

# ¿QUÉ ES EL TRASTORNO OBSESIVO-COMPULSIVO?



**DATOS ESENCIALES • SÍNTOMAS • FAMILIAS • TRATAMIENTOS**



Mental Illness Research, Education, and Clinical Center  
VA Desert Pacific Healthcare Network  
Long Beach VA Healthcare System  
Education and Dissemination Unit 06/116A  
5901 E. 7th Street / Long Beach, CA 90822

El trastorno obsesivo-compulsivo (TOC) es un trastorno psiquiátrico caracterizado por la presencia de obsesiones y/o compulsiones. Las obsesiones son pensamientos, imágenes o impulsos repetidos no deseados que causan malestar y ansiedad significativos. Las compulsiones son comportamientos repetitivos o actos mentales que una persona siente que debe hacer, generalmente en respuesta a una obsesión. Las experiencias de personas con TOC varían mucho en cuanto a los síntomas específicos. Por ejemplo, una persona puede estar excesivamente preocupada por los gérmenes o la contaminación y pasar cantidades excesivas de tiempo lavando o limpiando, mientras que otra persona puede tener imágenes violentas o sexuales perturbadoras que luchan por controlar. Algunos pueden contar de forma compulsiva en sus cabezas para tratar de contrarrestar pensamientos o impulsos “malos”, mientras que otros tienen dificultades para salir de su casa porque centran su atención en revisar que la puerta esté cerrada con llave o que la estufa esté apagada.

*El TOC se caracteriza por la presencia de obsesiones y/o compulsiones. Las experiencias de personas con TOC varían mucho en cuanto a los síntomas específicos.*

## Prevalencia

Entre el 2-3% de las personas padecerán TOC en algún momento de su vida. Prácticamente todos experimentamos pensamientos no deseados y practicamos algunos comportamientos rituales de vez en cuando. Sin embargo, también es muy común experimentar síntomas de TOC y no cumplir con todos los criterios para este trastorno. En un estudio a gran escala, se descubrió que más de una cuarta parte de las personas reportaron haber experimentado obsesiones y/o compulsiones en algún momento de su vida, pero sus síntomas no fueron lo suficientemente graves como para justificar un diagnóstico de TOC. Las mujeres experimentan el TOC a una tasa ligeramente más alta que los hombres. Además, el TOC puede encontrarse en personas de cualquier nivel de educación e ingresos. Las tasas de prevalencia a nivel internacional son similares a las de los EE. UU.

*Entre 2 a 3% de las personas padecerán TOC en algún momento de su vida, pero muchas más personas experimentarán síntomas del TOC y no cumplirán con todos los criterios para este trastorno.*



## Curso del TOC

La edad promedio de inicio del TOC en los EE. UU. es al final de la adolescencia o alrededor de los veinte años. Sin embargo, el TOC puede comenzar desde la infancia, y aproximadamente una cuarta parte de los casos surgen antes de los 14 años. Es más común que el trastorno se inicie a una edad más temprana en los hombres. Si no se trata, el TOC tiende a ser una afección crónica, en la que a menudo la severidad de los síntomas fluctúa con el tiempo. Algunas personas pueden experimentar episodios agudos de TOC en momentos de estrés, pero los síntomas remiten después de un período de tiempo. Tanto el embarazo como el período posparto se asocian con un mayor riesgo de desarrollar TOC o un empeoramiento de los síntomas en mujeres con antecedentes de TOC. La mayoría de las personas con TOC tienen además al menos un trastorno coexistente. El TOC tiende a ocurrir junto con trastornos de ansiedad o del estado de ánimo.

*La edad promedio de inicio del TOC al final de la adolescencia o alrededor de los veinte años. Sin embargo, puede comenzar desde la infancia. La mayoría de las personas con TOC tienen además al menos un trastorno coexistente.*

## Causas

No existe una respuesta simple sobre qué causa el TOC ya que varios factores pueden influir en la aparición del trastorno. Estos pueden incluir un historial genético o familiar de TOC u otros trastornos de ansiedad, factores biológicos, vulnerabilidad psicológica, eventos vitales y estresores ambientales.

Si bien no existe un “gen del TOC” y no se sabe mucho sobre el papel que los genes cumplen en el desarrollo del TOC, es probable que varios genes contribuyan al desarrollo del trastorno. Se piensa que los genes desempeñan un papel más importante en las personas que tienen síntomas de TOC a una edad más temprana.

Además de la genética, muchos científicos creen que existe una contribución biológica al desarrollo y mantenimiento del TOC, como un desequilibrio en sustancias químicas del cerebro, como el glutamato. Además, a partir de estudios de imágenes cerebrales se ha descubierto que las personas con TOC tienen diferencias en la estructura cerebral y poseen un funcionamiento anormal en circuitos del cerebro, en comparación con las personas sin el trastorno. Para algunas mujeres, las hormonas parecerían estar fuertemente relacionadas con el TOC, ya que el inicio y el empeoramiento de los síntomas están asociados con la menstruación, el embarazo y el período posparto.

Hay varios factores en la personalidad que aumentan el riesgo de una persona de desarrollar TOC. Las personas con un temperamento más ansioso experimentan un riesgo mayor. La forma en la que una persona responde a los pensamientos angustiantes también puede ser un factor de riesgo. Es normal tener pensamientos fuera de lugar o intrusivos de vez en cuando. Por ejemplo, una persona puede tener pensamientos violentos o impulsos sexuales angustiantes. Si bien la mayoría de las personas puede desestimar estos pensamientos fácilmente, quienes desarrollan el TOC tienden a preocuparse y dar sentido a estos pensamientos, lo que lleva al desarrollo de obsesiones. Otros factores de la personalidad que están asociados con el desarrollo del TOC son las tendencias a ser exageradamente supersticioso, a sentirse excesivamente culpable o a ser muy moralista. Por ejemplo, las personas que tienden a experimentar mucha culpa tienen dificultades para descartar pensamientos angustiantes e intrusivos. En su lugar, podrían tratar de suprimir activamente el pensamiento o comportarse de alguna manera para contrarrestarlo (compulsiones). De manera similar,

aquellos que son muy moralistas y tienen un fuerte sentido del bien y del mal pueden también tener dificultades para descartar un pensamiento que perciben como malo (por ejemplo, un pensamiento religioso blasfemo).

Ninguno de estos factores de riesgo por sí solos causa el TOC. Los eventos estresantes de la vida y los factores ambientales a menudo también contribuyen. Estos factores pueden incluir la pérdida, el trauma, el abuso o eventos estresantes en la vida adulta. Estos pueden ser eventos negativos como la muerte de un ser querido, un divorcio, el estrés financiero o la pérdida de un empleo. También pueden ser eventos positivos importantes de la vida, como casarse, tener un bebé u obtener un ascenso en el trabajo. Los eventos estresantes no parecen causar TOC, pero pueden empeorar

los síntomas de forma significativa.

En resumen, aunque no está claro exactamente cómo se produce el TOC, hay muchos posibles factores que podrían influir, y es probable que estos factores no sean los mismos en todas las personas. Es importante tener en cuenta que existen tratamientos efectivos para el TOC, aunque la causa no sea comprendida por completo.

*Aunque se desconoce mucho sobre qué causa el TOC, los factores de riesgo pueden incluir los antecedentes genéticos o familiares de TOC u otros trastornos de ansiedad, factores biológicos, vulnerabilidad psicológica, eventos de la vida y estresores ambientales.*

## diagnóstico y síntomas

El TOC no se puede diagnosticar con un análisis de sangre, una tomografía axial computarizada (TAC) o cualquier otra prueba biológica o de laboratorio. La única forma de diagnosticar el TOC es con una entrevista clínica, en la que el entrevistador le preguntará al paciente acerca de los síntomas del TOC y el grado de malestar e interferencia que este le genera. Un examen físico también es importante para descartar causas médicas subyacentes de los síntomas.

Un diagnóstico de TOC se caracteriza por la presencia de obsesiones y/o compulsiones. La mayoría de las personas con un diagnóstico de TOC tiene ambos síntomas, pero algunos pueden tener solo uno de los dos. Las obsesiones se definen como pensamientos, impulsos o imágenes recurrentes y persistentes que la persona experimenta como no deseados e intrusivos. Estos suelen causar un alto grado de malestar o ansiedad. Las obsesiones suelen ir acompañadas de intentos de deshacerse de ellas, ya sea ignorándolas, suprimiéndolas o neutralizándolas con otro pensamiento, o realizando una compulsión. Las compulsiones son comportamientos repetitivos (p. ej., lavado de manos y verificaciones constantes de cerraduras) o actos mentales (p. ej., contar o repetir palabras) que una persona se siente obligada a hacer. Las compulsiones son en respuesta a una obsesión o a un conjunto de reglas rígidas que los individuos han establecido para sí mismos. Las compulsiones generalmente se hacen para reducir la ansiedad o molestia o para evitar que se produzcan consecuencias terribles percibidas. El acto compulsivo no siempre está relacionado de forma lógica con la obsesión. Por ejemplo, una persona puede contar para contrarrestar el pensamiento intrusivo de hacerle daño a los demás. Si la compulsión está relacionada con la obsesión, como revisar la estufa para contrarrestar los temores de un incendio, la compulsión debe ser excesiva para que se la considere un síntoma.

Para ser diagnosticado con TOC, estos síntomas deben ser lo suficientemente graves como para interferir con el funcionamiento diario de una persona, causar un malestar significativo o requerir una gran inversión de tiempo (al menos una hora al día). Además, estos síntomas no pueden ser causados por efecto de alguna sustancia u otra condición médica y no pueden ser explicados con ningún otro trastorno mental.

*La única forma de diagnosticar el TOC es con una entrevista clínica, en la que el entrevistador le preguntará al paciente acerca de los síntomas del TOC y el grado de malestar e interferencia que este le genera.*



# trastornos psiquiátricos similares

Hay algunos trastornos psiquiátricos que los profesionales de la salud mental consideran que están relacionados con el TOC debido a la superposición de síntomas, desarrollo de la enfermedad y factores de riesgo. Los comportamientos repetitivos también son un componente de estos trastornos. Por ejemplo, el síndrome de acaparador compulsivo se caracteriza por una acumulación compulsiva de pertenencias y una dificultad extrema para desecharlas, lo que genera una gran cantidad de desorden en el entorno de la persona. Una persona con obsesiones y compulsiones que están relacionadas únicamente con un aspecto de su apariencia puede ser diagnosticada con un trastorno dismórfico corporal. La tricotilomanía (extracción de pelo compulsiva) y la dermatilomanía (manía de rascar, pellizcar o excoriar la propia piel) también se consideran trastornos relacionados con el TOC. Sin embargo, estos trastornos relacionados no se tratan necesariamente de la misma manera que se trata el TOC.

El TOC también comparte síntomas con trastornos psiquiátricos no relacionados. Si las obsesiones de una persona están relacionadas únicamente con la comida y el peso, se podría diagnosticar un trastorno alimentario. El trastorno de ansiedad generalizada se caracteriza por una preocupación excesiva, que puede parecer similar

a una obsesión. La diferencia es que, en el trastorno de ansiedad generalizada, las preocupaciones tienden a ser sobre preocupaciones de la vida real, mientras que las obsesiones tienden a ser menos realistas y más inusuales. La depresión mayor a menudo se caracteriza por rumiaciones que también pueden asemejarse a las obsesiones. Sin embargo, las rumiaciones tienden a ser menos angustiosas e intrusivas que las obsesiones. El trastorno de tic, que a veces se confunde con el TOC, se caracteriza por movimientos motores o vocalizaciones repentinos y rápidos. Los tics difieren de las compulsiones del TOC en que los tics a menudo se experimentan como involuntarios y ocurren muy rápidamente. Los comportamientos compulsivos también se observan en varios otros trastornos de salud mental, como en los trastornos de consumo de alcohol o sustancias.

*Hay algunos trastornos psiquiátricos que los profesionales de la salud mental consideran que están relacionados con el TOC debido a la superposición de síntomas, curso de la enfermedad y factores de riesgo. El TOC también comparte síntomas con trastornos psiquiátricos no relacionados.*

## tratamiento

Existen diferentes tipos de tratamiento disponibles para las personas con TOC, como los medicamentos y la psicoterapia. Para aquellos con un caso leve de TOC, la psicoterapia por sí sola puede ser efectiva, mientras que aquellos con síntomas más severos suelen beneficiarse a su vez de los medicamentos. Para muchos, la combinación de ambos podría ser la opción más efectiva. Los tratamientos enumerados a continuación son aquellos que a partir de las investigaciones han demostrado ser efectivos para las personas con TOC. Se consideran prácticas basadas en la evidencia.

### Medicamentos

La sección titulada “Medicamentos: lo que debe saber” (páginas 6-7) brinda información sobre los medicamentos utilizados para tratar el TOC.

### Terapia Cognitivo-Conductual (TCC)

La investigación muestra que la terapia cognitivo-conductual (TCC) es el tratamiento más eficaz para el TOC. La TCC es una combinación de dos tipos de terapias: terapia cognitiva y terapia conductual, y se puede administrar de manera individual o grupal. Los familiares también pueden participar en el tratamiento y pueden ayudar a reforzar los conceptos del mismo. La TCC comienza con una evaluación exhaustiva de los síntomas. Con esta información, el terapeuta brindará educación sobre el TOC y la adaptará a los síntomas específicos de la persona. Particularmente, el terapeuta abordará cómo se originan y mantienen las obsesiones y cómo los comportamientos del TOC (compulsiones, búsqueda de reafirmación y la evitación) se incorporan al ciclo del TOC.

El componente cognitivo de la TCC se enfoca en los pensamientos y creencias de una persona y se usa a menudo para ayudar a las personas con TOC a cambiar la forma en que piensan acerca de sus pensamientos obsesivos. Por ejemplo, si una persona cree que actuará según sus pensamientos obsesivos perturbadores, el terapeuta lo ayudará a ver que tener un pensamiento sexual o violento no es lo mismo que actuar de manera inmoral o violenta.

En el componente conductual de la TCC, la exposición con prevención de respuesta (EPR) es un componente clave del tratamiento. Esta intervención consiste en ayudar a las personas a enfrentar lo que temen de forma gradual, como por ejemplo salir de casa sin cerrar con llave, y luego ayudarles a resistir el impulso de realizar una compulsión, que en este caso sería revisar repetidamente la cerradura.

Las exposiciones pueden realizarse en la situación real (in vivo) y/o por medio de la imaginación. La EPR puede ser muy incómoda y producir ansiedad. Sin embargo, a través de la exposición repetida a pensamientos y situaciones temidas, combinada con resistir comportamientos compulsivos, las personas aprenden que pueden tolerar la angustia y el malestar, lo que finalmente los llevará a experimentar una disminución en los síntomas del TOC. Para obtener más práctica haciendo exposiciones, a menudo se les indica a las personas que hagan exposiciones entre sesiones como tarea de terapia.

Muchas personas con TOC buscan ser aplacadas por otras personas (por ejemplo, “Está cerrada con llave la puerta” o “Soy una mala persona”). En la TCC, la persona aprenderá sobre cómo la búsqueda de reafirmación contribuye al ciclo de OCD. Se les pedirá que se abstengan de buscar reafirmación para que puedan aprender a tolerar su ansiedad.

### Terapia de Aceptación y Compromiso

La terapia de aceptación y compromiso (ACT), por sus siglas en inglés es un tratamiento más reciente que ha sido usado para el TOC. Existen pocos estudios sobre el ACT y TOC, pero los estudios realizados hasta ahora son prometedores. Un objetivo general de la ACT es ayudar a las personas a identificar lo que más valoran en sus vidas, como la familia, el trabajo, las relaciones sociales y la comunidad, y ayudarlos a tomar acciones que los ayuden a vivir en concordancia con estos valores personales. En la ACT, las personas se enfocan en aceptar sus obsesiones desagradables en lugar de luchar contra ellas. Las personas practican como desconectarse de los pensamientos obsesivos y aprenden que el tener pensamientos negativos no refleja perjudicialmente en quiénes son como personas. La ACT también utiliza la conciencia plena para vivir más en el presente. Las personas que practican la conciencia plena regularmente pueden aprender a ser menos críticos y reactivos y a aceptar mejor sus pensamientos y emociones negativas. La conciencia plena puede enseñar a las personas con TOC a simplemente observar sus síntomas, en lugar de alimentarlos con pensamientos atemorizantes, compulsiones y comportamientos evasivos.

*La terapia cognitivo conductual es el tratamiento psicosocial más eficaz para el TOC. Hay investigaciones recientes que apoyan un tratamiento más nuevo llamado terapia de aceptación y compromiso.*

## Fomentar el Tratamiento

El TOC es un problema tratable. La psicoterapia (especialmente la TCC) y los medicamentos pueden ayudar a aliviar los síntomas del TOC y permitir que la persona recupere el control sobre su vida. Es importante que la persona con TOC primero visite a un profesional de salud mental para someterse a una evaluación exhaustiva. Si es posible, los miembros de la familia también podrían asistir para responder preguntas y brindar apoyo. Si a la persona con TOC se le recetan medicamentos que debe tomar regularmente, los miembros de la familia pueden ayudar a brindar apoyo en ese aspecto. Tomar medicamentos puede ser difícil: puede haber ocasiones en las que la persona no quiera tomarlos o simplemente se olvide de hacerlo. Los miembros de la familia pueden ayudar animándolos y recordándoles que tomen sus medicamentos. A su vez, pueden ayudar a que asistan a las citas de psicoterapia recordándoles y ofreciendo transporte a la clínica.

## Eliminar la Acomodación y Reforzar los Conceptos del Tratamiento

El TOC puede afectar a toda la familia. Los miembros de la familia a menudo se acomodan a los síntomas del TOC de sus parientes. Acomodarse se refiere a ayudarles con rituales/compulsiones, brindar reafirmación, ayudar con las conductas de evitación y/o cambiar las rutinas personales y familiares debido al TOC. Aunque los miembros de la familia pueden sentir que están ayudando a su pariente al hacer este tipo de adaptaciones, estos comportamientos en realidad empeoran las cosas. De hecho, gracias a la investigación se ha descubierto que, cuanto mayor es la acomodación familiar, más severos son los síntomas del TOC. Estos tipos de conductas refuerzan el ciclo del TOC y el miembro de la familia afectado no aprende a tolerar la ansiedad asociada con el TOC. ¿Cómo pueden los miembros de la familia terminar con el acomodamiento? Por ejemplo, cuando un miembro familiar con TOC pide ser reafirmado, los miembros de la familia pueden decir con delicadeza: "Estás pidiendo ser reafirmado y no puedo hacerlo porque esto alimenta el ciclo del TOC". En las familias en que los planes suelen cambiar debido a los comportamientos del TOC (por ejemplo, debido al tiempo dedicado a las compulsiones), los

familiares pueden insistir en que los planes deben continuar según lo programado, independientemente del impulso de realizar las compulsiones.

Los miembros de la familia a menudo se sienten culpables por no acomodarse a los síntomas de sus familiares, pero comprender el modelo cognitivo-conductual del TOC puede ayudar a reducir los sentimientos de culpa. Si su familiar está recibiendo TCC, los miembros de la familia pueden hablar con el terapeuta para obtener información específica sobre cómo pueden reducir la acomodación y brindar apoyo en el tratamiento. Por ejemplo, en la TCC se tienen tareas para el hogar, y los miembros de la familia pueden alentar a su pariente a realizar la tarea, como la práctica de exposición, y ofrecer ayuda, si es necesario. Si la conciencia plena es parte del tratamiento, los miembros de la familia pueden ofrecer participar en estas prácticas en el hogar. Incluso si una persona no recibe psicoterapia para el TOC, los familiares pueden ayudar a reforzar algunos de estos conceptos al eliminar la acomodación y alentar la exposición.

## Autocuidado Familiar

Dados los desafíos que los miembros de la familia pueden enfrentar, es importante que también se cuiden a sí mismos. Hay muchas maneras de hacer esto. Los miembros de la familia no deben permitir que sus parientes con TOC monopolicen todo su tiempo, ya que pasar tiempo a solas o con otros miembros de la familia o amigos es importante para su propio bienestar. Los miembros de la familia también pueden considerar unirse a algún grupo de apoyo o terapia. La terapia a menudo puede ayudar a familiares y amigos a enfrentar de una mejor forma el TOC de un ser querido. Finalmente, los miembros de la familia no deben sentirse responsables de resolver el problema por sí mismos, ya que no está en su poder. Si es necesario, deben buscar la ayuda de un profesional de la salud mental.

*Los miembros de la familia pueden ayudar a su pariente con TOC al fomentar el tratamiento, eliminar el acomodamiento y reforzar los conceptos del tratamiento. También deben recordar que es importante que se cuiden a sí mismos.*



# Medicamentos: lo que debe saber

- Existen diferentes tipos de medicamentos que son efectivos para el TOC. Los medicamentos primarios que se usan para el TOC son los inhibidores de la recaptación de serotonina (IRS), una clase específica de medicamentos antidepresivos. Estos incluyen tanto los inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina (ISRS) como el antidepresivo tricíclico clomipramina, que también tiene fuertes propiedades de IRS. Las dosis de IRS que se necesitan para el tratamiento del TOC son considerablemente más altas que las utilizadas para el tratamiento de la depresión u otros trastornos de ansiedad. Existe cierta evidencia a favor de los inhibidores de la recaptación de serotonina-norepinefrina (IRSN), pero no han sido aprobados por la FDA para el tratamiento del TOC y, por lo tanto, se consideran tratamientos de segunda línea. Otros antidepresivos que no son IRS *no* son efectivos para el TOC.
- Para los pacientes cuyos síntomas de TOC no responden bien a los medicamentos IRS, a menudo se le agregan otros medicamentos, como los antipsicóticos de segunda generación y los moduladores de glutamato. Estos medicamentos no son efectivos para el TOC cuando se usan solos, pero pueden ser útiles cuando se añaden a los IRS.
- Estos medicamentos funcionan sobre los neurotransmisores que se cree que regulan la ansiedad y el estado de ánimo, como la serotonina, la dopamina y el glutamato.
- Es posible que el primer medicamento que pruebe no lleve a una mejoría en sus síntomas de TOC. Lo que funciona bien para una persona puede no funcionar tan bien para otra. Esté dispuesto a probar un medicamento diferente o una combinación de medicamentos para encontrar el más adecuado. Hágale saber a su médico si sus síntomas no han mejorado, y ¡no deje de buscar el medicamento correcto!
- Todos los medicamentos pueden causar efectos secundarios, pero muchas personas pueden no presentar efectos secundarios o tener efectos secundarios leves. Los efectos secundarios que las personas suelen experimentar son tolerables y disminuyen en unos pocos días. Consulte con su médico si los efectos secundarios persisten o se vuelven molestos. En casos raros, estos medicamentos pueden causar efectos secundarios graves. Comuníquese con su médico inmediatamente si experimenta uno o más síntomas graves.



**Este folleto proporciona solo información general sobre medicamentos para el trastorno obsesivo compulsivo. No cubre todos los posibles usos, acciones, precauciones, efectos secundarios o interacciones de los medicamentos mencionados. Esta información no constituye un consejo o tratamiento médico y no pretende ser asesoría médica para problemas individuales o para realizar una evaluación de los riesgos y beneficios de tomar un medicamento en particular. El médico tratante, basándose en la experiencia y el conocimiento del paciente, debe determinar las dosis y el mejor tratamiento para el paciente.**





### Medicamentos Antidepresivos

- Los IRS deben tomarse completos y en dosis antiobsesivas por hasta 12 semanas antes de que pueda ver cambios positivos en sus síntomas. Así que no deje de tomar su medicamento porque piense que no está funcionando. ¡Dele tiempo!
- Una vez que haya respondido al tratamiento, es importante continuarlo. Normalmente, el tratamiento continúa por 1-2 años. La interrupción temprana del tratamiento puede ocasionar a una recaída de los síntomas. Si usted tiene un caso más grave de TOC, el médico podría recomendarle un tratamiento a largo plazo.
- Para evitar que los síntomas del TOC regresen o empeoren, no deje de tomar sus medicamentos repentinamente, incluso si se siente mejor. Dejar de tomar sus medicamentos puede causar una recaída. Los medicamentos solo deben interrumpirse bajo la supervisión de su médico. Si desea dejar de tomar su medicamento, hable con su médico sobre cómo dejar de tomarlo correctamente.
- Esta es una buena regla de oro por si se olvida alguna dosis de su medicamento antidepresivo: si han pasado tres horas o menos desde el momento en que se suponía que debía tomarlo, tómelo en ese momento. Si han transcurrido más de tres horas desde la hora en que debería haberse tomado la dosis, simplemente omita la dosis olvidada y vuelva a tomar su medicamento a la siguiente hora programada. *Nunca duplique las dosis de su antidepresivo para "ponerse al día" con las que ha olvidado.*

### INHIBIDORES SELECTIVOS DE LA RECAPTACIÓN DE SEROTONINA (ISRS)

Citalopram (Celexa)  
Escitalopram (Lexapro)  
Fluoxetina (Prozac)  
Fluvoxamina (Luvox)  
Paroxetina (Paxil)  
Sertralina (Zoloft)

### INHIBIDORES DE LA RECAPTACIÓN DE SEROTONINA Y NOREPINEFRINA (IRSN)

Desvenlafaxina (Pristiq)  
Venlafaxina (Effexor)

### TRICÍCLICOS Y TETRACÍCLICOS (TCA Y TECA)

Clomipramina (Anafranil)

### Medicamentos Antipsicóticos

- Aunque el TOC no es un trastorno psicótico, agregar medicamentos antipsicóticos al tratamiento en curso con IRS a veces puede ser útil para reducir los síntomas del TOC. Se reservan para pacientes que no tienen una buena respuesta a la medicación IRS y generalmente se prescriben en dosis bajas.
- Todos los medicamentos antipsicóticos se deben tomar según lo prescrito. Generalmente toman varias semanas en tener efecto por completo en los síntomas del TOC. Es importante que no deje de tomar su medicamento porque piensa que no está funcionando. ¡Dele tiempo!
- La mayoría de los antipsicóticos se prescriben una vez al día. Si se olvida de tomar su medicamento, no tome el doble al día siguiente para compensar la dosis que olvidó. Si su prescripción dice que debe tomarlo dos veces al día y se olvida de tomar una dosis, una regla de oro es: *si han transcurrido 6 horas o menos* desde el momento en que debía haber tomado su medicamento, tómelo. Si pasaron *más de seis horas* después de la dosis olvidada, simplemente omita la dosis olvidada y vuelva a tomar su medicamento a la siguiente hora programada. *Nunca duplique las dosis de su antipsicótico para "ponerse al día" con las que ha olvidado.*

### ANTIPSICÓTICOS ATÍPICOS

Aripiprazol (Abilify)  
Risperidona (Risperdal)  
Olanzapina (Zyprexa)  
Quetiapina (Seroquel)  
Ziprasidona (Geodon)

### ANTIPSICÓTICOS DE PRIMERA GENERACIÓN

Haloperidol (Haldol)  
Flufenazina (Prolixina)





MENTAL ILLNESS RESEARCH, EDUCATION AND CLINICAL CENTER  
VA Desert Pacific Healthcare Network  
Long Beach VA Healthcare System  
Education and Dissemination Unit 06/116A  
5901 E. 7th Street  
Long Beach, CA 90822

VISÍTENOS EN INTERNET EN:  
<http://www.mirecc.va.gov>

DESCARGUE ESTE FOLLETO EN:  
[http://www.mirecc.va.gov/visn22/ocd\\_education\\_spanish.pdf](http://www.mirecc.va.gov/visn22/ocd_education_spanish.pdf)

Bonnie Zucker, PhD <sup>1</sup>  
Noosha Niv, PhD <sup>1,2</sup>  
Jonathan Abramowitz, PhD <sup>3</sup>  
Sanjaya Saxena, MD <sup>4</sup>

<sup>1</sup>VA Desert Pacific Mental Illness Research, Education and Clinical Center (MIRECC)

<sup>2</sup>UCLA, Department of Psychiatry and Biobehavioral Sciences

<sup>3</sup>UNC-Chapel Hill, Department of Psychology and Neuroscience

<sup>4</sup>UCSD Department of Psychiatry

