificultad del diagnóstico se da por la presencia de síntomas que no aparecen de manera única sino que se presentan relacionados a la sintomatología de otros trastornos siendo necesario la utilización de instrumentos como el DSM-V para la comparación de los criterios de diagnóstico y los síntomas presentes en la persona.
- Las compulsiones se desarrollan a través de un aprendizaje condicionado, siendo el estímulo la presencia de las obsesiones que demandan una satisfacción y las compulsiones una respuesta, que tienen como objetivo disminuir o eliminar el impacto que ocasionan las obsesiones. Mientras que la satisfacción de alcanzar la estabilidad se convierte en un reforzador que permite al individuo adquirir la compulsión como una conducta que puede hacer frente a las obsesiones.
- La teoría cognitiva conductual concluye que el origen de la psicopatología del TOC tiende a iniciarse desde las primeras experiencias negativas que perduran durante el desarrollo cognitivo, convirtiéndose en constructos o esquemas mentales disfuncionales presentes en los pensamientos e ideas irracionales que en el individuo provoca afectación emocional obligándolo a utilizar como mecanismo defensivo una conducta repetitiva que es aprendida dando como resultado un esquema nuclear compuesto por la información de los pensamientos intrusivos y de las alternativas para reducir o eliminar la afectación emocional.

## BIBLIOGRAFÍA

- American Psychiatric Association [APA]. (2014). *Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales DSM-5* (5ta ed.). Madrid, España : Editorial Médica Panamericana.  
[https://drive.google.com/drive/folders/1kZ-KCmHpV\\_bH4pnlAMIIIm8ZUzDwqjHLj?usp=sharing](https://drive.google.com/drive/folders/1kZ-KCmHpV_bH4pnlAMIIIm8ZUzDwqjHLj?usp=sharing)
- Belloch, A., Cabedo, E., Morillo, C., Lucero, M., & Carrió, C. (2003). Diseño de un instrumento para evaluar las creencias disfuncionales del trastorno obsesivo-compulsivo: resultados preliminares del Inventario de Creencias Obsesivas (ICO) *International Journal of Clinical and Health. Revista Psychology*, vol.3 (2), pp. 235-250.  
<https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=33730202>
- Bolaños-Palmieri, P., Chavarria-Soley, G., Contreras, J., & Raventós, H. (2019). Un cuarto de siglo de investigación genética en los trastornos neuropsiquiátricos en Costa Rica. *Revista de Biología Tropical* vol.67 (2).  
[https://www.scielo.sa.cr/scielo.php?pid=S0034-77442019000200001&script=sci\\_arttext](https://www.scielo.sa.cr/scielo.php?pid=S0034-77442019000200001&script=sci_arttext)  
<http://dx.doi.org/doi10.15517/rbt.v67i2supl.37188>
- Chappa, J, H (2012). Correlaciones entre Trastono de Alimentación y Obsesividad en Adolescentes. *Revista Argentina de Clínica Psicológica*, vol. XXI (2), pp. 113-119.  
<https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=281927588003>
- Clark, D, A & Beck, A, T. (2012). *Terapia cognitiva para trastornos de ansiedad*. España: Editorial desclée de Brouwer, S.A. ISBN: 978-84-330-2537-1 Depósito Legal: BI-25-2012 Impresión: RGM, S.A. - Urduliz
- Díaz, K, I. (2019). Ansiedad: Revisión y Delimitación Conceptual. *Revista Summa Psicológica UST*, Vol. 16 (1), pp. 42 - 50. DOI  
<https://doi.org/10.18774/0719-448x.2019.16.1.393>

- Gómez-Restrepo, C., Aulí, J., Tamayo, M, N., Gil, F., Garzón, D., & Casas, G., (2020). Prevalencia y factores asociados a trastornos mentales en la población de niños colombianos. *Revista Colombiana de Psiquiatría*, vol. 45 (1), pp. 39-49. <https://www.redalyc.org/pdf/806/80650839007.pdf>
- Gómez, P , A., Ruiz, C, P., Pérez-Romero, L, M., Romero, R, P., Pérez, T, T.,, & Martínez, A, C., (2018). El Trastorno Obsesivo Compulsivo (TOC) en la Infancia y Adolescencia. *Interpsiquis XIX Congreso Virtual Internacional de Psiquiatría*. <https://psiquiatria.com/congresos/pdf/1-1-2017-10-comu2.pdf>
- González, S, A, G, (2013). Teorías de la personalidad. *Revisión Pedagógica*. [http://www.aliat.org.mx/BibliotecasDigitales/Psicologia/Teorias\\_de\\_la\\_personalidad.pdf](http://www.aliat.org.mx/BibliotecasDigitales/Psicologia/Teorias_de_la_personalidad.pdf)
- Huerta, R., Ramírez, N., Ramos, J., Murillo, L., Falcón, C., Misare, M., & Sánchez, J. (2017). Esquemas cognitivos disfuncionales y dependencia emocional en mujeres con y sin violencia en la relación de pareja de la ciudad de Lima. *Revista De Investigación En Psicología*, 19(2), 145-162. <https://doi.org/10.15381/rinvp.v19i2.12895>
- Kepa, M.,, (2017). La Otra de Rafael Huertas. *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*, vol. 37 (132), pp. 601-608. <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=265054077016>
- Lozano-Vargas, A., (2017). Antonio Aspectos clínicos del trastorno obsesivo-compulsivo y trastornos relacionados. *Revista de Neuro-Psiquiatría*, vol. 80 (1), pp. 36-42. <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=372050405006>
- Piaget, J. (1967). *Seis Estudios de Psicología*. Barcelona: Editorial Seix Barral, S.A. ISBN: 84 322 0147 2.
- Ramos ,J, M., Broco,L ,. Sánchez, A., & Doll, A., (2020). La Personalidad como Vulnerabilidad Unidimensional y Bidimensional: el Papel Mediador de las Variables Cognitivas en la Gravedad Sintomatológica en una Muestra de Personas con Trastorno Grave de Personalidad. *Revista Clínica y*

Salud. [http://scielo.isciii.es/scielo.php?pid=S1130-52742020000100001&script=sci\\_arttext&tlng=en](http://scielo.isciii.es/scielo.php?pid=S1130-52742020000100001&script=sci_arttext&tlng=en)

Rodríguez-Acevedo, A., Toro-Alfonso, J., & Martínez-Taboas, A., (2009). El Trastorno Obsesivo-Compulsivo: Escuchando las voces ocultas. *Revista Puertorriqueña de Psicología*, vol. 20, pp. 7-32. <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=233216361001>

Rodríguez, R, J., & Escolano, F, A., (2015). La Evaluación de Creencias y Actitudes Disfuncionales en los Modelos de Ellis y Beck: Similitudes y Diferencias. *Revista Iberoamericana de Diagnóstico y Evaluación - e Avaliação Psicológica*, vol. 2 (40), 2015, pp. 51-61. <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=459645432006>

Rodríguez, C, D, I, (2020). Particularidades del trastorno obsesivo compulsivo en el niño y el adolescente. *Revista Científica Villa Clara*. <http://scielo.sld.cu/pdf/mdc/v24n1/1029-3043-mdc-24-01-174.pdf>

Sánchez, T, P., Artica, L, A., & Valdiviano, C, C., ( 2017). Creencias irracionales y pensamientos automáticos en una relación de pareja. *Estudio de caso clínico atendido en un Centro de Servicios Psicológicos de una Universidad Nacional de Lima*. Volumen 14 (2). DOI: <https://doi.org/10.33017/RevECIPeru2017.0015/>

Terrés, B., López, A., & Prieto, J., (2018). Creencias Desadaptativas Presentes en el Trastorno Obsesivo Compulsivo. *I Congreso Internacional Intersanitario, Compilación de trabajos presentados*. Editado en Valencia por Impulsalud ISSN 2605-2008. [https://www.researchgate.net/profile/Sara-Diego-Castano/publication/333162387\\_La\\_rumiacion\\_como\\_elemento\\_transdiagnostico\\_en\\_los\\_trastornos\\_mentales/links/5feb9047a6fdccdc81686a1/La-rumiacion-como-elemento-transdiagnostico-en-los-trastornos-mentales.pdf#page=59](https://www.researchgate.net/profile/Sara-Diego-Castano/publication/333162387_La_rumiacion_como_elemento_transdiagnostico_en_los_trastornos_mentales/links/5feb9047a6fdccdc81686a1/La-rumiacion-como-elemento-transdiagnostico-en-los-trastornos-mentales.pdf#page=59)

Toro, T, M., (2019). Creencias Irracionales en Estudiantes de Psicología de una Universidad Privada de Lima Metropolitana, según el Nivel de Estudios,

Sexo y Lugar de Origen. *Acta de Investigación Psicológica*. vol.9 (2).  
[http://www.scielo.org.mx/scielo.php?pid=S2007-48322019000200079&script=sci\\_arttext](http://www.scielo.org.mx/scielo.php?pid=S2007-48322019000200079&script=sci_arttext) DOI:  
<https://doi.org/10.22201/fpsi.20074719e.2019.2.266>

Vanegas, G., Barbosa, A., & Pedraza, G. (2017). Revisión bibliográfica sobre el tratamiento sistémico y cognitivo conductual del trastorno límite de personalidad. *Informes Psicológicos*, 17(2), pp. 159-176  
<http://dx.doi.org/10.18566/infpsic.v17n2a09>

Vázquez, L, F., Muñoz, R, F. & Becoña, E., (2000). Depresión: Diagnóstico, Modelos Teóricos y Tratamiento a finales del siglo XX. *Psicología Conductual*, Vol. 8 (3), 2000, pp. 417-449.  
[https://www.behavioralpsycho.com/wp-content/uploads/2020/04/02.Vazquez\\_8-3oa.pdf](https://www.behavioralpsycho.com/wp-content/uploads/2020/04/02.Vazquez_8-3oa.pdf)

Vetere, G., y Moyano, M., ( 2018) Tratamiento Cognitivo Conductual del Trastorno Obsesivo Compulsivo. Revista ALAMOC. Ed: núm.001.  
[https://www.alamoc-web.org/ALAMOC\\_Revista\\_1\\_Nov2018.pdf#page=27](https://www.alamoc-web.org/ALAMOC_Revista_1_Nov2018.pdf#page=27)