



Artículo

## El Trauma Psicológico Como Constructo Transdiagnóstico en la Etiología y Mantenimiento del Trastorno Obsesivo Compulsivo Según el Modelo Estructural Funcional de las Tres Fases del TOC

Isabel Pinillos-Costa<sup>1</sup>  y Núria Albiñana-Cruz<sup>2</sup> 

<sup>1</sup> Universidad Nacional de Educación a Distancia (UNED). Madrid, España

<sup>2</sup> Universidad de Valencia (UVEG). Facultad de Psicología y Logopedia. València, España

### INFORMACIÓN

Recibido: Octubre 27, 2023

Aceptado: Junio 11, 2024

#### Palabras clave:

Trauma  
Trastorno obsesivo compulsivo  
TOC  
Disociación estructural de la personalidad  
Ritual  
Esquema defensivo  
Apego  
EMDR

### RESUMEN

La comprensión y el estudio del trastorno obsesivo compulsivo se ha renovado al considerar la traumatización compleja un factor clave en su etiología y desarrollo. El Modelo estructural funcional de tres fases reconoce al trauma como un elemento transdiagnóstico, lo que permite integrar modelos anteriores y proponer una evaluación y tratamiento clínicos más eficaz. Su enfoque, de naturaleza ecléctica y biopsicosocial, enfatiza la relevancia del trauma en el trastorno obsesivo compulsivo y estructura en tres fases los fundamentos para la comprensión del trastorno. En la Fase I se argumenta que la epigenética, las experiencias adversas tempranas y los estilos de apego contribuyen a alteraciones neuroquímicas y neuroanatómicas del cerebro, que pueden generar y contribuir a la vulnerabilidad emocional, dando lugar a fobias afectivas y patrones defensivos de comportamiento. En la Fase II se propone la noción de traumatización al fracaso defensivo, una experiencia singular que resulta en el trastorno, generando memorias disfuncionales y la disociación estructural del esquema defensivo. La Fase III aborda la traumatización obsesiva, con la aparición de la primera obsesión y la creación una red de memoria acumulativa de exposición al trauma cada vez que aparecen obsesiones, que abarca hasta el presente, creando un efecto traumático continuado. El modelo propone una comprensión integral del trastorno obsesivo compulsivo, respaldada por la investigación en neurociencia. Desde una perspectiva clínica, ofrece la posibilidad de un tratamiento más eficaz, facilitando opciones de tratamiento para pacientes que no han respondido a los enfoques convencionales. Al abordar el trastorno desde la perspectiva de la traumatización, se presenta como una alternativa prometedora para abordar los desafíos de este trastorno y las posibles recaídas.

### Psychological Trauma as a Transdiagnostic Construct in the Etiology and Maintenance of Obsessive Compulsive Disorder According to the Functional Structural Model of the Three

### ABSTRACT

The understanding and study of obsessive-compulsive disorder have been rejuvenated by considering complex traumatization as a key factor in its aetiology and development. The three-phase functional structural model recognises trauma as a transdiagnostic element, enabling the integration of previous models and propose more effective clinical evaluation and treatment. This approach, of an eclectic and biopsychosocial nature, emphasises the relevance of trauma in obsessive compulsive disorder and structures the foundations for understanding the disorder in three phases. In Phase I it is argued that epigenetics, early adverse experiences and attachment styles contribute to neurochemical and neuroanatomical brain disorders, that can generate and contribute to emotional vulnerability, giving rise to affective phobias and defensive behavioral patterns. Phase II is proposed the notion of "traumatization to defensive failure", a singular experience that results in obsessive-compulsive disorder, generating dysfunctional memories and structural

#### Keywords:

Trauma  
Obsessive-compulsive disorder  
OCD  
Structural dissociation of the personality  
Ritual  
Defensive schema  
Attachment  
EMDR

dissociation of the defensive schema. Phase III addresses “obsessive traumatization”, with the occurrence of the first obsession and creating a cumulative memory network of trauma exposure each time obsessions occur that spans to the present, creating a continuing traumatic effect. The model proposes a comprehensive understanding of obsessive-compulsive disorder, supported by neuroscience research. From a clinical perspective, it offers the possibility of more effective treatment, giving treatment options to patients who have not responded to conventional approaches. By approaching the disorder from the perspective of traumatization, it presents a promising alternative for addressing obsessive-compulsive disorder challenges and relapse.

El trastorno obsesivo compulsivo (TOC) se manifiesta de diversas maneras y se caracteriza por la presencia de indicadores comunes que incluyen pensamientos recurrentes angustiosos e indeseados, imágenes e impulsos (conocidos como obsesiones); y conductas repetitivas y acciones mentales dirigidas a aliviar el malestar o cumplir con reglas rígidas autoimpuestas (llamadas compulsiones) (Artola et al., 2020; American Psychological Association, 2023; Radomsky y Taylor, 2005). Este trastorno puede tener un impacto significativo en todos los aspectos de la vida de quienes lo padecen, especialmente en el ámbito familiar y laboral (Bobes et al., 2001; Jansen et al., 2020). Su prevalencia alcanza el 3% de la población mundial, afectando a más de 100 millones de personas (Fawcett et al., 2020; Vallejo et al., 2018), lo que lo sitúa como el cuarto trastorno psicológico más común y el décimo entre las enfermedades más discapacitantes (World Health Organization [WHO], 2022). En España, la prevalencia es de 1,1% y es similar en ambos sexos. Es un trastorno más frecuente en las edades medias, siendo más diagnosticado en hombres hasta los 35 años, edad a partir de la que pasa a ser ligeramente más prevalente en mujeres. La evolución del TOC se mantiene constante a lo largo de los años en 0,2% (Subdirección General de Información Sanitaria, 2021).

El TOC se presenta como un trastorno clínicamente heterogéneo, caracterizado por múltiples síntomas que tienden a mantenerse estables a lo largo del tiempo (van den Heuvel et al., 2009). Dada su complejidad, algunos expertos sugieren que podría no ser un trastorno singular y distintivo, sino más bien un espectro de síndromes que pueden coexistir (Bados, 2005; Pallanti, 2011; Pinillos, 2010). El TOC puede manifestarse simultáneamente con otros trastornos, como la depresión, los trastornos alimentarios, de personalidad o de ansiedad (Holtkamp et al., 2005), o incluso puede ser considerado como un síntoma en un trastorno disociativo, lo que complica su diagnóstico, conceptualización y tratamiento (Coluccia et al., 2016).

En este contexto, algunas investigaciones sugieren que los síntomas del trastorno por estrés postraumático (TEPT) son relativamente comunes entre los pacientes con TOC (Frias et al., 2013; Gershuny et al., 2008; Liotti, 2001). Diversos estudios con muestras de pacientes obsesivos han mostrado prevalencias que varían entre el 10,2 y el 75 por cien (Huppert et al., 2005), el 41 por cien (Nacasch et al., 2011); y una horquilla entre el 6 y el 25 por cien (1-3) en estudios más recientes sobre el peso de los eventos traumáticos en la génesis del TOC (Oakley & Sejnowski, 2021; Troisi y Troisi, 2020).

Considerar la relevancia de los eventos traumáticos como factores precursores del TOC (APA, 2023), ha marcado un nuevo enfoque tanto en la investigación y comprensión como en el tratamiento del trastorno, ámbitos en los que se ha subestimado la relevancia de la traumatización compleja en su desarrollo y tratamiento, a pesar de que tanto la sintomatología del TOC como la del TEPT tienen

en común alteraciones en la percepción, en el procesamiento de la información, en la regulación del afecto, en el control de impulsos, en el desarrollo de la personalidad y en las intrusiones de contenidos en la conciencia (APA, 2023). Todo ello respalda la consideración del TOC como un problema relacionado con la traumatización compleja, en el que la teoría de la disociación estructural de la personalidad (Chefetz y Bromberg, 2004; Lowenstein, 2022; van der Hart et al., 2004), puede proporcionar información valiosa para la conceptualización de los casos (Harper, 2011; Hart et al., 2008; Nijenhuis et al., 2010).

### **El Trauma Como Antecedente y Justificación del Modelo Estructural Funcional de las Tres Fases del Trastorno Obsesivo Compulsivo (3FTOC)**

La etiología de las enfermedades mentales es compleja y multifactorial, abarcando factores genéticos, ambientales y experienciales (Chen y Mak, 2008; Cirulli, 2009; Jalal et al., 2023; Fusar-Poli et al., 2019). En este contexto, dada la importancia de las experiencias vitales, es necesario considerar el trauma psicológico como un constructo transdiagnóstico (Belloch, 2012; Dalgleish et al., 2020; Sandín et al., 2012).

El trauma psicológico se entiende como el estado mental y fisiológico en el que un ser humano puede sumirse tras experimentar una o más experiencias emocionalmente abrumadoras, que interrumpen la capacidad integradora del cerebro; y que supone un hito diferenciador entre dos etapas de la vida, antes y después de la experiencia adversa, considerándose peor el estado tras la experiencia traumática, que puede tener repercusiones de diversa gravedad en su vida, basándonos en los trabajos de Drago et al. (2021); Shapiro, (2011); Spinazzola et al. (2021); van der Kolk (2014); Spinazzola, van der Kolk y Ford, (2021), entre otros. Se parte de la conceptualización del sistema humano de procesamiento de la información como un sistema intrínseco, físico y adaptable, que es el supuesto básico del modelo del procesamiento adaptativo de la información (PAI) (Hill, 2020; Shapiro, 2006; Shapiro et al., 1994; Shapiro y Laliotis, 2011; Solomon y Shapiro, 2014), destinado a integrar tanto las experiencias internas como las externas, esencialmente adaptativo para la persona. Así, las experiencias se almacenan físicamente en forma de recuerdos que se asocian en redes de memoria (Jalal et al. 2023; Shapiro, 2006; Pittenger, 2021; Vega-Dienstmaier, 2016), pero en ciertas condiciones, este sistema de procesamiento de información se bloquea, lo que da como resultado el almacenamiento disfuncional de dichos contenidos, lo cual puede ocurrir al sufrir eventos traumáticos y experiencias adversas, con un nivel inadecuado de energía y eficiencia mental en el individuo afectado, tanto por causas extrínsecas como intrínsecas. También puede surgir debido al almacenamiento disfuncional de información interoceptiva que genera elevados niveles de activación

emocional. No obstante, el proceso está condicionado por la intensidad del evento traumático y sus efectos, a raíz de lo cual se plantea la distinción entre trauma T (“trauma de T mayúscula”) y el trauma t (“trauma de t minúscula”), que ha sido objeto de debate en la comunidad académica y clínica a lo largo de los años. Esta distinción se ha utilizado en diversos contextos para destacar la diversidad de experiencias traumáticas que pueden identificarse y su impacto en la salud mental. Esta distinción no tiene un único autor específico, sino que es un concepto que ha sido desarrollado y discutido por varios profesionales en los campos de la psicología, la psiquiatría y la salud mental (Drago et al., 2021; Hensley, 2010). Esta diferenciación se ha vuelto común en la literatura científica y clínica para describir la variedad de experiencias traumáticas y sus efectos en las personas. De acuerdo con los y las investigadores/as, el trauma de T (mayúscula) generalmente se asocia con eventos traumáticos extremadamente significativos y devastadores en la vida de una persona. Estos eventos pueden incluir experiencias como abuso sexual severo, violencia extrema, guerra, desastres naturales, etc. Suele tener un impacto duradero y profundo en la persona, pudiendo resultar en trastorno de estrés posttraumático (TEPT) u otros trastornos psicológicos graves. Asimismo, requiere un enfoque terapéutico especializado y a menudo se trabaja a través de terapias específicas para el trauma, como la terapia cognitivo-conductual para el trauma (TCC-T) o la terapia de exposición prolongada. El Trauma de t (minúscula) se refiere a experiencias traumáticas más cotidianas o menos extremas que pueden tener un impacto significativo en la persona, pero no necesariamente conducen a un diagnóstico de TEPT u otros trastornos graves. Estas experiencias pueden incluir eventos como la pérdida de un ser querido, divorcio, conflictos interpersonales, *bullying*, accidentes, entre otros. Aunque el impacto del trauma de t puede ser considerable, generalmente se considera menos grave e incapacitante que el Trauma de T. Las personas que experimentan trauma de t pueden beneficiarse de la terapia y el apoyo psicológico para procesar y superar estas experiencias, pero es menos probable que requieran intervenciones terapéuticas tan intensivas como las necesarias para el Trauma de T (Drago et al., 2021).

En resumen, la principal diferencia entre el “Trauma de T” y el “trauma de t” radica en la magnitud y la gravedad del evento traumático, así como en el impacto psicológico y el nivel de intervención terapéutica necesaria para abordarlo.

La importancia del trauma psicológico en el TOC se ha reconocido por primera vez en el DSM-5-TR (APA, 2023). La investigación ha destacado específicamente la relación entre el trauma y el TOC. Según los estudios de Copeland et al. (2018) y de Belli et al. (2013); y anteriormente, los de McKeon et al. (1984), los eventos vitales adversos pueden desencadenar TOC. Sin embargo, aquellos pacientes con rasgos de personalidad obsesivos experimentaron significativamente menos eventos vitales altamente estresantes o traumáticos en los seis meses previos al inicio de la enfermedad en comparación con aquellos sin estos rasgos (Pozza et al., 2021). La explicación puede residir en la consideración limitada del trauma en la edad adulta, ya que son los traumas experimentados a lo largo del desarrollo los que subyacen en la formación de los rasgos de personalidad y actúan como un factor etiológico en el trastorno (Sametoglu et al., 2022), consideración compartida por el modelo 3FTOC.

En una línea similar, la investigación de Gothelf et al. (2004) reveló que los niños con TOC experimentaron un mayor número

total de eventos vitales estresantes o traumáticos, especialmente eventos percibidos como impactantes en el año previo a la aparición del TOC en comparación con el grupo de control, lo que apoya los planteamientos del modelo 3FTOC sobre la importancia de la interpretación del evento adverso.

Los resultados del estudio de Briggs y Price (2009) indican que las experiencias adversas durante la infancia están fuertemente relacionadas con las creencias y los síntomas del TOC. Carpenter et al. (2011) también señalan una conexión entre el trauma infantil y el TOC, influenciada por experiencias pasadas con individuos significativos y asociada con dificultades en el procesamiento emocional (Pardo et al., 2022). Numerosas investigaciones respaldan la influencia del trauma infantil y otros eventos vitales traumáticos en el desarrollo y la aparición del TOC (Bey et al., 2017; Cromer et al., 2007; De Silva y Marks, 1999; Houtepen et al., 2016; Lafleur, Petty, Mancuso et al., 2011; Lochner et al., 2010; Sasson et al. 2005).

Además, teniendo en cuenta que la terapia de desensibilización y reprocesamiento a través del movimiento ocular (EMDR) es una terapia respaldada por evidencia para el TEP (Iglesias-Goya, 2020), parece confirmarse la relación entre el trauma y el TOC a través de resultados positivos obtenidos en investigaciones sobre el tratamiento del TOC con EMDR (Cusimano, 2018; Keenan et al., 2014; Marr, 2012; Marsden, 2018; Mazzoni et al., 2017; Nazari et al., 2011; Pozza et al., 2014).

### Modelo Estructural Funcional de las Tres Fases del TOC (3FTOC)

El modelo 3FTOC plantea sus hipótesis en una estructura de tres fases. En la fase I, que precede a la aparición de las obsesiones, se daría la influencia de la epigenética, las experiencias adversas tempranas (incluyendo las neonatales), los estilos de apego y la comunicación parental, todo lo cual contribuiría a desencadenar alteraciones neuroquímicas y neuroanatómicas (Martins y da Silva, 2022), que aumentarían la vulnerabilidad emocional lo que, a su vez, podría dar lugar a fobias afectivas y patrones defensivos. En la fase II se experimentarían situaciones perturbadoras a lo largo del desarrollo que contribuirían a un tipo específico de traumatización compleja, concretamente, la traumatización al fracaso defensivo. Específicamente, son los aspectos interoceptivos de un evento perturbador o trauma, lo determinante del tipo de traumatización que caracteriza al trastorno. En la fase III harían su aparición las obsesiones y/o compulsiones, lo que resulta en el bloqueo del circuito de la preocupación, generando la traumatización obsesiva que se puede considerar como un evento de estrés traumático continuado constituido por los sucesivos eventos obsesivos compulsivos.

A continuación, se detallan las circunstancias que concurren en cada fase y los fundamentos teóricos que sustentan el modelo.

En la Fase I, factores como la epigenética, las experiencias tempranas adversas de diversa índole y determinados estilos de apego y comunicación parental contribuyen a generar problemas de integración cerebral y alteraciones neuroquímicas y neuroanatómicas que aumentan la vulnerabilidad emocional. Esto puede dar lugar a fobias afectivas y un esquema defensivo.

Las causas de la vulnerabilidad emocional hay que buscarlas en el binomio genética y ambiente (Hollander, de Caria y Liebowitz, 1989; Julien et al., 2016; Mosquera y González, 2014). Y en este sentido, cada vez tiene una mayor consideración y evidencia científica el papel que desempeña el trauma transgeneracional

(Hogg et al., 2023) en la expresión de los genes transmitidos y expresados en el fenotipo (Pauls et al., 2014), en intrusiones o en fobia a los impulsos que aparentemente no tienen sentido.

Asimismo, en la etapa prenatal, problemas emocionales y físicos de la gestante pueden producir vulnerabilidad neurofisiológica (Dowling, 2000; Ellman et al. 2008; Sandman et al., 2003; Williams et al., 1995, citado en Wadhwa, 2000). El sufrimiento de dolor crónico desde el nacimiento, traumas perinatales y experiencias negativas adversas a lo largo del desarrollo son factores que se traducen en déficits tempranos de integración cerebral (Siegel, 2007; Siegel y Payne, 2012).

Por otra parte, los problemas de apego y la parentalización no óptima generan un modelo de apego en la memoria implícita (van den Leeuwen, et al., 2020) que predispone a dificultades en la regulación emocional (Brussoni, et al., 2000; Crawford et al., 2007; Houtepen et al. 2016); y a un grado extremo de atención al miedo, que contribuyen al desarrollo de estrategias de afrontamiento inapropiadas (Finnegan et al., 1996; Perry et al., 2012) y a la falta de tolerancia a las emociones negativas (Taylor, 2012) como prueba que entre el 15-40% de los pacientes TOC no responde al tratamiento de exposición y prevención de respuesta (Vargas et al., 2023).

Existen experiencias dolorosas relacionados con carencias infantiles en necesidades interpersonales de afecto, control o inclusión (Sigaud y de Campos, 2021), constituyendo lo que se denominan “traumas ocultos” (Acevedo et al., 2021). Pero también se encuentran experiencias de estrés y sufrimiento a lo largo del desarrollo, debido a factores como problemas emocionales de los progenitores, peleas constantes, o los denominados traumas con T mayúscula (Lagos y González, 2021).

Sin embargo, en estos pacientes, el aspecto más doloroso de las experiencias adversas está relacionado con el modo de percibir, interpretar y valorar estos acontecimientos (Gothelf et al., 2004; Silberg y Bulik, 2005). Estas representaciones son componentes de lo que se propone denominar el temor nuclear (TN), que hace referencia a la manera en que se percibe, imagina y siente la persona en relación con una representación mental asociadas al dolor (que le pueden causar estímulos externos o internos). Los aspectos perceptivos de la representación mental hacen que se viva como una amenaza real, en vez de potencial o nula, y los aspectos subjetivos como una amenaza de dolor, que se vive desde la vulnerabilidad y la indefensión. Esta amenaza, de índole interoceptiva, está constituida por contenidos mentales referidos a amenazas físicas, interpersonales y de tipo auto referencial, que abarcan creencias nucleares, deseos, sentimientos, percepciones o aspectos de la personalidad, todo ello asociados al dolor. Por tanto, el temor nuclear se relaciona con la percepción y valoración de acontecimientos vitales adversos. Este temor interoceptivo involucra representaciones mentales que se perciben como amenazas reales y dolorosas, vividas desde la vulnerabilidad emocional. La representación mental temida, núcleo de la vulnerabilidad al dolor, contiene, por tanto, aspectos cognitivos y afectivos. El papel prioritario de la interpretación de un evento ha sido corroborado en la investigación sobre acontecimientos de la vida y factores de personalidad en niños/as y adolescentes con TOC (Gothelf et al., 2004; Pardo et al., 2022).

La fobia al sufrimiento (O'Connor y Audet, 2019) frente al TN y las creencias acerca de la incontrolabilidad de la emoción, condicionan el tipo de proceso defensivo (Goleman, 2011). La estrategia básica es la evitación del sufrimiento, por lo que esta fobia afectiva se manifiesta en estrategias conductuales y mentales que son

el prolegómeno de un esquema defensivo que se va consolidando a lo largo del desarrollo, pudiendo conformar rasgos de personalidad.

Entre las estrategias básicas para afrontar las emociones, Aldao et al. (2010) consideran la evitación y supresión las más patológicas. Precisamente, estas son las defensas básicas del paciente TOC, que usa la disociación de lo doloroso mediante la retracción de conciencia de los contenidos constituyentes del TN y otros contenidos asociados (Moritz et al., 2018); así como la supresión del afecto doloroso.

La defensa frente a la vulnerabilidad con que se vive el sufrimiento relacionado con el núcleo afectivo-cognitivo, que constituye el temor nuclear, va dirigida a disociar, a suprimir de la conciencia los aspectos dolorosos de la experiencia interna involucrados (Mosquera et al., 2014). Al no ser consciente del dolor no se siente, pero genera consecuencias que pueden parecerle inexplicables e incontrolables a la persona, como los fenómenos relacionados con las obsesiones y compulsiones.

En conclusión, la estrategia de restringir de la conciencia ciertos contenidos por el afecto doloroso que suscitan, representa un enfoque desadaptativo que contribuye al desarrollo de trastornos psicopatológicos, incluyendo al TOC. Además, varios estudios (Behobi-Baudou et al., 2013; Jalal et al., 2023; Morillo-Prats, 2004), han evidenciado que la resistencia a pensar en determinados contenidos provoca un efecto paradójico al intensificar la preocupación por dichos contenidos y aumentar la carga emocional. Esta tendencia a disociar de la conciencia ciertos pensamientos y emociones vinculadas influye en la generación de obsesiones (Arnáez et al., 2021; Pascual-Vera, 2022).

Otra estrategia fundamental, que también cumple la función de evitar emociones insoportables y que forma parte del esquema defensivo de las personas con TOC, consiste en emplear mecanismos mentales y conductuales orientados al control (McLaughlin et al., 2020), con el fin de evitar la causa atribuida al sufrimiento, ya que, evitando la ocasión, se evita el peligro que supone el sufrimiento anticipado.

Esta dinámica puede dar lugar a la formación de rasgos extremos de personalidad y creencias no adaptativas, como la autoexigencia, la sumisión y la rigidez, que son características que se observan frecuentemente en los individuos con TOC (Berry, 2012; Foa y Kozak, 2004). La influencia de estilos educativos específicos (Shaker y Homeyli, 2011; Van Leeuwen et al., 2020) y creencias culturales, morales y religiosas (Al-Solaim y Loewenthal, 2011; Fitz, 1990; Huppert et al., 2007) juegan también un papel importante en la formación de estos aspectos.

La contribución de este esquema defensivo es esencial para comprender el TOC. Involucra diversas tendencias de acción conductuales y mentales, todas orientadas hacia la evitación del sentimiento doloroso y los contenidos mentales relacionados, así como la implementación de conductas destinadas al control de las causas atribuidas al sufrimiento (Mardsen, 2016). Todo esto se da dentro de un patrón de activación neurofisiológica que mantiene a la persona alerta ante las áreas percibidas como amenazantes.

## Fase II. Traumatización al Fracaso Defensivo (TFD)

Aunque las investigaciones han establecido una relación entre el trauma infantil y el Trastorno Obsesivo compulsivo (TOC) (Bellis et al., 2019; Bey et al., 2017; Carpenter et al., 2011; Cromer et al., 2007; Cuijpers et al., 2011; De Silva et al., 1999; Lafleur et al., 2011; Lochner et al., 2002; 2010; Sasson et al., 2005), se

destaca que el tipo de traumatización asociado al desarrollo del TOC presenta características específicas.

El Modelo 3FTOC introduce la noción de “traumatización al fracaso defensivo” como una experiencia singular que resulta en el TOC. Esta traumatización es la consecuencia de un evento donde se produce el fallo defensivo frente al sufrimiento producido por un contenido constituyente o relacionado con el temor nuclear y la indefensión frente a las emociones dolorosas que suscita. La elevada activación resultante da lugar a un efecto estructural (Shapiro, 2006), generando “información almacenada disfuncionalmente”, que incluye tanto las memorias autobiográficas como los elementos disfuncionales que se han generado en la experiencia intrapsíquica del paciente (González y Mosquera, 2012).

La traumatización frente al fracaso defensivo da lugar a un tipo específico de disociación estructural donde elementos que derivan del mismo evento se almacenan en redes distintas y permanecen disociados entre ellos (Leeds, 2011).

Una de ellas contiene los elementos externos de la experiencia que condujo a la traumatización al fracaso defensivo, mientras que otra almacena información subcortical relacionada con los contenidos del temor nuclear. Finalmente, una red más abarca tanto niveles corticales como subcorticales, y está relacionada con el clúster defensivo que origina las obsesiones compuesto por diversas tendencias de acción cognitivas, emocionales, conductuales y fisiológicas (Gentsch y Kuehn, 2022; Hart et al., 2008; Jalal, Chamberlain, y Sahakian, 2023; Pinillos, 2010).

En resumen, como consecuencia de la traumatización, dentro del esquema defensivo previo surge una nueva defensa que intenta protegerle del fallo, basada en una consigna específica, irracional y perfeccionista. Esta red neuronal, constituida por el clúster defensivo y disociada estructuralmente, es la que posteriormente, ante ciertos desencadenantes, va a dar lugar a las obsesiones (Ahmari y Rauch, 2022; Spinazzola et al., 2021).

### Fase III: Traumatización Obsesiva

En la fase III, se origina una nueva forma de traumatización denominada “traumatización obsesiva” (TOB), que coincide con la aparición de las obsesiones. En situaciones en las que transcurre un período de tiempo entre la experiencia de la traumatización al fracaso defensivo y la traumatización obsesiva, un evento precipitador desencadena la activación de la intrusión obsesiva.

A partir de la primera intrusión obsesiva y de las respuestas asociadas a la red de memoria, se inicia un extenso período de experiencias perturbadoras cada vez que aparecen obsesiones y compulsiones (Puig et al., 2021). Presenta unas características asimilables a un evento traumático continuado, ya que el paciente obsesivo vive de forma recurrente las obsesiones como si de la realidad se tratara y con un estrés mantenido en el tiempo.

*La red de memoria permanece en un estado excitatorio permanente como memoria a corto plazo, expandiéndose con cada evento estresante subsecuente a la experiencia adversa original, creando una red de memoria acumulativa de exposición al trauma que se extiende hasta el momento presente. (Jarero et al., 2013)*

Este evento se relaciona con la activación del estado emocional vulnerable ante el sufrimiento, frente a contenidos constituyentes del temor nuclear o con algún hecho asociado al ámbito de acción de la consigna perfeccionista. Ambos aspectos activan la defensa obsesiva como medio para controlar y protegerse del sufrimiento. Además, se requiere la presencia de un disparador que provoca la intrusión obsesiva inicial. Los disparadores de las intrusiones obsesivas hacen referencia a una estructura de temores, generalizados por procesos de condicionamiento, que se pueden clasificar en las categorías de lo desconocido, lo incierto y lo potencialmente peligroso, asociados a traumas T o t, vinculados a la biografía emocional del paciente.

Es importante señalar que la intrusión obsesiva no representa un fragmento de un recuerdo traumático, sino más bien es un síntoma secundario de la defensa dirigida por el clúster defensivo ante el dolor. Las obsesiones y compulsiones buscan prevenir y controlar los peligros conscientes, al tiempo que cumplen la intención inconsciente de evitar la conciencia de los temores subyacentes, desplazando la atención de estos a los contenidos obsesivos con los que se relacionan (Pinillos, 2010).

La traumatización obsesiva se genera como resultado de la activación del proceso obsesivo compulsivo por primera vez y produce una elevada activación emocional, que bloquea esta información en el sistema nervioso. El circuito del proceso obsesivo compulsivo, que incluye el desencadenante, la obsesión, la emoción, las sensaciones físicas y las respuestas mentales y conductuales (como las conductas de neutralización), constituye información almacenada disfuncionalmente y bloqueada en ciertas áreas cerebrales, como la amígdala, en el sistema límbico, la ínsula, el hipocampo o la corteza prefrontal, entre otras (Sweeton, (2022); Van del Kolk (2014) y Van del Kolk y McFarlane (2012).

Los disparadores de obsesiones son estímulos ansiógenos, exteroceptivos o interoceptivos, condicionados o no, que aluden o señalan a alguno de los temores implicados en el problema obsesivo, como el contenido obsesivo, los contenidos dolorosos traumáticos de la red del temor nuclear, el temor a fallar en la consigna perfeccionista controladora y temores específicos conectados con los anteriores (Brander et al., 2016; Pinillos, 2010).

Posteriormente, por procesos de condicionamiento, pueden extenderse a otros estímulos. Este tipo de eventos se suele ir sucediendo una vez que aparecen las obsesiones, dando lugar a nuevas obsesiones y extendiendo los procesos obsesivos.

La defensa que conforman las obsesiones utiliza un entramado de tendencias de acción derivadas de la defensa física, social e interoceptiva, que adquieren una determinada morfología reactiva según las características del disparador (Jalal et al., 2023).

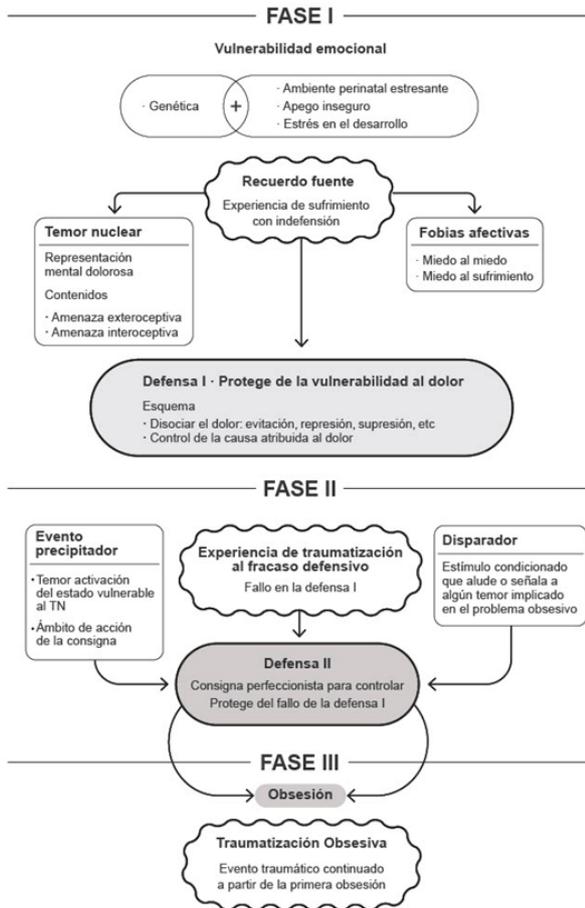
Los modelos cognitivos y conductuales (Mancini y Gangemi, 2004; Mowrer, 1971; Pérez-Acosta, 2005; Rachman, 1993, 1980; Salkovskis, 1989; Tallis, 1994) explican los factores que mantienen activos los procesos obsesivos compulsivos, una vez que se inician.

El esquema del modelo 3FTOC se muestra a continuación en la Figura 1.

En la Tabla 1 se muestran las claves traumáticas que sustentan las hipótesis del modelo en el caso de un varón de 45 años cuya tipología obsesiva se manifiesta con la siguiente sintomatología:

- Miedos obsesivos a accidentes, explosiones, incendios o atropellos y compulsiones de comprobación
- Miedos obsesivos a enfermedades contagiosas con compulsiones de limpieza y lavado.
- Imágenes intrusivas, cuyo contenido son imágenes de accidentes o enfermedades, cuando no lleva a cabo las compulsiones.

**Figura 1**  
Fases del Modelo 3FTOC (Elaboración Propia)



En resumen, el modelo 3FTOC supone una contribución significativa que se enmarca en la comprensión de la traumatización, respaldada por la investigación en neurociencia. Este modelo proporciona una explicación integral de los factores involucrados en el origen, desarrollo y persistencia del TOC, al incorporar y unificar contribuciones previas con sólida base científica.

Desde una perspectiva clínica, estas implicaciones pueden traducirse en una conceptualización y tratamiento más eficaz de los pacientes TOC. Esto se lograría al abordar el trastorno desde la óptica de la traumatización e integrando otras estrategias terapéuticas efectivas de otros enfoques, como la exposición y prevención de respuesta, en el marco de la terapia cognitivo-conductual; la farmacoterapia o la terapia sensoriomotriz. Este enfoque emerge como una alternativa eficiente tanto para pacientes en general, como para aquellos que no han respondido adecuadamente a los

tratamientos convencionales, ofreciendo también una vía para abordar el desafío de las recaídas, por el efecto de la integración cerebral de la información bloqueada en las redes neuronales.

## Glosario

**Temor nuclear (TN):** Es un conjunto de contenidos mentales y sentimientos asociados con el sufrimiento que, tanto por su carácter aversivo como por la vulnerabilidad que suscita, son objeto de defensa. Estos pensamientos y sentimientos, que se vivencian como realidad, pueden relacionarse tanto con amenazas físicas o sociales, como la muerte, la enfermedad, el rechazo o el abandono, como con aspectos personales que se perciben como negativos y que comprometen la autoestima. Son consecuencia de la forma cómo se percibe, interpreta y valoran determinadas experiencias infantiles perturbadoras.

**Traumatización al fracaso defensivo (TFD):** Hace referencia a una experiencia dolorosa, origen de la defensa TOC, donde se origina el temor al fallo defensivo frente al “temor nuclear”. La elevada activación resultante provoca un efecto estructural específico, donde la memoria del evento y la memoria interoceptiva del mismo relacionada con el temor nuclear, se almacenan de forma disfuncional en diferentes partes del cerebro y niveles de conciencia. Otro efecto estructural relevante es la aparición de la parte TOC que protege frente al fracaso defensivo que incorpora al esquema defensivo previo, basado en la supresión, la retracción de conciencia o el desplazamiento de contenidos, la alerta y el control perfeccionista dando lugar a pensamientos, imágenes e impulsos intrusivos ante amenazas asociadas a lo desconocido, incierto y potencialmente peligroso.

**Traumatización obsesiva (TOB):** Es una red estructuralmente disociada que se forma a partir de los eventos obsesivos compulsivos desde su inicio hasta el momento presente. Un evento precipitador junto a un disparador ansiógeno activa la obsesión y desencadena respuestas de afrontamiento, tanto mentales como conductuales, que debido a la intensa carga emocional que provocan, pueden generar un bloqueo de la información almacenada. La persistencia de eventos perturbadores consecutivos, cada vez que se activa una intrusión obsesiva, contribuye a una acumulación progresiva del impacto traumático, impidiendo la consolidación de la memoria y manteniendo la red de memoria en un estado la excitatorio permanente.

**Parte a cargo del TOC:** Incorpora al sistema defensivo previo, basado en la fobia al sufrimiento ante contenidos asociados al temor nuclear, nuevas estrategias para fortalecer la protección, como la alerta ante las áreas de peligro y el control perfeccionista de las amenazas que contienen. Las obsesiones son síntomas transformados de información sin procesar asociada a memorias almacenadas en partes sin integrar. Intentan prevenir y controlar peligros conscientes, al mismo tiempo que consiguen la intencionalidad inconsciente de evitar la conciencia de los temores que subyacen, desplazando la atención de estos a los contenidos obsesivos con los que se relacionan.

## Conflicto de Intereses

Las autoras declaran que no existe conflicto de intereses.

**Tabla 1**  
Caso Clínico

	Tipo de trauma	Experiencias adversas	Consecuencias
FASE I	Trauma transgeneracional	Madre obsesiva	Vulnerabilidad neurofisiológica con base en déficits de integración cerebral y en un apego preocupado con la madre y desorganizado con el padre  Dificultad para la regulación emocional y fijación en señales del miedo
	Trauma perinatal	Madre con estrés en el embarazo por problemas de la pareja	
	Trauma T	Con 15 meses, se quemó y estuvo en la UVI 2 meses	La información queda bloqueada y almacenada de forma disfuncional
	Traumatización a lo largo del desarrollo	Peleas recurrentes en la relación de pareja de sus padres	Fobia al dolor debido al sufrimiento a lo largo del desarrollo al percibir el dolor e infelicidad de su madre y recibir gritos e insultos de su padre, origen de un esquema defensivo enfocado a la supresión del dolor, retracción de conciencia, creencias defensivas entre las que se encuentra la asunción de responsabilidad de la felicidad ajena y conductas preventivas como ser bueno, sacar los estudios, o intentar parar las discusiones entre los padres
	Traumáticas t y T	Violencia paterna debido a gritos e insultos	
FASE II	Traumatización al fracaso defensivo (TFD)	Con 11 Años por meterse en medio de una dura pelea donde el padre amenazaba con separarse de la madre, le pegó una paliza con el cinturón	Creencias: "no valgo por fracasar"  Aparece defensa obsesiva, basada en proteger del fallo defensivo
	Trauma T		La memoria traumática se fracciona en distintas redes y niveles de conciencia
FASE III	Estímulo disparador de la primera obsesión	Hacer o decir algo le genera escrúpulos de conciencia (su madre era muy religiosa)	Aparecen inmediatamente las primeras obsesiones, hasta que ingresa en el seminario
	TOB (red de memoria acumulativa de exposición al trauma)	11 Años: 1ª obsesión dudas sobre si había pecado y compulsiones de irse a confesar repetidamente  27 Años reaparecen obsesiones y compulsiones con la forma y contenidos actuales la culpa que siente al quedarse sordo.  36 Años se generaliza e intensifica el problema después de ruptura definitiva de la pareja, un accidente de coche y que le echan del trabajo  40 Años la vida se convierte en un proceso obsesivo-compulsivo, después de estar en crisis con su pareja actual, sufrir mobbing de su jefa y de no ser capaz de sacar el trabajo por las compulsiones	La defensa obsesiva se reactiva por rupturas y reencuentros con la pareja. El estímulo disparador de la obsesión es el sentimiento de culpa que tiene al responsabilizarse de haber quedado sordo de un oído por fumar.
	Recuerdos alimentadores de los disparadores de obsesiones constituidos por traumas tipo T y t	2 Meses en la UVI por quemaduras (T)  Pelota cae y hay un perro (t)  Le muerde un perro y se generan denuncias de los vecinos (t)  Le pillan robando (t)  Accidente de coche (T)	Traumáticas asociadas a los disparadores de las obsesiones que activan la hiperactivación ante ciertos estímulos asociados en su biografía emocional a lo desconocido, incierto o potencialmente peligroso

## Referencias

- Acevedo, F. L., Guajardo, H., Kushner, D., Barrientos, C. y Monje, G. (2021). La complejidad del trauma complejo del desarrollo: una propuesta del modelo de apego & complejidad (MAC). *Revista de Psicoterapia*, 32(120), 105-124. <https://doi.org/10.33898/rdp.v32i120.463>
- Ahmari, S. E. y Rauch, S. L. (2022). The prefrontal cortex and OCD [La corteza prefrontal y el TOC]. *Neuropsychopharmacology*, 47(1), 211-224. <https://doi.org/10.1038/s41386-021-01130-2>
- Al-Solaim, L. y Loewenthal, K. M. (2011). Religion and obsessive-compulsive disorder (OCD) among young Muslim women in Saudi Arabia [Religión y trastorno obsesivo-compulsivo (TOC) entre mujeres musulmanas jóvenes en Arabia Saudita]. *Mental Health, Religion y Culture*, 14(2), 169-182. <http://dx.doi.org/10.1080/13674676.2010.544868>
- Aldao, A., Nolen-Hoeksema, S. y Schweizer, S. (2010). Emotion-regulation strategies across psychopathology: A meta-analytic review [Estrategias de regulación emocional en la psicopatología: una revisión metaanalítica]. *Clinical Psychology Review*, 30(2), 217-237. <http://dx.doi.org/10.1016/j.cpr.2009.11.004>
- American Psychological Association. (2023). *DSM-5-TR: Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales. Texto Revisado*. Editorial Médica Panamericana.
- Arnáez, S., García-Soriano, G., López-Santiago, J. y Belloch, A. (2021). Illness-related intrusive thoughts and illness anxiety disorder [Pensamientos intrusivos relacionados con la enfermedad y trastorno de ansiedad por enfermedad]. *Psychology and Psychotherapy: Theory, Research and Practice*, 94(1), 63-80. <https://doi.org/10.1111/papt.12267>
- Artola, C. B., Solórzano, N. G. y Matamoros, D. O. (2020). Actualización de los trastornos de personalidad. *Revista Médica Sinergia*, 5(4), 5. <https://doi.org/10.31434/rms.v5i4.437>
- Bados, A. (2005). *Trastorno obsesivo compulsivo*. Departament de personalitat, avaluació i tractament psicològics. Universitat de Barcelona.
- Behobi Baudou, W. A., García, F. y Fernández-Álvarez, H. (2013). Psicoterapia cognitiva individual del TOC. *Salud Mental*, 36(4), 347-354.
- Belli, H., Ural, C., Yesilyurt, S., Vardar, M. K., Akbudak, M. y Oncu, F. (2013). Childhood trauma and dissociation in patients with obsessive compulsive disorder [Trauma infantil y disociación en pacientes con trastorno obsesivo compulsivo]. *West Indian Medical Journal*, 62(1), 57-69. <https://pesquisa.bvsalud.org/gim/resource/ru/biblio-1045585?lang=es>
- Bellis, M. A., Hughes, K., Ford, K., Ramos, G., Sethi, D. y Passmore, J. (2019). Life course health consequences and associated annual costs of adverse childhood experiences across Europe and North America: a systematic review and meta-analysis [Consecuencias para la salud a lo largo de la vida y costos anuales asociados de experiencias adversas en la niñez en Europa y América del Norte: una revisión sistemática y un metanálisis]. *Lancet Public Heal*, 4, e517-e528. [https://doi.org/10.1016/S2468-2667\(19\)30145-8](https://doi.org/10.1016/S2468-2667(19)30145-8)
- Belloch, A. (2012). Propuestas para un enfoque transdiagnóstico de los trastornos mentales y del comportamiento: evidencia, utilidad y limitaciones. *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica*, 17(3), 295-311. [https://www.aepcp.net/wp-content/uploads/2020/05/08\\_2012\\_n3\\_belloch.pdf](https://www.aepcp.net/wp-content/uploads/2020/05/08_2012_n3_belloch.pdf)
- Berry, L. M. y Laskey, B. (2012). A review of obsessive intrusive thoughts in the general population [Una revisión de los pensamientos obsesivos intrusivos en la población general]. *Journal of Obsessive-Compulsive and Related Disorders*, 1(2), 125-132. <http://dx.doi.org/10.1016/j.jocrd.2012.02.002>
- Bey, K., Lennertz, L., Riesel, A., Klawohn, J., Kaufmann, C., Heinzl, S., Grützmann, R., Kathmann, N. y Wagner, M. (2017). Harm avoidance and childhood adversities in patients with obsessive-compulsive disorder and their unaffected first-degree relatives [Evitación del daño y adversidades infantiles en pacientes con trastorno obsesivo-compulsivo y sus familiares de primer grado no afectados]. *Acta Psychiatr Scand*, 135(4), 328-338. <http://dx.doi.org/10.1111/acps.12707>
- Bobes, J., González, M. P., Bascaran, M. T., Arango, C., Saiz, P. A. y Bousoño, M. (2001). Quality of life and disability in patients with obsessive-compulsive disorder [Calidad de vida y discapacidad en pacientes con trastorno obsesivo-compulsivo]. *European Psychiatry*, 16(4), 239-245. [http://dx.doi.org/10.1016/S0924-9338\(01\)00571-5](http://dx.doi.org/10.1016/S0924-9338(01)00571-5)
- Brander, G., Pérez-Vigil, A., Larsson, H. y Mataix-Cols, D. (2016). Systematic review of environmental risk factors for obsessive-compulsive disorder: a proposed roadmap from association to causation [Revisión sistemática de los factores de riesgo ambientales del trastorno obsesivo-compulsivo: propuesta de una hoja de ruta desde la asociación hasta la causalidad]. *Neurosci Biobehav Rev*, 65, 36-62. <https://doi.org/10.1016/j.neubiorev.2016.03.011>
- Briggs, E. S. y Price, I. R. (2009). The relationship between adverse childhood experience and obsessive-compulsive symptoms and beliefs: the role of anxiety, depression, and experiential avoidance [La relación entre las experiencias adversas en la infancia y los síntomas y creencias obsesivo-compulsivas: el papel de la ansiedad, la depresión y la evitación experiencial]. *Journal of Anxiety Disord*, 23(8), 1037-1046. <http://dx.doi.org/10.1016/j.janxdis.2009.07.004>
- Brussoni, M. J., Jang, K. L., Livesley, W. J. y Macbeth, T. M. (2000). Genetic and environmental influences on adult attachment styles [Influencias genéticas y ambientales en los estilos de apego de los adultos]. *Personal Relationships*, 7(3), 283-289. <http://dx.doi.org/10.1111/j.1475-6811.2000.tb00017.x>
- Carpenter, L. y Chung, M. C. (2011). Childhood trauma in obsessive compulsive disorder: the roles of alexithymia and attachment [El trauma infantil en el trastorno obsesivo compulsivo: el papel de la alexitimia y el apego]. *Psychol Psychother*, 84(4), 367-88. <http://dx.doi.org/10.1111/j.2044-8341.2010.02003.x>
- Chefetz, R. A. y Bromberg, P. M. (2004). Talking with “me” and “not-me”: A dialogue [Hablar con el “yo” y el “no-yo”: un diálogo]. *Contemporary Psychoanalysis*, 40(3), 409-464. <https://doi.org/10.1080/00107530.2004.10745840>
- Chen, S. X. y Mak, W. W. (2008). Seeking professional help: Etiology beliefs about mental illness across cultures [En busca de ayuda profesional: creencias etiológicas sobre las enfermedades mentales en distintas culturas]. *Journal of Counseling Psychology*, 55(4), 442-450. <http://dx.doi.org/10.1037/a0012898>
- Cirulli, F., Laviola, G. y Ricceri, L. (2009). Risk factors for mental health: translational models from behavioural neuroscience [Factores de riesgo para la salud mental: modelos traslacionales desde la neurociencia conductual]. *Neuroscience and biobehavioral reviews*, 33(4), 493-497. <http://dx.doi.org/10.1016/j.neubiorev.2009.01.006>
- Coluccia, A., Fagiolini, A., Ferretti, F., Pozza, A., Costoloni, G., Bolognesi, S. y Goracci, A. (2016). Adult obsessive-compulsive disorder and quality of life outcomes: a systematic review and meta-analysis [Trastorno obsesivo-compulsivo en adultos y resultados en la calidad de vida: una revisión sistemática y un metanálisis]. *Asian Journal of Psychiatry*, 22, 41-52. <http://dx.doi.org/10.1016/j.ajp.2016.02.001>
- Copeland WE, Shanahan L, Hinesley J, Chan, R. F., Aberg, K. A., Fairbank, J. A., van den Oord, E. J. C. G. y Costello, J. E. (2018) Association of childhood trauma exposure with adult psychiatric disorders and functional outcomes [Asociación de la exposición a traumas infantiles con trastornos psiquiátricos y resultados funcionales en adultos]. *JAMA Netw Open*, 1(7), e184493. <https://doi.org/10.1001/jamanetworkopen.2018.4493>

- Crawford, T. N., Livesley, W. J., Jang, K. L., Shaver, P. R., Cohen, P. y Ganiban, J. (2007). Insecure attachment and personality disorder: A twin study of adults [Apego inseguro y trastorno de la personalidad: un estudio con gemelos adultos]. *European Journal of Personality*, 21(2), 191-208. <https://doi.org/10.1002/per.602>
- Cromer, K. R., Schmidt, N. B. y Murphy, D. L. (2007). An investigation of traumatic life events and obsessive-compulsive disorder [Una investigación sobre eventos vitales traumáticos y el trastorno obsesivo-compulsivo]. *Behavioral Research and Therapy*, 45(7), 1683-1691. <http://dx.doi.org/10.1016/j.brat.2006.08.018>
- Cuijpers, P., Smit, F., Unger, F., Stikkelbroek, Y., ten Have, M. y de Graaf, R. (2011). The disease burden of childhood adversities in adults: a population-based study [La carga de enfermedad de las adversidades infantiles en adultos: un estudio de base poblacional]. *Child Abuse Negl.* 35,937-945. <https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2011.06.005>
- Cusimano, A. (2018). EMDR in the treatment of adolescent obsessive-compulsive disorder: A case study [EMDR in the treatment of adolescent obsessive-compulsive disorder: A case study]. *Journal of EMDR Practice and Research*, 12(4), 242-254. <http://dx.doi.org/10.1891/1933-3196.12.4.242>
- Dalgleish, T., Black, M., Johnston, D. y Bevan, A. (2020). Transdiagnostic approaches to mental health problems: current status and future directions. *J Consult Clin Psychol*, 88(3), 179-195. <https://doi.org/10.1037/CCP0000482>
- De Silva, P. y Marks, M. (1999). The role of traumatic experiences in the genesis of obsessive-compulsive disorder [El papel de las experiencias traumáticas en la génesis del trastorno obsesivo-compulsivo]. *Behavior Research and Therapy*, 37, 941-951. [http://dx.doi.org/10.1016/S0005-7967\(98\)00185-5](http://dx.doi.org/10.1016/S0005-7967(98)00185-5)
- Dowling, A. L. S., Martz, G. U., Leonard, J. L. y Zoeller, R.T. (2000). Acute changes in maternal thyroid hormone induce rapid and transient changes in gene expression in fetal rat brain [Los cambios agudos en la hormona tiroidea materna inducen cambios rápidos y transitorios en la expresión genética en el cerebro fetal de rata]. *Journal of Neuroscience*, 20(6), 2255-2265. <http://dx.doi.org/10.1523/JNEUROSCI.20-06-02255.2000>
- Drago, H. D. C., Olaya, A. D. B. y Andrade, M. A. C. (2021). El trauma psicológico y las heridas afectivas: Una revisión sobre sus definiciones y abordajes para la clínica psicológica. *Revista de Psicología*, 11(2), 121-143.
- Ellman, L. M., Schetter, C. D., Hobel, C. J., Chicz-DeMet, A., Glynn, L. M. y Sandman, C. A. (2008). Timing of fetal exposure to stress hormones: effects on newborn physical and neuromuscular maturation [Momento de la exposición fetal a las hormonas del estrés: efectos sobre la maduración física y neuromuscular del recién nacido]. *Developmental Psychobiology: The Journal of the International Society for Developmental Psychobiology*, 50(3), 232-241. <http://dx.doi.org/10.1002/dev.20293>
- Fawcett, E. J., Power, H. y Fawcett, J. M. (2020). Women are at greater risk of OCD than men: a meta-analytic review of OCD prevalence worldwide [Las mujeres tienen mayor riesgo de padecer TOC que los hombres: una revisión metaanalítica de la prevalencia del TOC en todo el mundo]. *The Journal of clinical psychiatry*, 81(4), 13075. <https://doi.org/10.4088/jcp.19r13085>
- Finnegan, R. A., Hodges, E. V. y Perry, D. G. (1996). Preoccupied and avoidant coping during middle childhood [Afrontamiento preocupado y evitativo durante la niñez media]. *Child Development*, 67(4), 1318-1328. <http://dx.doi.org/10.2307/1131702>
- Fitz, A. (1990). Religious and familial factors in the etiology of obsessive-compulsive disorder: A review [Factores religiosos y familiares en la etiología del trastorno obsesivo-compulsivo: una revisión]. *Journal of Psychology and Theology*, 18(2), 141-147. <http://dx.doi.org/10.1177/009164719001800204>
- Foa, E. B. y Kozak, M. J. (2004). *Mastery of obsessive-compulsive disorder: A cognitive-behavioral approach therapist guide [Dominio del trastorno obsesivo-compulsivo: una guía para terapeutas con enfoque cognitivo-conductual]*. Oxford University Press.
- Frías Ibáñez, Á., Palma Sevillano, C., Horta Llovet, A. y Bonet Álvarez, J. (2013). Eventos traumáticos en pacientes con trastorno obsesivo compulsivo: implicaciones etiopatogénicas, nosológicas y terapéuticas. *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*, 33(119), 595-601. <https://dx.doi.org/10.4321/S0211-57352013000300009>
- Fusar-Poli P., Solmi M., Brondino, N. Davies, C., Chae, C., Politi, P., Borgwardt, S., Lawrie, S. M. Parnas, J. y McGuire, P. (2019) Transdiagnostic psychiatry: a systematic review [Psiquiatría transdiagnóstica: una revisión sistemática]. *World Psychiatry* 18, 192-207. <https://doi.org/10.1002/wps.20631>
- Gentsch, A. y Kuehn, E. (2022). Manifestaciones clínicas de los recuerdos corporales: El impacto de las experiencias corporales pasadas en la salud mental. *Brain Sci.* 12, 594. <https://doi.org/10.3390/brainsci12050594B>
- Gershuny, B. S., Baer, L., Parker, H., Gentes, E. L., Infield, A. L. y Jenike, M. A. (2008). Trauma and posttraumatic stress disorder in treatment-resistant obsessive-compulsive disorder [Trastorno por trauma y estrés postraumático en el trastorno obsesivo-compulsivo resistente al tratamiento]. *Depression and Anxiety*, 25(1), 69-71. <http://dx.doi.org/10.1002/da.20284>
- Goleman, D. (2011). The brain and emotional intelligence: New insights [El cerebro y la inteligencia emocional: nuevos conocimientos] (Vol. 94). More than sound.
- González, A. y Mosquera, D. (2012). *EMDR y disociación: el abordaje progresivo*. Ediciones Pléyades.
- Gothelf, D., Aharonovsky, O., Horesh, N., Carty, T. y Apter, A. (2004). Life events and personality factors in children and adolescents with obsessive-compulsive disorder and other anxiety disorders [Acontecimientos vitales y factores de personalidad en niños y adolescentes con trastorno obsesivo-compulsivo y otros trastornos de ansiedad]. *Comprehensive Psychiatry*, 45(3), 192-198. <http://dx.doi.org/10.1016/j.comppsy.2004.02.010>
- Harper, S. (2011). An examination of structural dissociation of the personality and the implications for cognitive behavioural therapy [Un examen de la disociación estructural de la personalidad y las implicaciones para la terapia cognitivo conductual]. *The Cognitive Behaviour Therapist*, 4(2), 53-67. <http://dx.doi.org/10.1017/S1754470X11000031>
- Hart, O., Nijenhuis, E. R. y Steele, K. (2008). *El yo atormentado: La disociación estructural y el tratamiento de la traumatización crónica*. Desclée de Brouwer.
- Hensley, B. J. (2010). *Manual básico de EMDR. Desensibilización y reprocesamiento mediante el movimiento de los ojos*. Desclée de Brouwer.
- Hill, M. D. (2020). Adaptive information processing theory: Origins, principles, applications, and evidence [Teoría del procesamiento adaptativo de la información: orígenes, principios, aplicaciones y evidencia]. *Journal of Evidence-Based Social Work*, 17(3), 317-331.
- Hogg, B., Gardoki-Souto, I., Valiente-Gómez, A., Ribeiro, A., Fortea, L., Radua, J., Amann, B. y Moreno-Alcazar, A. (2023). Psychological trauma as a transdiagnostic risk factor for mental disorder: an umbrella meta-analysis [El trauma psicológico como factor de riesgo transdiagnóstico de trastorno mental: un metanálisis general]. *European Archives of Psychiatry and Clinical Neuroscience*, 273, 397-410. <http://dx.doi.org/10.1007/s00406-022-01495-5>
- Hollander, E., De Caria, C. y Liebowitz, M. R. (1989). Biological aspects of obsessive-compulsive disorder [Aspectos biológicos del trastorno obsesivo-compulsivo]. *Psychiatric Annals*, 19(2), 80-87. <http://dx.doi.org/10.3928/0048-5713-19890201-08>

- Holtkamp, K., Müller, B., Heussen, N., Remschmidt, H. y Herpertz-Dahlmann, B. (2005). Depression, anxiety, and obsessiveness in long-term recovered patients with adolescent-onset anorexia nervosa [Depresión, ansiedad y obsesión en pacientes con anorexia nervosa de inicio en la adolescencia que se han recuperado a largo plazo]. *European Child & Adolescent Psychiatry*, 14(2), 106-110. <http://dx.doi.org/10.1007/s00787-005-0431-5>
- Houtepen, L. C., Vinkers, C. H., Carrillo-Roa, T., Hiemstra, M., van Lier, P. A. Meeus, W., Branje, S., Heim, C. M., Nemeroff, C. B., Mill, J., Schalkwyk, L. C., Croyghton, M., P., Kahn, R., Joëls, M., Binder, E. B. y Boks, M. P. M. (2016). Genome-wide DNA methylation levels and altered cortisol stress reactivity following childhood trauma in humans [Niveles de metilación del ADN en todo el genoma y reactividad alterada del cortisol al estrés después de un trauma infantil en humanos]. *Nat Commun*, 7,10967. <https://doi.org/10.1038/ncomms10967>
- Huppert, F. A., Baylis, N. y Keverne, B. (Eds.). (2005). *The science of well-being [La ciencia del bienestar]*. Oxford University Press. <http://dx.doi.org/10.1093/acprof:oso/9780198567523.001.0001>
- Huppert, J. D., Siev, J. y Kushner, E. S. (2007). When religion and obsessive-compulsive disorder collide: Treating scrupulosity in ultra-orthodox Jews [Cuando la religión y el trastorno obsesivo-compulsivo chocan: el tratamiento de la escrupulosidad en los judíos ultraortodoxos]. *Journal of Clinical Psychology*, 63(10), 925-941. <http://dx.doi.org/10.1002/jclp.20404>
- Iglesias-Goya, L. (2020). *EMDR como coadyuvante en el tratamiento del TOC* [Trabajo fin de grado, UNIR]. <https://reunir.unir.net/handle/123456789/9947>
- Jalal, B., Chamberlain, S. R. y Sahakian, B. J. (2023). Obsessive-compulsive disorder: etiology, neuropathology, and cognitive dysfunction [Trastorno obsesivo compulsivo: etiología, neuropatología y disfunción cognitiva]. *Brain and Behavior*, 13(6), e3000. <https://doi.org/10.1002/brb3.3000>
- Jansen, M., Overgaauw, S. y De Bruijn, E. R. (2020). Social cognition and obsessive-compulsive disorder: a review of subdomains of social functioning [Cognición social y trastorno obsesivo-compulsivo: una revisión de los subdominios del funcionamiento social]. *Frontiers in Psychiatry*, 11, 118. <http://dx.doi.org/10.3389/fpsy.2020.00118>
- Jarero, I., Amaya, C., Givaudan, M. y Miranda, A. (2013). EMDR individual protocol for paraprofessional use: A randomized controlled trial with first responders [Protocolo individual de EMDR para uso paraprofesional: un ensayo controlado aleatorio con personal de primera respuesta]. *Journal of EMDR Practice and Research*, 7(2), 55-64. <http://dx.doi.org/10.1891/1933-3196.7.2.55>
- Julien, D., O'Connor, K. y Aardema, F. (2016). The inference-based approach to obsessive-compulsive disorder: A comprehensive review of its etiological model, treatment efficacy, and model of change [El enfoque basado en la inferencia para el trastorno obsesivo-compulsivo: una revisión exhaustiva de su modelo etiológico, la eficacia del tratamiento y el modelo de cambio]. *Journal of Affective Disorders*, 202, 187-196. <http://dx.doi.org/10.1016/j.jad.2016.05.060>
- Keenan, P., Keenan, L., Ingham, C. y Farrell, D. (2014). *Treating obsessive compulsive disorder (OCD) using eye movement desensitisation and reprocessing (EMDR): A case series design [Tratamiento del trastorno obsesivo compulsivo (TOC) mediante desensibilización y reprocesamiento por movimientos oculares (EMDR): diseño de una serie de casos]*. En D. Farrell (Principal), EMDR research symposium. Symposium conducted at 15th EMDR Europe Association Conference, Edinburgh, Scotland.
- Lafleur, D. L., Petty, C., Mancuso, E., McCarthy, E., Biederman, J., Faro, A., Levy, H. C. y Geller, D. A. (2011). Traumatic events and obsessive-compulsive disorder in children and adolescents: is there a link? [Eventos traumáticos y trastorno obsesivo-compulsivo en niños y adolescentes: ¿existe un vínculo?]. *Journal of Anxiety Disorders*, 25(4), 513-519. <http://dx.doi.org/10.1016/j.janxdis.2010.12.005>
- Lagos, A. A. S. y González, P. R. (2021). Experiencias adversas en la infancia, funcionalidad familiar y salud mental. *TS Cuadernos de Trabajo Social*, 22, 11-24. <http://www.tscuadernosdetrabajosocial.cl/index.php/TS/article/view/196>
- Leeds, A. M. (2011). *Guía de protocolos estándar de EMDR para terapeutas, supervisores y consultores*. Desclée de Brouwer.
- Liotti, M. y Mayberg, H. S. (2001). The role of functional neuroimaging in the neuropsychology of depression [El papel de la neuroimagen funcional en la neuropsicología de la depresión]. *Journal of Clinical and Experimental Neuropsychology*, 23(1), 121-136. <http://dx.doi.org/10.1076/jcen.23.1.121.1223>
- Lochner, C., du Toit, P. L., Zungu-Dirwayi, N., Marais, A., van Kradenburg, J., Seedat, S., Niehaus, D. J. H. y Stein, D. J. (2002). Childhood trauma in obsessive-compulsive disorder, trichotillomania, and controls [Trauma infantil en el trastorno obsesivo compulsivo, tricotilomania y controles]. *Depression and Anxiety*, 15(2), 66-68. <http://dx.doi.org/10.1002/da.10028>
- Lochner, C., Seedat, S., Allgulander, C., Kidd, M., Stein, D. y Gerdner, A. (2010). Childhood trauma in adults with social anxiety disorder and panic disorder: a cross-national study [Trauma infantil en adultos con trastorno de ansiedad social y trastorno de pánico: un estudio transnacional]. *African Journal of Psychiatry*, 13(5), 376-381. <http://dx.doi.org/10.4314/ajpsy.v13i5.63103>
- Loewenstein, R. J. (2022). Conceptual foundations for long-term psychotherapy of dissociative identity disorder [Fundamentos conceptuales para la psicoterapia a largo plazo del trastorno de identidad disociativo]. En M. J. Dorahy, S. N. Gold y J. A. O'Neil (Eds.), *Dissociation and the Dissociative Disorders* (pp. 770-789). Routledge.
- Mancini, F. y Gangemi, A. (2004). Fear of guilt from behaving irresponsibly in obsessive-compulsive disorder. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, 35(2), 109-120. <http://dx.doi.org/10.1016/j.jbtep.2004.04.003>
- Marr, J. (2012). EMDR treatment of obsessive-compulsive disorder: Preliminary research. *Journal of EMDR Practice and Research*, 6(1), 2-15. <https://doi.org/10.1891/1933>
- Marsden, Z. (2016). EMDR treatment of obsessive-compulsive disorder: Three cases [Tratamiento EMDR del trastorno obsesivo-compulsivo: tres casos]. *Journal of EMDR Practice and Research*, 10(2), 91-103. <http://doi.org/10.1891/1933-3196.10.2.91>
- Marsden, Z., Lovell, K., Blore, D., Ali, S. y Delgadillo, J. (2018). A randomized controlled trial comparing EMDR and CBT for obsessive-compulsive disorder [Un ensayo controlado aleatorio que compara EMDR y TCC para el trastorno obsesivo-compulsivo]. *Clinical Psychology & Psychotherapy*, 25(1), e10-e18.
- Martins, M. F. y da Silva, M. R. (2022). Estudio sobre transtornos obsesivo-compulsivos: diagnóstico, influências dos mecanismos neuropsicológicos, causas e tratamento. *Multitemas*, 27(67), 89-110. <https://doi.org/10.20435/multi.v27i67.3559>
- Mazzoni, G. P., Pozza, A., La Mela, C. y Fernandez, I. (2017). CBT combined with EMDR for resistant refractory obsessive-compulsive disorder report of three cases [TCC combinada con EMDR para el trastorno obsesivo-compulsivo refractario resistente: informe de tres casos]. *Clinical Neuropsychiatry*, 14(5), 345-356.
- McKeon, J., Roa, B. y Mann, A. (1984). Life events and personality traits in obsessive-compulsive neurosis [Acontecimientos vitales y rasgos de

- personalidad en la neurosis obsesivo-compulsiva]. *British Journal of Psychiatry*, 144(2), 185-189. <http://dx.doi.org/10.1192/bjp.144.2.185>
- McLaughlin, K. A., Colich, N. L., Rodman, A. M. y Weissman, D. G. (2020). Mechanisms linking childhood trauma exposure and psychopathology: a transdiagnostic model of risk and resilience [Mecanismos que vinculan la exposición al trauma infantil y la psicopatología: un modelo transdiagnóstico de riesgo y resiliencia]. *BMC Med*, 18, 1-11. <https://doi.org/10.1186/s12916-020-01561-6>
- Morillo-Prats, C. (2004). *De los pensamientos intrusos a las obsesiones: un acercamiento metacognitivo al trastorno obsesivo compulsivo* [Tesis Doctoral, Universitat de València].
- Moritz, S., Fink, J., Miegel, F., Nitsche, K., Kraft, V., Tonn, P. y Jelinek, L. (2018). Obsessive-compulsive disorder is characterized by a lack of adaptive coping rather than an excess of maladaptive coping [El trastorno obsesivo-compulsivo se caracteriza por una falta de afrontamiento adaptativo en lugar de un exceso de afrontamiento desadaptativo]. *Cognitive Therapy and Research*, 42(5), 650-660. <http://dx.doi.org/10.1007/s10608-018-9902-0>
- Mosquera, D., González, A. y Leeds, A. M. (2014). Early experience, structural dissociation, and emotional dysregulation in borderline personality disorder: the role of insecure and disorganized attachment [Experiencia temprana, disociación estructural y desregulación emocional en el trastorno límite de la personalidad: el papel del apego inseguro y desorganizado]. *Borderline Personality Disorder and Emotion Dysregulation*, 1(1), 1-8. <http://dx.doi.org/10.1186/2051-6673-1-15>
- Mowrer, D. (1971). Transfer of training in articulation therapy [Transferencia de formación en terapia articular]. *Journal of Speech and Hearing Disorders*, 36(4), 427-446. <http://dx.doi.org/10.1044/jshd.3604.427>
- Nacasch, N., Fostick, L. y Zohar, J. (2011). High prevalence of obsessive-compulsive disorder among posttraumatic stress disorder patients [Alta prevalencia de trastorno obsesivo-compulsivo entre pacientes con trastorno de estrés posttraumático]. *European Neuropsychopharmacology*, 21(12), 876-879. <http://dx.doi.org/10.1016/j.euroneuro.2011.03.007>
- Nazari, H., Momeni, N., Jariani, M. y Tarrahi, M. J. (2011). Comparison of eye movement desensitization and reprocessing with citalopram in treatment of obsessive-compulsive disorder [Comparación de la desensibilización y reprocesamiento mediante movimientos oculares con citalopram en el tratamiento del trastorno obsesivo-compulsivo]. *International journal of psychiatry in clinical practice*, 15(4), 270-274. <http://dx.doi.org/10.3109/13651501.2011.590210>
- Nijenhuis, E., van der Hart, O. y Steele, K. (2010). Trauma-related structural dissociation of the personality [Disociación estructural de la personalidad relacionada con el trauma]. *Activitas Nervosa Superior*, 52(1), 1-23. <http://dx.doi.org/10.1007/BF03379560>
- Oakley, B., & Sejnowski, T. J. (2021). *Uncommon sense teaching: Practical insights in brain science to help students learn*. Penguin.
- O'Connor, K. y Audet, J. S. (2019). OCD is not a phobia: an alternative conceptualization of OCD [El TOC no es una fobia: una conceptualización alternativa del TOC]. *Clinical Neuropsychiatry*, 16(1), 39-46. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC8650207/>
- WHO. (2020). *The mental health atlas*. <https://www.who.int/publications/item/9789240036703>
- Pallanti, S., Grassi, G., Sarrecchia, E. D., Cantisani, A. y Pellegrini, M. (2011). Obsessive-compulsive disorder comorbidity: clinical assessment and therapeutic implications [Comorbilidad del trastorno obsesivo-compulsivo: evaluación clínica e implicaciones terapéuticas]. *Frontiers in Psychiatry*, 2, 70. <https://doi.org/10.3389/fpsy.2011.00070>
- Pardo, M., Sandín, B., Valiente, R. M. y Chorot, P. (2022). Factores de riesgo y de protección asociados al trastorno obsesivo compulsivo en niños y adolescentes: Una revisión sistemática. *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica*, 27(3), 217-232. <https://doi.org/10.5944/rppc.31598>
- Pascual-Vera, B., Ángeles Ruiz, M. y Belloch, A. (2022). Hacia la comprensión de factores comunes entre trastornos clínicamente distintos: Las intrusiones mentales en el espectro obsesivo-compulsivo. *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica*, 27(1). <https://doi.org/10.5944/rppc.30174>
- Pauls, D. L., Abramovitch, A., Rauch, S. L. y Geller, D. A. (2014). Obsessive-compulsive disorder: an integrative genetic and neurobiological perspective [Trastorno obsesivo-compulsivo: una perspectiva integradora genética y neurobiológica]. *Nature Reviews Neuroscience*, 15(6), 410-424. <http://dx.doi.org/10.1038/nrn3746>
- Pérez-Acosta, A. M. (2005). Fundamentos de las terapias de exposición contra las fobias: Una propuesta teórica integradora de la conducta de evitación. *Terapia Psicológica*, 23(1), 25-35.
- Perry, N. B., Calkins, S. D., Nelson, J. A., Leerkes, E. M. y Marcovitch, S. (2012). Mothers' responses to children's negative emotions and child emotion regulation: The moderating role of vagal suppression [Respuestas de las madres a las emociones negativas de los niños y regulación emocional infantil: el papel moderador de la supresión vagal]. *Developmental P*, 54(5), 503-513. <http://dx.doi.org/10.1002/dev.20608>
- Pinillos, I. (2010). Un modelo estructural funcional de los trastornos obsesivo compulsivos. *Clínica Contemporánea*, 1(3), 183-202. <https://doi.org/10.5093/cc2010v1n3a3>.
- Pittenger, C. (2021). Pharmacotherapeutic strategies and new targets in OCD [Estrategias farmacoterapéuticas y nuevos objetivos en el TOC]. *The Neurobiology and Treatment of OCD: Accelerating Progress*, 49, 331-384. [https://doi.org/10.1007/7854\\_2020\\_204](https://doi.org/10.1007/7854_2020_204)
- Pozza, A., Mazzoni, G. P., Neri, M. T., Bisciglia, R., La Mela, C., Fernandez, I. y Dettore, D. (2014). "Tackling trauma to overcome OCD resistance" (the TTOOR Florence trial) efficacy of EMDR plus CBT versus CBT alone for inpatients with resistant obsessive compulsive disorder. Protocol for a randomized comparative outcome trial ["Abordar el trauma para superar la resistencia del TOC" (estudio TTOOR de Florencia): eficacia de la terapia EMDR más TCC frente a la TCC sola en pacientes hospitalizados con trastorno obsesivo compulsivo resistente. Protocolo para un ensayo comparativo aleatorizado de resultados]. *American Journal of Applied Psychology*, 2(5), 114-122. <https://doi.org/10.12691/ajap-2-5-3>
- Pozza, A., Starcevic, V., Ferretti, F., Pedani, C., Crispino, R., Governi, G., Luchi, S., Gallorini, A., Lochner, C. y Coluccia, A. (2021). Obsessive-compulsive personality disorder co-occurring in individuals with obsessive-compulsive disorder: a systematic review and meta-analysis [Trastorno de personalidad obsesivo-compulsivo coexistente en individuos con trastorno obsesivo-compulsivo: una revisión sistemática y un metanálisis]. *Harvard Review of Psychiatry*, 29(2), 95-107. <https://doi.org/10.1097/HRP.0000000000000287>
- Puig, V. F., Hernando, N. F. y Bernal, J. S. (2021). Procesos de reactivación y reconsolidación de las memorias implícitas: Interacción entre neurociencias y psicoterapias. *Revista de Psicoterapia*, 32(119), 67-80. <https://doi.org/10.33898/rdp.v32i119.858>
- Rachman, S. (1980). Emotional processing [Procesamiento emocional]. *Behaviour Research And Therapy*, 18(1), 51-60. [https://doi.org/10.1016/0005-7967\(80\)90069-8](https://doi.org/10.1016/0005-7967(80)90069-8)
- Rachman, S. (1993). Obsessions, responsibility and guilt [Obsesiones, responsabilidad y culpa]. *Behaviour Research and Therapy*, 31(2), 149-154. [http://dx.doi.org/10.1016/0005-7967\(93\)90066-4](http://dx.doi.org/10.1016/0005-7967(93)90066-4)
- Radomsky, A. S. y Taylor, S. (2005). Subtyping OCD: Prospects and problems [Subtipificación del TOC: perspectivas y problemas]. *Behavior Therapy*, 36(4), 371-379. [http://dx.doi.org/10.1016/S0005-7894\(05\)80119-4](http://dx.doi.org/10.1016/S0005-7894(05)80119-4)

- Salkovskis, P. M. (1989). Cognitive-behavioural factors and the persistence of intrusive thoughts in obsessional problems [Factores cognitivo-conductuales y persistencia de pensamientos intrusivos en problemas obsesivos]. *Behaviour Research and Therapy*, 27(6), 677-682.
- Sametoğlu, S., Denissen, J. J., De Clercq, B. y De Caluwé, E. (2022). Towards a better understanding of adolescent obsessive-compulsive personality traits and obsessive-compulsive symptoms from growth trajectories of perfectionism [Hacia una mejor comprensión de los rasgos de personalidad obsesivo-compulsiva de los adolescentes y de los síntomas obsesivo-compulsivos a partir de trayectorias de crecimiento del perfeccionismo]. *Development and Psychopathology*, 34(4), 1468-1476.
- Sandín, B., Chorot, P. y Valiente, R. M. (2012). Transdiagnóstico: nueva frontera en psicología clínica. *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica*, 17(3), 185-203. <https://pdfs.semanticscholar.org/cff2/045e4d5ff7eb7159d995ddf4ecec5b0d7fd48.pdf>
- Sandman, C. A., Glynn, L., Wadhwa, P. D., Chic-DeMet, A., Porto, M. y Garite, T. (2003). Maternal hypothalamic-pituitary-adrenal dysregulation during the third trimester influences human fetal responses [La disregulación hipotálamo-hipofisario-suprarrenal materna durante el tercer trimestre influye en las respuestas fetales humanas]. *Developmental Neuroscience*, 25(1), 41-49. <http://dx.doi.org/10.1159/000071467>
- Sasson, Y., Dekel, S., Nacasch, N., Chopra, M., Zinger, Y., Amital, D. y Zohar, J. (2005). Posttraumatic obsessive-compulsive disorder: A case series [Trastorno obsesivo-compulsivo postraumático: una serie de casos]. *Psychiatry Research*, 135(2), 145-152. <http://dx.doi.org/10.1016/j.psychres.2004.05.026>
- Shaker, A. y Homeyli, N. (2011). Comparing parental bonding and attachment styles in patients with obsessive-compulsive disorder, generalized anxiety and depression [Comparación de los vínculos y estilos de apego parental en pacientes con trastorno obsesivo-compulsivo, ansiedad generalizada y depresión]. *Journal of Jahrom University of Medical Sciences*, 9(3), 19-25. <dx.doi.org/10.29252/jmj.9.3.4>.
- Shapiro, F., Vogelmann-Sine, S. y Sine, L. F. (1994). Eye movement desensitization and reprocessing: Treating trauma and substance abuse [Desensibilización y reprocesamiento mediante movimientos oculares: tratamiento del trauma y el abuso de sustancias]. *Journal of psychoactive drugs*, 26(4), 379-391. <https://doi.org/10.1080/02791072.1994.10472458>
- Shapiro, F. (2006). New notes on adaptive information processing perspective [Nuevas notas sobre la perspectiva del procesamiento adaptativo de la información]. En F. Shapiro, F. Kaslow, F. y Maxfield, L. (Eds.), *Handbook of EMDR and family therapy processes* (pp.3-36). Wiley.
- Shapiro, F. y Liliotis, D. (2011). EMDR and the adaptive information processing model: Integrative treatment and case conceptualization [EMDR y el modelo de procesamiento adaptativo de la información: tratamiento integrador y conceptualización de casos]. *Clinical Social Work Journal*, 39(2), 191-200. <http://dx.doi.org/10.1007/s10615-010-0300-7>
- Siegel, D. J. (2007). *La mente en desarrollo. Cómo interactúan las relaciones y el cerebro para modelar nuestro ser*. Desclée de Brouwer.
- Siegel, D. J. y Payne, T. F. (2012). *El cerebro del niño*. Alba Editorial.
- Sigaud, R. y de Campos, F. S. (2021). *Perturbações silenciosas: a dissociação como trauma relacional [Perturbaciones silenciosas: la disociación como trauma relacional]*. Editora Appris.
- Silberg, J. L. y Bulik, C. M. (2005). The developmental association between eating disorders symptoms and symptoms of depression and anxiety in juvenile twin girls [Asociación evolutiva entre los síntomas de los trastornos alimentarios y los síntomas de depresión y ansiedad en niñas gemelas jóvenes]. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 46(12), 1317-1326. <http://dx.doi.org/10.1111/j.1469-7610.2005.01427.x>
- Solomon, R. M. y Shapiro, F. (2014). EMDR y el modelo del procesamiento adaptativo de la información: Mecanismos potenciales del cambio. *Journal of EMDR Practice and Research*, 8(3), E96. <https://doi.org/10.1891/1933-3196.8.3.96>
- Spinazzola, J., Van der Kolk, B. y Ford, J. D. (2021). Developmental trauma disorder: A legacy of attachment trauma in victimized children [Trastorno traumático del desarrollo: un legado del trauma del apego en niños victimizados]. *Journal of Traumatic Stress*, 34(4), 711-720. <https://doi.org/10.1002/jts.22697>
- Subdirección General de Información Sanitaria. (2021). *Salud mental en datos: prevalencia de los problemas de salud y consumo de psicofármacos y fármacos relacionados a partir de registros clínicos de atención primaria*. Base de Datos Clínicos de Atención Primaria-BDCAP. Series N° 2 (35-37) Sistema Nacional de Salud. Ministerio de Sanidad. [https://www.sanidad.gob.es/estadEstudios/estadisticas/estadisticas/estMinisterio/SIAP/Salud\\_mental\\_datos.pdf](https://www.sanidad.gob.es/estadEstudios/estadisticas/estadisticas/estMinisterio/SIAP/Salud_mental_datos.pdf)
- Sweeton, J. (2022). *Tratar el trauma: 165 técnicas y consejos para avanzar en la recuperación*. Editorial Sirio.
- Tallis, F. (1994). Obsessions, responsibility and guilt: two case reports suggesting a common and specific aetiology [Obsesiones, responsabilidad y culpa: informes de dos casos que sugieren una etiología común y específica]. *Behaviour Research and therapy*, 32(1), 143-145. [http://dx.doi.org/10.1016/0005-7967\(94\)90096-5](http://dx.doi.org/10.1016/0005-7967(94)90096-5)
- Taylor, S. (2012). Endophenotypes of obsessive-compulsive disorder: Current status and future directions [Endofenotipos del trastorno obsesivo-compulsivo: estado actual y direcciones futuras]. *Journal of Obsessive-Compulsive and Related Disorders*, 1(4), 258-262. <http://dx.doi.org/10.1016/j.jocrd.2012.06.004>
- Troisi, A. y Troisi, A. (2020). Anxiety Disorders, OCD, and PTSD [Trastornos de ansiedad, TOC y TEPT]. *Bariatric Psychology and Psychiatry*, 77-85.
- Vallejo, M. S., Rodrigo, C. P. y Ruiz, J. P. (2018). Formación continuada en psiquiatría clínica: autoevaluación razonada (xxvi): trastorno obsesivo compulsivo. tocs y trastornos relacionados. *Norte de Salud Mental*, 15(58), 61-64. <https://dialnet.unirioja.es/descarga/articulo/6549727.pdf>
- van der Hart, O., Nijenhuis, E., Steele, K. y Brown, D. (2004). Trauma-related dissociation: Conceptual clarity lost and found [Disociación relacionada con el trauma: pérdida y recuperación de la claridad conceptual]. *Australian y New Zealand Journal of Psychiatry*, 38(11-12), 906-914. <https://doi.org/10.1080/j.1440-1614.2004.01480.x>
- van Den Heuvel, O. A., Remijnse, P. L., Mataix-Cols, D., Vrenken, H., Groenewegen, H. J., Uylings, H. B., van Balkom, A. J. L. M. y Veltman, D. J. (2009). The major symptom dimensions of obsessive-compulsive disorder are mediated by partially distinct neural systems [Las principales dimensiones de los síntomas del trastorno obsesivo-compulsivo están mediadas por sistemas neuronales parcialmente distintos]. *Brain*, 132(4), 853-868. <http://dx.doi.org/10.1093/brain/awn267>
- van der Kolk, B. (2014). *El cuerpo lleva la cuenta: Cerebro, mente y cuerpo en la superación del trauma*. Eleftheria.
- van der Kolk, B. A., McFarlane, A. C. y Weisaeth, L. (2012). *Traumatic stress: The effects of overwhelming experience on mind, body, and society [Estrés traumático: los efectos de una experiencia abrumadora en la mente, el cuerpo y la sociedad]*. Guilford Press.
- van den Leeuwen, W. A., Van Wingen, G. A., Luyten, P., Denys, D. y Van Marle, H. J. F. (2020). Attachment in OCD: A meta-analysis [El apego en el TOC: un metaanálisis]. *Journal of Anxiety Disorders*, 70, 102187. <http://dx.doi.org/10.1016/j.janxdis.2020.102187>

- Vargas, A., Cortes-Jofre, M. y Ortiz-Muñoz, L. E. (2023). Efectividad de la exposición y la prevención de la respuesta combinada con la farmacoterapia para el trastorno obsesivo compulsivo: una revisión sistemática y un metaanálisis. <https://osf.io/preprints/4hwjq/>
- Wadhwa, P. D. (2000). The influence of corticotropin-releasing hormone on human fetal development and parturition [Influencia de la hormona liberadora de corticotropina en el desarrollo fetal y el parto humano]. *Journal of Prenatal y Perinatal Psychology y Health*, 14(3/4), 243-256. [https://apphjournal.birthpsychology.com/wp-content/uploads/journal/published\\_paper/volume-14/issue-3/YHO9PpsD.pdf](https://apphjournal.birthpsychology.com/wp-content/uploads/journal/published_paper/volume-14/issue-3/YHO9PpsD.pdf)
- Vega-Dienstmaier, J. M. (2016). Avances en el tratamiento farmacológico del trastorno obsesivo compulsivo. *Revista de Neuro-Psiquiatría*, 79(4), 239-246. <https://dx.doi.org/10.20453/rnp.v79i4.2978>
- Williams, M. T., Hennessy, M. B. y Davis, H. N. (1995). CRF administered to pregnant rats alters offspring behavior and morphology [El CRF administrado a ratas preñadas altera el comportamiento y la morfología de las crías]. *Pharmacology Biochemistry and Behavior*, 52(1), 161-167. [http://dx.doi.org/10.1016/0091-3057\(95\)00082-8](http://dx.doi.org/10.1016/0091-3057(95)00082-8)
- World Health Organization. (2022). International Classification of Diseases, Eleventh Revision [Clasificación Internacional de Enfermedades, Undécima Revisión] (ICD-11). <https://icd.who.int/browse11>.