



FUNDACIÓN H. A.
BARCELÓ
FACULTAD DE MEDICINA



TRABAJO INTEGRADOR FINAL **CARRERA: LICENCIATURA EN PSICOLOGÍA**

DIRECTORA DE LA CARRERA:

Dra. Gala Filippis

NOMBRE Y APELLIDO DE LA AUTORA:

Paula Florencia La Paz Arteaga

N.º DE LEGAJO: 37.665.835

TÍTULO DEL TRABAJO:

**Calidad de vida en personas adultas con
trastorno obsesivo-compulsivo:
una revisión bibliográfica**

SEDE:

Buenos Aires

DIRECTOR DE TIF:

Lic. Simón Robman

FECHA DE PRESENTACIÓN:

Agosto de 2026

Sede Buenos Aires
Av. Las Heras 1907
Tel./Fax: (011) 4800 0200
☎ (011) 1565193479

Sede La Rioja
Benjamin Matienzo 3177
Tel./Fax: (0380) 4422090 / 4438698
☎ (0380) 154811437

Sede Santo Tomé
Centeno 710
Tel./Fax: (03756) 421622
☎ (03756) 15401364

RESUMEN: El trastorno obsesivo-compulsivo (TOC) puede producir una interferencia significativa en el funcionamiento cotidiano y en la calidad de vida de las personas adultas. El presente Trabajo Integrador Final tuvo como objetivo analizar la evidencia científica disponible sobre esta problemática. Se realizó una revisión bibliográfica de alcance descriptivo y exploratorio, organizada en torno a las manifestaciones clínicas del trastorno, las dimensiones de la calidad de vida afectadas y la relación entre las alteraciones neurocognitivas, el funcionamiento cotidiano y la calidad de vida.

La evidencia revisada muestra que las obsesiones, las compulsiones, las conductas de evitación y la búsqueda persistente de certeza pueden dificultar la realización de actividades, el cumplimiento de responsabilidades y la participación social. Las áreas más comprometidas corresponden al bienestar psicológico y emocional, las relaciones familiares e interpersonales, el desempeño académico y laboral, la autonomía y las actividades de la vida diaria. La dimensión física también puede verse afectada, aunque ha recibido menor atención específica. La severidad sintomática se asocia con un mayor deterioro, pero no explica por sí sola la variabilidad funcional observada. Las alteraciones neurocognitivas podrían contribuir a comprender parte de estas diferencias, aunque la evidencia directa aún es limitada. Se concluye que la calidad de vida en adultos con TOC requiere una comprensión multidimensional.

Palabras clave: *trastorno obsesivo-compulsivo; calidad de vida; funcionamiento cotidiano; alteraciones neurocognitivas; personas adultas.*

ABSTRACT: Obsessive-compulsive disorder (OCD) can significantly interfere with daily functioning and the quality of life of adults. The aim of this Final Integrative Project was to analyze the available scientific evidence on this issue. A descriptive and exploratory bibliographic review was conducted, organized around the clinical manifestations of the disorder, the affected dimensions of quality of life, and the relationship between neurocognitive alterations, daily functioning, and quality of life.

The reviewed evidence shows that obsessions, compulsions, avoidance behaviors, and the persistent search for certainty may hinder the performance of activities, the fulfillment of responsibilities, and social participation. The most affected areas include psychological and emotional well-being, family and interpersonal relationships, academic and occupational functioning, autonomy, and activities of daily living. The physical dimension may also be

affected, although it has received less specific attention. Symptom severity is associated with greater impairment, but it does not fully explain the observed functional variability. Neurocognitive alterations may contribute to understanding some of these differences, although direct evidence remains limited. It is concluded that quality of life in adults with OCD requires a multidimensional understanding.

Keywords: *obsessive-compulsive disorder; quality of life; daily functioning; neurocognitive alterations; adults.*

ÍNDICE

INTRODUCCIÓN.....	4
OBJETIVOS DEL TRABAJO.....	7
Objetivo general.....	7
Objetivos específicos.....	7
HIPÓTESIS.....	8
ANTECEDENTES.....	9
ESTADO DEL ARTE.....	9
MARCO TEÓRICO.....	17
TRASTORNO OBSESIVO-COMPULSIVO: ASPECTOS CLÍNICOS.....	17
TOC, funcionamiento y discapacidad.....	21
CALIDAD DE VIDA EN PERSONAS ADULTAS CON TOC.....	24
ALTERACIONES NEUROCOGNITIVAS EN TOC Y SU RELACIÓN CON LA CALIDAD DE VIDA.....	27
METODOLOGÍA.....	31
CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES.....	35
RESULTADOS.....	36
DISCUSIÓN.....	41
Manifestaciones clínicas del TOC y deterioro funcional.....	41
Afectación multidimensional de la calidad de vida en personas adultas con TOC.....	43
Alteraciones neurocognitivas y calidad de vida en personas adultas con TOC: una comprensión integradora.....	47
LIMITACIONES Y FUTURAS LÍNEAS DE INVESTIGACIÓN.....	53
CONCLUSIONES.....	56
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	59
DECLARACIÓN SOBRE EL USO DE HERRAMIENTAS DE I.A.....	65

INTRODUCCIÓN

El trastorno obsesivo-compulsivo (TOC) constituye una problemática de relevancia clínica y epidemiológica debido a su prevalencia, su tendencia a la cronicidad, la severidad que puede alcanzar y su frecuente asociación con otros trastornos. Estudios epidemiológicos recientes estiman una prevalencia del 4,1 % a lo largo de la vida y del 3,0 % durante los últimos doce meses, cifras que ponen de manifiesto la importancia de este trastorno en la población general (Stein et al., 2025). A su vez, más del 80 % de los casos se inicia antes de la adultez temprana, por lo que su comienzo precoz y la posible persistencia de sus manifestaciones refuerzan la necesidad de comprender sus consecuencias en la vida adulta.

Uno de los aspectos más relevantes del TOC es el profundo impacto que puede generar en la calidad de vida. Desde la perspectiva de la Organización Mundial de la Salud, este constructo comprende la valoración que la persona realiza de su propia posición en la vida, considerando el contexto cultural, sus objetivos, expectativas e intereses personales (The WHOQOL Group, 1995). Esta concepción permite comprender que el impacto del trastorno trasciende los síntomas y afecta de manera integral la experiencia subjetiva. En esta línea, la evidencia empírica indica que las personas con TOC presentan un importante deterioro en múltiples áreas del funcionamiento, incluyendo el ámbito social, familiar y laboral, así como en las actividades de la vida cotidiana. En concordancia con esta evidencia, diversos estudios señalan que el nivel de deterioro funcional asociado al TOC puede ser comparable al observado en otros trastornos psiquiátricos graves, entre ellos la esquizofrenia (Bobes et al., 2001).

La magnitud de estas repercusiones permite comprender que, en determinados casos, el TOC puede adquirir un carácter discapacitante. En un examen técnico elaborado en el marco del 24.º Comité de Expertos en Selección y Uso de Medicamentos Esenciales, la Organización Mundial de la Salud caracterizó al TOC como una condición frecuente y discapacitante, debido a las consecuencias que puede producir sobre el funcionamiento de quienes lo padecen (Organización Mundial de la Salud [OMS], 2023). Este carácter potencialmente discapacitante también se refleja en la normativa argentina para la certificación de personas con discapacidad con deficiencia mental e intelectual, que incluye al trastorno obsesivo-compulsivo, identificado mediante el código F42 de la CIE-10, entre las condiciones de salud que pueden ser consideradas durante el proceso de otorgamiento del

Certificado Único de Discapacidad. Sin embargo, la presencia del diagnóstico no determina por sí sola la existencia de discapacidad, ya que la evaluación debe considerar el perfil de funcionamiento de la persona, las limitaciones que presenta en sus actividades y las restricciones que experimenta en su participación social (Servicio Nacional de Rehabilitación [SNR], 2015).

La afectación de la calidad de vida y del funcionamiento descrita se vincula estrechamente con la sintomatología característica del TOC. Las personas con TOC pueden experimentar obsesiones, compulsiones o ambas. Las obsesiones consisten en pensamientos, impulsos o imágenes intrusivas, recurrentes y altamente perturbadores, mientras que las compulsiones comprenden conductas o actos mentales destinados a neutralizar o reducir el malestar asociado. Este patrón no solo implica un elevado malestar subjetivo, sino también una importante interferencia en las actividades cotidianas. En este sentido, el TOC se caracteriza por la presencia de obsesiones y compulsiones que generan malestar significativo y afectan el funcionamiento general del individuo (Belloch et al., 2009).

Para una comprensión más integral del TOC, resulta pertinente considerar no solo sus manifestaciones clínicas, sino también los procesos cognitivos implicados. En particular, en los últimos años ha cobrado relevancia el estudio de las funciones ejecutivas, dado que intervienen en la regulación de la conducta, el control de las respuestas y la adaptación a las demandas del entorno. Diversas investigaciones han señalado que las personas con TOC pueden presentar dificultades en procesos como la inhibición de respuestas, la flexibilidad cognitiva y la planificación (Snyder et al., 2015), así como en procesos atencionales y mnésicos. Estas alteraciones podrían contribuir a la persistencia de pensamientos intrusivos y a la repetición de conductas compulsivas, favoreciendo patrones de funcionamiento caracterizados por cierta rigidez cognitiva. A su vez, dichas dificultades pueden interferir en distintas actividades de la vida cotidiana y repercutir negativamente en la calidad de vida de quienes padecen el trastorno.

A partir de lo expuesto, el problema que orienta el presente Trabajo Integrador Final radica en la necesidad de comprender de manera integral cómo el TOC afecta la calidad de vida de las personas adultas. Si bien existe producción científica sobre sus características clínicas, sus consecuencias en diferentes áreas vitales y el funcionamiento neurocognitivo, resulta necesario organizar y relacionar estos aportes para reconocer de qué manera contribuyen a

explicar el impacto del trastorno. En función de este problema se formula la siguiente pregunta de investigación: **¿qué evidencia científica existe sobre el impacto del TOC en la calidad de vida en adultos?**

La importancia de este trabajo reside en que el análisis de la calidad de vida permite ampliar la comprensión del TOC más allá de una perspectiva centrada exclusivamente en la sintomatología. Considerar conjuntamente las manifestaciones clínicas, la experiencia cotidiana y el funcionamiento neurocognitivo puede favorecer una comprensión más integral de las necesidades de las personas adultas con TOC. En consonancia con este enfoque, cobra especial importancia considerar abordajes orientados no solo a la reducción de los síntomas, sino también al mejoramiento del bienestar, la autonomía y la participación en actividades significativas.

La realización del trabajo resulta factible debido a la disponibilidad y accesibilidad de producción científica sobre el TOC, la calidad de vida y las alteraciones neurocognitivas asociadas. La existencia de investigaciones empíricas, revisiones y metaanálisis permite desarrollar una revisión bibliográfica de alcance descriptivo y exploratorio, orientada a seleccionar, organizar, analizar e integrar la evidencia disponible. A su vez, la delimitación del estudio a personas adultas con TOC y la definición de dimensiones específicas de análisis permiten establecer un recorte temático preciso y coherente con los alcances del Trabajo Integrador Final.

En este marco, el objetivo general es analizar la evidencia científica disponible sobre la calidad de vida en personas adultas con TOC. Para ello, se propone describir las manifestaciones clínicas del trastorno, identificar las dimensiones de la calidad de vida afectadas y analizar la relación entre las alteraciones neurocognitivas y la calidad de vida.

OBJETIVOS DEL TRABAJO

Objetivo general

Analizar la evidencia científica disponible sobre la calidad de vida en personas adultas con trastorno obsesivo-compulsivo (TOC).

Objetivos específicos

1. Describir las manifestaciones clínicas del trastorno obsesivo-compulsivo (TOC).
2. Identificar las dimensiones de la calidad de vida afectadas en personas adultas con TOC.
3. Analizar la relación entre las alteraciones neurocognitivas asociadas al TOC y la calidad de vida.

HIPÓTESIS

Debido al carácter teórico, descriptivo y exploratorio de la presente revisión bibliográfica, no se formula una hipótesis. El trabajo se orienta por la pregunta de investigación y los objetivos planteados.

ANTECEDENTES

ESTADO DEL ARTE

En las últimas décadas, la investigación sobre el trastorno obsesivo-compulsivo (TOC) ha evidenciado su impacto significativo en múltiples áreas del funcionamiento cotidiano. Diversos estudios señalan que las personas con TOC presentan dificultades en actividades de la vida diaria, incluyendo el autocuidado, las tareas domésticas y la interacción social, lo que repercute de manera directa en su calidad de vida (Sahoo et al., 2017). De manera complementaria, la literatura coincide en que este deterioro no se limita únicamente a la presencia de síntomas, sino que se extiende a dimensiones de la calidad de vida, entre ellas el bienestar emocional, las relaciones interpersonales, el desempeño ocupacional y el funcionamiento cotidiano, incluso en pacientes en los cuales se ha logrado cierta reducción sintomática.

A partir de lo expuesto, el impacto observado en la vida cotidiana de las personas con trastorno obsesivo-compulsivo se encuentra estrechamente vinculado con las manifestaciones clínicas del trastorno y su evolución a lo largo del tiempo. En un estudio longitudinal de cinco años, Obisie-Orlu et al. (2025) encontraron que ciertos síntomas del TOC tienden a presentar una relativa estabilidad a lo largo del tiempo, particularmente las obsesiones vinculadas con la contaminación y la simetría, así como las compulsiones de limpieza y chequeo, aunque también pueden observarse alternancias entre distintos tipos de síntomas. Este carácter crónico y parcialmente fluctuante del trastorno se traduce en la persistencia de conductas compulsivas y patrones cognitivos disfuncionales que afectan el funcionamiento diario (Obisie-Orlu et al., 2025). A estas manifestaciones se suman alteraciones en rutinas básicas, como la organización de la vida cotidiana y el desempeño en actividades diarias, que contribuyen a un deterioro general del bienestar (Sahoo et al., 2017).

Diversas investigaciones han documentado que el impacto del TOC se extiende a múltiples áreas del funcionamiento cotidiano. Entre los primeros investigadores en estudiarlo, Koran et al. (1996) evaluaron la calidad de vida relacionada con la salud en 60 pacientes ambulatorios sin medicación que presentaban un TOC de intensidad moderada a grave. Mediante la utilización del SF-36, los autores encontraron que el funcionamiento social y el desempeño de roles instrumentales se encontraban significativamente más deteriorados que en la población general. A su vez, una mayor severidad de los síntomas obsesivo-compulsivos se

asoció con un peor funcionamiento social, incluso después de controlar estadísticamente la influencia de los síntomas depresivos. Sin embargo, esta relación no se observó respecto del desempeño de roles instrumentales, lo que sugiere que la intensidad sintomática no explica por sí sola todas las dificultades funcionales experimentadas por las personas con TOC.

En cuanto a la calidad de vida en personas con trastorno obsesivo-compulsivo, diversos estudios han analizado el grado de afectación en este aspecto, mediante instrumentos estandarizados. En relación con estos antecedentes, Sahoo et al. (2017), en un estudio clínico con pacientes adultos con TOC, evaluaron la calidad de vida mediante el cuestionario WHOQOL-BREF, desarrollado por la World Health Organization, que mide los dominios físico, psicológico, social y ambiental. La severidad de los síntomas fue evaluada mediante la Yale-Brown Obsessive Compulsive Scale, que cuantifica la intensidad de obsesiones y compulsiones.

En línea con este abordaje metodológico, los resultados mostraron puntuaciones significativamente más bajas en todos los dominios del WHOQOL-BREF, con mayor afectación en las áreas psicológica y social, evidenciando dificultades en el bienestar emocional, las relaciones interpersonales y el desempeño en la vida cotidiana. A su vez, mayores niveles de severidad en la Y-BOCS se asociaron con un mayor deterioro en la calidad de vida, lo que indica que la intensidad sintomática se vincula directamente con el impacto funcional del trastorno.

En concordancia con estos hallazgos, Coluccia et al. (2016), a partir de un metaanálisis de estudios caso-control que evaluaron la calidad de vida en personas con TOC mediante instrumentos estandarizados como el SF-36 Health Survey y medidas equivalentes, analizaron diferencias en múltiples dominios de funcionamiento. Los resultados evidenciaron que los pacientes con TOC presentan puntuaciones significativamente más bajas en la calidad de vida global en comparación con población sana, con tamaños de efecto moderados. De manera complementaria, se observaron efectos significativos en dominios específicos como el funcionamiento social y laboral, el bienestar emocional y la vida familiar, indicando un deterioro particularmente marcado en estas áreas.

En concordancia con estos hallazgos, Velloso et al. (2018) analizaron los factores sociodemográficos y clínicos asociados con la calidad de vida en 575 pacientes adultos ambulatorios con TOC, evaluados mediante el SF-36. Este instrumento asigna puntuaciones

de 0 a 100 en cada dominio, de modo que los valores más bajos indican una peor calidad de vida. En comparación con los valores de referencia de la población brasileña, los participantes obtuvieron puntuaciones significativamente inferiores en siete de los ocho dominios evaluados, con excepción del funcionamiento físico. Las áreas más comprometidas fueron la salud mental, con una puntuación media de 41,12, y la vitalidad, con una media de 45,72. También se observaron puntuaciones reducidas en las limitaciones de los roles debido a problemas emocionales (54,57), la percepción general de la salud (54,62), el funcionamiento social (59,01), el dolor corporal (61,12) y las limitaciones de los roles debido a problemas físicos (64,06). El funcionamiento físico presentó la puntuación más elevada, con una media de 84,28.

La severidad de los síntomas obsesivo-compulsivos se relaciona significativamente con todos los dominios del SF-36, mientras que las asociaciones más fuertes se registraron entre las obsesiones, las compulsiones y las áreas de salud mental y limitaciones vinculadas con problemas emocionales. La mayor severidad de los síntomas depresivos incrementó el riesgo de deterioro en todos los dominios, mientras que la ansiedad se asoció específicamente con una peor salud mental, vitalidad, percepción general de la salud, dolor corporal y mayores limitaciones debido a problemas emocionales. La presencia de suicidabilidad aumentó en un 51 % el riesgo relativo de deterioro en el desempeño de roles y en un 17 % el correspondiente a la vitalidad. En conjunto, estos resultados muestran que la afectación de la calidad de vida en las personas con TOC se concentra especialmente en las dimensiones psicológicas, emocionales y sociales, y se encuentra asociada con diferentes características clínicas (Velloso et al., 2018).

En relación con la dimensión física de la calidad de vida, Pozza et al. (2019) realizaron una revisión sistemática y un metaanálisis sobre la percepción del estado de salud física en personas con TOC. La revisión incluyó 14 estudios de casos y controles en los que se comparó a personas con diagnóstico actual de TOC con participantes sanos o procedentes de la población general mediante instrumentos estandarizados, principalmente el SF-36 y el WHOQOL-BREF. Los resultados evidenciaron que las personas con TOC presentaban una percepción significativamente más desfavorable de su estado de salud física, con un tamaño del efecto elevado en comparación con los controles. La revisión identificó una mayor interferencia del estado de salud física en el desempeño de las actividades habituales, evaluada a partir de aspectos como la reducción del tiempo dedicado al trabajo u otras

actividades, la realización de menos tareas de las deseadas y las dificultades para llevarlas a cabo, con un tamaño del efecto moderado. También se observó una mayor percepción de dolor corporal, aunque en este caso la magnitud del efecto fue menor. En conjunto, estos hallazgos muestran que la afectación de la calidad de vida en el TOC no se limita a las dimensiones psicológica y social, sino que también puede comprometer la percepción del bienestar y del funcionamiento físico, un aspecto que ha recibido menor atención en la literatura y que resulta relevante para una comprensión integral del impacto del trastorno.

De manera complementaria, Rodríguez-Salgado et al. (2006) analizaron la relación entre la severidad del TOC, las comorbilidades psiquiátricas y el bienestar percibido en pacientes adultos. Los resultados mostraron que las personas con TOC presentaban puntuaciones significativamente inferiores a las de la población general en múltiples dimensiones de calidad de vida, especialmente en aquellas vinculadas con el funcionamiento social, el bienestar emocional y la salud mental. El análisis mostró que la severidad de los síntomas obsesivo-compulsivos y la presencia de comorbilidades se asociaron con un mayor deterioro de la calidad de vida, sugiriendo que el impacto del trastorno se encuentra influido por diversos factores clínicos y funcionales.

Por su parte, Remmerswaal et al. (2020), en un estudio longitudinal de cuatro años con pacientes con TOC, evaluaron la calidad de vida mediante el cuestionario EQ-5D, que mide dimensiones como movilidad, autocuidado, actividades diarias, dolor/malestar y ansiedad/depresión. Los resultados mostraron que la calidad de vida mejora en aquellos pacientes que presentan remisión del trastorno, sin embargo, incluso en estos casos, los niveles de calidad de vida permanecen significativamente por debajo de los valores de la población general. Además, la relación entre severidad del TOC y calidad de vida fue moderada ($r = -0,40$), lo que indica que otros factores, como la ansiedad y la depresión comórbidas, también contribuyen al deterioro en la calidad de vida. Estos resultados coinciden con lo planteado por Huppert et al. (2009), quienes señalan que la disminución de los síntomas obsesivo-compulsivos no siempre se traduce en una recuperación equivalente del bienestar subjetivo ni del funcionamiento psicosocial. En este sentido, los autores sostienen que la calidad de vida en personas con TOC se encuentra influida por múltiples variables, entre ellas el deterioro funcional evidenciado en dificultades para trabajar, sostener vínculos sociales o desarrollar una vida familiar satisfactoria; la evitación conductual manifestada en la reducción del contacto social y en limitaciones para participar de

actividades cotidianas debido a la ansiedad y a los síntomas obsesivo-compulsivos; y la presencia de síntomas ansiosos y depresivos asociados. De este modo, la evidencia disponible sugiere que la severidad sintomática, si bien constituye un factor relevante, no resulta suficiente por sí sola para explicar el impacto del trastorno sobre la vida cotidiana.

En la misma línea, Subramaniam et al. (2013), a partir de una revisión de la evidencia disponible sobre la calidad de vida en personas adultas con TOC, identificaron que el impacto del trastorno se extiende a múltiples dimensiones del bienestar y del funcionamiento cotidiano. Los estudios reunidos describieron afectaciones especialmente relevantes en el bienestar psicológico, las relaciones sociales y familiares, el desempeño académico y laboral, la participación en actividades recreativas y la realización de actividades de la vida diaria. En particular, algunas investigaciones señalaron a las relaciones familiares como una de las áreas más comprometidas, ya que los síntomas, las conductas de evitación y el tiempo destinado a los rituales pueden dificultar la convivencia, restringir las actividades compartidas y alterar el cumplimiento de los roles familiares. También se registraron limitaciones para mantener vínculos sociales, participar en actividades de ocio, responder a las exigencias del trabajo o del estudio y desenvolverse con autonomía en la vida cotidiana.

La evidencia reunida en la revisión mostró, además, que una mayor severidad de las obsesiones y compulsiones suele asociarse con un mayor deterioro de la calidad de vida, especialmente cuando los síntomas consumen una cantidad considerable de tiempo e interfieren directamente en las actividades habituales. Sin embargo, los estudios analizados también relacionaron una peor calidad de vida con otras variables, entre ellas la presencia de síntomas depresivos, el bajo apoyo social percibido, la situación laboral y el grado de deterioro funcional producido por el trastorno.

Sin embargo, debido a que pocos trabajos realizaron análisis multivariados que permitieran establecer el peso independiente de cada uno de estos factores, la revisión advierte que la relación entre severidad sintomática y calidad de vida no debe interpretarse de manera aislada. A partir de la integración de estos hallazgos, Subramaniam et al. (2013) sostienen la necesidad de comprender el impacto del TOC desde una perspectiva multidimensional, que contemple no solo la intensidad de los síntomas, sino también sus consecuencias sobre la autonomía, los vínculos interpersonales, la participación social y el desempeño ocupacional.

Por otro lado, desde otra perspectiva ha cobrado relevancia el estudio de las alteraciones neurocognitivas asociadas al TOC, particularmente en relación con su influencia sobre la calidad de vida. Katz et al. (2024) evaluaron el rendimiento neurocognitivo en pacientes con TOC mediante una batería de pruebas estandarizadas que incluyó el Tower of London (planificación), el Wisconsin Card Sorting Test (flexibilidad cognitiva), el Stroop Color-Word Test (control inhibitorio) y el California Verbal Learning Test (memoria verbal). Los resultados evidenciaron alteraciones en estos dominios, así como cambios significativos a lo largo del tratamiento en medidas de memoria verbal, flexibilidad cognitiva y planificación, mientras que otros procesos, como la inhibición, mostraron mayor estabilidad. Asimismo, los autores señalan que la relación entre severidad sintomática y rendimiento cognitivo es limitada, lo que sugiere que las dificultades neurocognitivas podrían constituir un componente parcialmente independiente del trastorno.

Estos hallazgos coinciden con la revisión realizada por Kuelz et al. (2004), quienes identificaron alteraciones neuropsicológicas recurrentes en personas con TOC, particularmente en procesos relacionados con la memoria no verbal, la flexibilidad cognitiva y la planificación. Los autores plantean que estas dificultades podrían repercutir sobre la adaptación a las demandas cotidianas, dado que intervienen en la organización de la conducta, la resolución de problemas y la capacidad para modificar estrategias frente a situaciones cambiantes.

Complementando estos hallazgos, Shin et al. (2014), a partir de un metaanálisis de estudios neuropsicológicos realizados en personas con TOC, identificaron alteraciones significativas en distintos componentes de las funciones ejecutivas, particularmente en la flexibilidad cognitiva, el control inhibitorio y la memoria de trabajo. Los autores señalan que estas dificultades podrían contribuir a la persistencia de patrones de pensamiento y comportamiento rígidos característicos del trastorno, interfiriendo en la capacidad para adaptarse a situaciones nuevas, modificar estrategias frente a cambios del entorno y regular de manera eficiente la conducta. Desde esta perspectiva, las alteraciones ejecutivas observadas en el TOC podrían constituir un factor relevante para comprender ciertas dificultades funcionales que afectan el desempeño cotidiano y, potencialmente, la calidad de vida de las personas que presentan este trastorno.

De manera similar, Snyder et al. (2015), a partir de un metaanálisis de estudios que emplearon diversas técnicas neuropsicológicas, identificaron déficits generalizados en funciones ejecutivas en personas con TOC, particularmente en procesos como la inhibición de respuestas, la flexibilidad cognitiva y la memoria de trabajo. Estas alteraciones se relacionan con dificultades en la adaptación a demandas cambiantes del entorno, afectando la planificación, la toma de decisiones y la regulación conductual, lo que repercute negativamente en el funcionamiento cotidiano y, en consecuencia, en la calidad de vida.

Un aporte reciente que permite profundizar la relación entre funcionamiento neurocognitivo, desempeño cotidiano y calidad de vida es el estudio de Jaisoorya et al. (2026). Los autores compararon a 102 personas con TOC que habían alcanzado la recuperación clínica con 52 participantes sanos, evaluando funcionamiento global, discapacidad, bienestar, calidad de vida y rendimiento neuropsicológico. Los resultados mostraron que, aun después de alcanzar la recuperación clínica, las personas con TOC presentaban un menor funcionamiento global, mayores niveles de discapacidad, una menor calidad de vida en el dominio ambiental y un rendimiento inferior en memoria de trabajo e inhibición de respuestas. Una mayor velocidad de procesamiento y una mejor precisión en tareas de memoria de trabajo se asociaron con un mejor funcionamiento global. Estos hallazgos muestran que la disminución de la sintomatología no necesariamente implica una recuperación funcional completa y sugieren que determinadas dificultades neurocognitivas podrían contribuir a la persistencia de limitaciones en la vida cotidiana y en la calidad de vida.

No obstante, algunos autores señalan que los hallazgos vinculados a alteraciones neurocognitivas en el TOC deben interpretarse con cautela. En esta línea, Abramovitch et al. (2013), a partir de un metaanálisis, identificaron déficits en diversos dominios neuropsicológicos, particularmente en funciones ejecutivas, atención sostenida, velocidad de procesamiento y memoria no verbal. Sin embargo, los autores destacan que la magnitud de estas alteraciones suele ubicarse entre pequeña y moderada, lo que limita su especificidad como posibles marcadores del trastorno. Asimismo, plantean que ciertas dificultades observadas en tareas de memoria no verbal podrían estar relacionadas con alteraciones en la organización y planificación de la información, más que con un déficit mnésico primario. En conjunto, estos hallazgos sugieren que la relación entre funcionamiento neurocognitivo, severidad sintomática e impacto funcional en el TOC resulta compleja y se encuentra influida por múltiples variables, incluidas las comorbilidades ansiosas y depresivas.

En síntesis, la evidencia científica revisada permite comprender al trastorno obsesivo-compulsivo como una condición compleja cuyo impacto trasciende la mera presencia de obsesiones y compulsiones, afectando de manera significativa diversas dimensiones que hacen a la calidad de vida. Los estudios analizados coinciden en señalar un deterioro persistente en áreas vinculadas al bienestar emocional, las relaciones interpersonales, el desempeño académico y laboral, así como en el funcionamiento cotidiano. En este contexto, la evidencia proveniente de revisiones sistemáticas y metaanálisis sugiere que las alteraciones neurocognitivas, particularmente en funciones ejecutivas como el control inhibitorio, la flexibilidad cognitiva, la planificación y la memoria de trabajo, podrían contribuir a las dificultades de adaptación cotidiana presentes en esta población. Desde esta perspectiva, el estudio conjunto de los aspectos sintomáticos, funcionales y neurocognitivos resulta fundamental para comprender de manera más integral el impacto del TOC sobre la calidad de vida y orientar futuras líneas de investigación.

MARCO TEÓRICO

TRASTORNO OBSESIVO-COMPULSIVO: ASPECTOS CLÍNICOS

El trastorno obsesivo-compulsivo (TOC) es definido por el *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fifth Edition, Text Revision* (DSM-5-TR) como un trastorno caracterizado por la presencia de obsesiones, compulsiones o ambas (American Psychiatric Association [APA], 2022). Desde la publicación del DSM-5, el TOC dejó de incluirse dentro de los trastornos de ansiedad para conformar una categoría diagnóstica específica denominada *Trastornos obsesivo-compulsivos y relacionados*, reconociéndose así características clínicas, etiológicas y terapéuticas particulares que lo diferencian de otros cuadros psicopatológicos.

Para establecer el diagnóstico, las obsesiones y compulsiones deben insumir una cantidad considerable de tiempo o generar un deterioro clínicamente significativo en el funcionamiento social, laboral, académico u otras áreas importantes de la vida de la persona (APA, 2022). El grado de deterioro funcional constituye un criterio fundamental, ya que permite diferenciar el trastorno de los pensamientos intrusivos ocasionales o de ciertos rasgos obsesivos que no producen malestar ni limitaciones significativas.

Las obsesiones consisten en pensamientos, impulsos o imágenes recurrentes y persistentes que son experimentados como intrusivos y no deseados, generando niveles significativos de ansiedad, malestar o incomodidad. Habitualmente, la persona intenta ignorarlos, neutralizarlos o suprimirlos mediante otros pensamientos o conductas. Las compulsiones, por su parte, corresponden a comportamientos repetitivos o actos mentales que el individuo se siente impulsado a realizar en respuesta a una obsesión o de acuerdo con reglas rígidamente establecidas. Estas conductas tienen como finalidad prevenir o reducir la ansiedad o evitar algún acontecimiento temido, aunque no guardan una relación realista con aquello que pretenden prevenir o resultan claramente excesivas en relación con el peligro existente (APA, 2022).

Una característica central del TOC es el carácter egodistónico de los síntomas, es decir, que las obsesiones suelen ser reconocidas por quien las padece como ajenas a sus deseos, valores o intenciones. Sin embargo, el grado de conciencia acerca de la irracionalidad de las creencias obsesivas puede variar considerablemente entre los individuos. Por este motivo, el

DSM-5-TR incorpora especificadores referidos al nivel de insight, distinguiendo entre insight bueno o aceptable, pobre o ausente.

Las manifestaciones clínicas del trastorno son heterogéneas. Entre los contenidos obsesivos más frecuentes se encuentran los temores a la contaminación, las dudas patológicas y la necesidad de comprobación, las preocupaciones relacionadas con el orden y la simetría, las obsesiones agresivas, sexuales o religiosas, y el miedo a causar daño a otros. En respuesta a estas obsesiones suelen aparecer compulsiones como el lavado excesivo, la verificación reiterada, el ordenamiento, la repetición de acciones o rituales mentales tales como rezar, contar o repetir palabras de manera encubierta.

El TOC presenta habitualmente un curso crónico, con períodos de exacerbación y remisión parcial de los síntomas. Su inicio suele producirse durante la infancia, la adolescencia o el comienzo de la adultez, siendo frecuente que transcurran varios años entre la aparición de los síntomas y la consulta a un profesional. Los datos epidemiológicos recientes muestran que el TOC suele presentar un inicio temprano y un curso persistente. En un estudio multinacional realizado con 26.136 personas adultas de diez países, Stein et al. (2025) informaron una prevalencia combinada del 4,1 % a lo largo de la vida y del 3,0 % durante los doce meses previos a la evaluación. La proximidad entre ambas estimaciones fue interpretada por los autores como un indicador de la persistencia del trastorno. Más del 80 % de los casos se habían iniciado antes de la adultez temprana (Stein et al., 2025).

El TOC se comprende actualmente como un trastorno complejo, cuya aparición y mantenimiento no pueden atribuirse a una causa única. En su desarrollo intervienen diferentes factores biológicos, cognitivos y ambientales, cuya interacción puede contribuir a la diversidad de manifestaciones observadas entre las personas que presentan el trastorno. Sin embargo, para los propósitos del presente trabajo, el interés principal no reside en profundizar en sus bases etiológicas, sino en reconocer que esta complejidad se expresa en perfiles clínicos y funcionales heterogéneos. Así, personas que comparten un mismo diagnóstico pueden presentar diferentes niveles de severidad, comorbilidad e interferencia en la vida cotidiana (APA, 2022).

Debido a su carácter persistente y al elevado nivel de malestar que genera, el TOC puede afectar significativamente la calidad de vida de quienes lo padecen, interfiriendo en las relaciones interpersonales, el desempeño académico y laboral, así como en el bienestar

psicológico general. Además, es frecuente la presencia de comorbilidades, especialmente trastornos depresivos, trastornos de ansiedad y otros trastornos relacionados con el espectro obsesivo-compulsivo.

Desde una perspectiva psicopatológica, Belloch et al. (2009) señalan que las obsesiones son experimentadas como fenómenos mentales intrusivos, repetitivos y egodistónicos, es decir, incongruentes con los propios deseos o valores de la persona. Los autores sostienen que el malestar asociado al TOC no solo se relaciona con la frecuencia de los pensamientos obsesivos, sino también con la interpretación amenazante que el individuo realiza sobre ellos y con los intentos persistentes de neutralización destinados a controlar la ansiedad o prevenir consecuencias temidas. Sin embargo, estas conductas tienden a volverse repetitivas y rígidas, interfiriendo progresivamente en el funcionamiento cotidiano y en distintas áreas de la vida del sujeto.

Desde el modelo cognitivo-conductual, distintos autores coinciden en que el mantenimiento del TOC se encuentra estrechamente vinculado con la interpretación disfuncional de los pensamientos intrusivos y con las estrategias de neutralización utilizadas para reducir el malestar. Salkovskis (1985) sostiene que los pensamientos intrusivos adquieren relevancia patológica cuando son interpretados como peligrosos, amenazantes o moralmente inaceptables. De acuerdo con este autor, el problema no radica únicamente en la aparición de dichos pensamientos, sino en el significado que la persona les atribuye. A su vez, la percepción de una responsabilidad excesiva frente a posibles consecuencias negativas favorece el incremento de la ansiedad y contribuye a la aparición de conductas compulsivas orientadas a neutralizar el malestar (Salkovskis, 1998).

También desde la perspectiva de la terapia cognitiva, Aaron T. Beck (1976) plantea que las respuestas emocionales y conductuales de las personas se encuentran influenciadas por el modo en que interpretan las situaciones y acontecimientos. Según este enfoque, no son los hechos en sí mismos los que determinan directamente el malestar emocional, sino los significados y valoraciones que el sujeto construye acerca de ellos. Beck sostiene que determinados esquemas cognitivos y patrones de pensamiento disfuncionales pueden favorecer interpretaciones negativas o amenazantes de la realidad, influyendo en la experiencia emocional y en la conducta. Desde esta perspectiva, en el trastorno obsesivo-compulsivo las interpretaciones asociadas a pensamientos intrusivos,

responsabilidad excesiva o necesidad de control pueden contribuir al sostenimiento del malestar y a la interferencia en la vida cotidiana.

En concordancia con esta perspectiva, el modelo de procesamiento emocional propuesto por Foa y Kozak (1986) sostiene que la modificación del miedo requiere la activación de la estructura de temor y la incorporación de información incompatible con las asociaciones amenazantes existentes. Desde este enfoque, las conductas de evitación y las respuestas orientadas a reducir inmediatamente el malestar pueden dificultar el acceso a información correctiva y contribuir al mantenimiento del temor. Aplicado al TOC, este modelo permite comprender por qué el alivio inmediato producido por los rituales compulsivos puede perpetuar el ciclo obsesivo-compulsivo, al impedir la desconfirmación de las creencias vinculadas con el peligro y las consecuencias temidas. En esta línea, Foa (2010) señala que las personas con TOC tienden a sobreestimar la probabilidad de ocurrencia de eventos negativos y a exagerar la gravedad de sus posibles consecuencias, lo que favorece una percepción persistente de amenaza y una constante necesidad de certeza o seguridad, contribuyendo al mantenimiento de las obsesiones y las conductas compulsivas asociadas.

Por otra parte, Mataix-Cols et al. (2005) proponen un modelo multidimensional del TOC, según el cual los síntomas pueden organizarse en diferentes dimensiones relativamente estables a lo largo del tiempo. Entre las principales dimensiones identificadas se encuentran contaminación/limpieza, simetría/orden, acumulación y obsesiones/chequeo. Los autores sostienen que esta organización dimensional permite comprender con mayor precisión la heterogeneidad clínica del trastorno, ya que cada dimensión puede presentar diferencias en términos de severidad, comorbilidad, curso evolutivo y respuesta al tratamiento.

Asimismo, los autores señalan que estas dimensiones podrían estar asociadas a mecanismos neurobiológicos y genéticos parcialmente diferenciados, evidenciando la participación de distintos circuitos neurales en las diversas manifestaciones sintomáticas del TOC (Mataix-Cols et al., 2005). Desde esta perspectiva, el trastorno no sería una entidad homogénea y unitaria, sino un conjunto de síndromes parcialmente superpuestos que comparten ciertas características clínicas, cognitivas y biológicas. En este sentido, el modelo dimensional contribuye a ampliar la comprensión del TOC al integrar aspectos psicopatológicos, neurobiológicos y evolutivos dentro de una misma conceptualización teórica.

En síntesis, el trastorno obsesivo-compulsivo constituye una condición psicopatológica compleja y heterogénea, caracterizada por la presencia de obsesiones y compulsiones que generan malestar significativo e interferencia funcional. Más allá de la descripción sintomática propuesta por los sistemas diagnósticos, los modelos cognitivo-conductuales permiten comprender que el mantenimiento del trastorno se relaciona con la interpretación disfuncional de los pensamientos intrusivos, las creencias asociadas a la responsabilidad, el peligro y el control, así como con las estrategias de neutralización implementadas para reducir la ansiedad. Los desarrollos dimensionales destacan la diversidad de manifestaciones clínicas que pueden presentarse dentro del trastorno, evidenciando que el TOC no constituye una entidad homogénea, sino un conjunto de fenómenos con características clínicas, cognitivas y neurobiológicas parcialmente diferenciadas. Esta complejidad permite comprender por qué el impacto del TOC trasciende la mera presencia de síntomas y puede extenderse a múltiples áreas del funcionamiento cotidiano y del bienestar subjetivo de las personas.

TOC, funcionamiento y discapacidad

El deterioro funcional constituye un aspecto central para comprender las consecuencias del trastorno obsesivo-compulsivo más allá de la descripción de sus síntomas. De acuerdo con el DSM-5-TR, para establecer el diagnóstico, las obsesiones o compulsiones deben insumir una cantidad considerable de tiempo o producir un malestar clínicamente significativo o un deterioro en áreas sociales, laborales u otros ámbitos relevantes de la vida de la persona (American Psychiatric Association [APA], 2022). Por lo tanto, el impacto sobre el funcionamiento no representa una consecuencia secundaria del trastorno, sino uno de los elementos que permiten valorar su relevancia clínica.

La Clasificación Internacional del Funcionamiento, de la Discapacidad y de la Salud propone una perspectiva que amplía esta comprensión. Desde este enfoque, la discapacidad no se determina únicamente por la presencia de una condición de salud, sino que resulta de la interacción entre dicha condición, el funcionamiento de la persona y los factores contextuales. Su análisis comprende las alteraciones en las funciones y estructuras corporales, las limitaciones para realizar actividades, las restricciones en la participación y la influencia de los factores ambientales, los cuales pueden actuar como facilitadores o como barreras (Organización Mundial de la Salud [OMS], 2001).

Aplicada al TOC, esta perspectiva permite reconocer que las obsesiones, las compulsiones y las conductas de evitación pueden generar repercusiones que exceden el malestar subjetivo. El tiempo destinado a los rituales, las interrupciones reiteradas, la duda persistente, la necesidad de cumplir determinadas reglas y la evitación de situaciones temidas pueden dificultar la organización y finalización de tareas, la toma de decisiones, el cumplimiento de responsabilidades y la participación en actividades familiares, sociales, académicas o laborales. De este modo, el impacto del trastorno no se manifiesta solamente en aquello que la persona realiza con dificultad, sino también en las actividades que posterga, delega, restringe o deja de realizar como consecuencia de los síntomas.

La relevancia de estas repercusiones funcionales también ha sido reconocida por la Organización Mundial de la Salud. En la documentación técnica elaborada para el 24.º Comité de Expertos en Selección y Uso de Medicamentos Esenciales, el TOC es caracterizado como un trastorno frecuente y altamente discapacitante, debido al importante impacto que puede producir sobre el funcionamiento cotidiano de quienes lo padecen (OMS, 2023). Este reconocimiento permite dimensionar la carga asociada al trastorno y comprender que, especialmente en los casos de mayor gravedad, sus manifestaciones pueden comprometer significativamente la participación y el desempeño en distintas áreas de la vida. Sin embargo, ello no implica que toda persona con TOC presente una discapacidad, ya que la existencia y la magnitud de las limitaciones funcionales deben evaluarse caso por caso.

Esta distinción resulta especialmente importante debido a la heterogeneidad clínica del trastorno. Personas que comparten el mismo diagnóstico pueden presentar diferentes tipos de síntomas, niveles de severidad, cursos evolutivos y grados de interferencia. Los efectos en el funcionamiento pueden variar según los recursos personales, los apoyos disponibles y las características del entorno. Por consiguiente, el carácter potencialmente discapacitante del TOC no deriva exclusivamente de la categoría diagnóstica, sino de la intensidad y persistencia de las dificultades que la persona experimenta para realizar actividades y participar en los distintos ámbitos de su vida.

En Argentina, la posible certificación de la discapacidad (CUD) asociada al TOC se encuentra contemplada en la *Normativa para la Certificación de Personas con Discapacidad con Deficiencia Mental e Intelectual*, aprobada mediante la Disposición 648/2015 del Servicio Nacional de Rehabilitación. Este marco normativo utiliza la CIE-10 para identificar

y codificar las condiciones de salud, mientras que recurre a la Clasificación Internacional del Funcionamiento, de la Discapacidad y de la Salud para elaborar el perfil de funcionamiento de la persona. Dentro del listado de códigos de la CIE-10 considerados en el proceso de evaluación se incluye el código F42, correspondiente al trastorno obsesivo-compulsivo (Servicio Nacional de Rehabilitación [SNR], 2015).

No obstante, la inclusión del TOC en ese listado no determina automáticamente el otorgamiento del Certificado Único de Discapacidad (CUD). La normativa establece que la presencia del diagnóstico, por sí sola, no es suficiente, ya que la evaluación debe considerar las alteraciones en las funciones corporales, las limitaciones en las actividades, las restricciones en la participación y la influencia de los factores ambientales. A partir de estos componentes, una junta interdisciplinaria valora el perfil de funcionamiento particular y determina si las consecuencias de la condición de salud reúnen los criterios previstos para la certificación (SNR, 2015).

El reconocimiento del posible carácter discapacitante del TOC permite comprender que sus repercusiones pueden alcanzar un nivel que comprometa de manera significativa el desenvolvimiento cotidiano. Sin embargo, discapacidad y alteración en la calidad de vida no constituyen conceptos equivalentes. Mientras que la discapacidad se relaciona con las alteraciones del funcionamiento, las limitaciones en las actividades y las restricciones en la participación, la calidad de vida incorpora la percepción que la persona tiene de su posición en la vida, su bienestar, sus relaciones, sus expectativas y sus posibilidades de desarrollar proyectos significativos (OMS, 2001; The WHOQOL Group, 1995). Por ello, personas con dificultades funcionales semejantes pueden experimentar y valorar de manera diferente su calidad de vida, dependiendo de sus recursos, expectativas, apoyos y condiciones ambientales.

En conjunto, los aportes diagnósticos, cognitivo-conductuales, dimensionales y funcionales permiten comprender al TOC como una condición compleja y heterogénea, cuyas consecuencias pueden extenderse más allá del malestar producido por las obsesiones y compulsiones. Cuando estas manifestaciones generan limitaciones significativas y persistentes en las actividades cotidianas y en la participación social, el trastorno puede adquirir un carácter discapacitante. Esta perspectiva conduce a examinar no solo la presencia

y la severidad de los síntomas, sino también la manera en que sus repercusiones afectan las distintas dimensiones de la calidad de vida de las personas adultas con TOC.

CALIDAD DE VIDA EN PERSONAS ADULTAS CON TOC

La calidad de vida constituye un concepto amplio y multidimensional que ha adquirido creciente relevancia en el ámbito de la salud mental, especialmente en el estudio de trastornos crónicos como el trastorno obsesivo-compulsivo (TOC). El estudio de la calidad de vida exige considerar no solo la presencia y severidad de los síntomas, sino también el modo en que estos afectan el funcionamiento cotidiano, las relaciones interpersonales y el bienestar subjetivo.

La Organización Mundial de la Salud define la calidad de vida como “la percepción que un individuo tiene de su posición en la vida, en el contexto de la cultura y sistema de valores en los que vive y en relación con sus objetivos, expectativas, normas e intereses” (The WHOQOL Group, 1995, p. 1403). Desde esta perspectiva, la calidad de vida comprende diferentes dimensiones, entre ellas el bienestar físico, psicológico, vincular y ambiental, considerando tanto aspectos objetivos como subjetivos de la experiencia humana.

En consonancia con esta perspectiva, Schalock (2004) concibe la calidad de vida como un constructo multidimensional que abarca diferentes dominios vinculados al bienestar integral de las personas. Entre ellos destaca el bienestar emocional, las relaciones interpersonales, el bienestar material, el desarrollo personal, el bienestar físico, la autodeterminación, la inclusión social y el ejercicio de derechos. Desde este enfoque, la calidad de vida no se limita a la ausencia de enfermedad o malestar, sino que implica considerar las oportunidades de participación, autonomía y satisfacción en las distintas áreas de la vida cotidiana.

Felce y Perry (1995) señalan que la calidad de vida implica la combinación de condiciones objetivas de existencia y la valoración subjetiva que cada persona realiza de dichas condiciones. Desde esta perspectiva, la evaluación de la calidad de vida requiere considerar tanto aspectos observables del funcionamiento cotidiano como la percepción individual de bienestar y satisfacción en diferentes áreas vitales.

En el campo de la salud mental, la calidad de vida adquiere especial relevancia debido al impacto que los trastornos psicológicos pueden generar sobre el funcionamiento cotidiano y

el bienestar subjetivo de las personas. Esta perspectiva exige que la evaluación de la salud mental no se limite únicamente a la presencia o ausencia de síntomas, sino que considere también el grado de interferencia que estos producen en las distintas áreas de la vida diaria.

En relación con el trastorno obsesivo-compulsivo, Bobes et al. (2001) señalan que la calidad de vida de las personas afectadas puede verse significativamente deteriorada en múltiples dimensiones del funcionamiento cotidiano. Los autores encontraron que las áreas más afectadas corresponden al funcionamiento social, el bienestar emocional y la salud mental, evidenciando que el impacto del trastorno trasciende la presencia de síntomas específicos. Los autores destacan que las dificultades asociadas al TOC pueden repercutir en el desempeño académico, laboral, familiar y social, comprometiendo de manera significativa el bienestar general de quienes lo padecen.

Por otra parte, la literatura revisada coincide en señalar que el TOC puede producir un importante deterioro psicosocial y afectar negativamente la calidad de vida de quienes lo padecen. En este sentido, Torresan et al. (2008) destacan que las personas con TOC suelen presentar dificultades en áreas vinculadas con el funcionamiento social, familiar y ocupacional, así como elevados niveles de sufrimiento subjetivo. Desde esta perspectiva, la afectación de la calidad de vida no depende únicamente de la gravedad de los síntomas, sino también del impacto que el trastorno produce sobre el bienestar general y el funcionamiento cotidiano. En la misma línea, Fineberg et al. (2013) caracterizan al TOC como un trastorno asociado con un importante grado de discapacidad funcional y con una disminución de la calidad de vida relacionada con la salud. Los autores señalan que este deterioro puede expresarse en dimensiones como la vitalidad, el funcionamiento social, las limitaciones en el desempeño de roles debido a problemas emocionales y la salud mental, así como en el funcionamiento social y familiar.

Dentro de las repercusiones familiares asociadas al TOC, Albert et al. (2017) describen la acomodación familiar como el conjunto de respuestas mediante las cuales los allegados se involucran en los síntomas obsesivo-compulsivos o modifican sus propias conductas y rutinas en función de ellos. Estas respuestas pueden expresarse mediante el reaseguro frente a las dudas obsesivas, la participación directa en compulsiones, la asistencia durante la realización de rituales, la facilitación de conductas de evitación o la asunción de responsabilidades que habitualmente corresponderían a la persona con TOC. Asimismo, la organización familiar

puede verse modificada en aspectos como los horarios, las actividades recreativas y las dinámicas de la vida doméstica.

Si bien estas conductas suelen surgir como intentos de disminuir el malestar, ahorrar tiempo o facilitar el funcionamiento cotidiano, pueden asociarse con una mayor carga para los familiares, una peor calidad de vida de los allegados y un mayor deterioro funcional de la persona afectada (Albert et al., 2017).

A partir de estas conceptualizaciones, el impacto del TOC sobre la calidad de vida puede organizarse en diferentes dimensiones interrelacionadas. La dimensión cotidiana y ocupacional comprende la capacidad para sostener rutinas, estudiar, trabajar, realizar tareas domésticas y participar de actividades recreativas. La dimensión interpersonal y social involucra los vínculos familiares, de pareja y de amistad, así como las oportunidades de participación e inclusión social. La dimensión psicológica refiere al bienestar emocional, la percepción de autonomía, la satisfacción personal y el malestar asociado a los síntomas. Finalmente, la dimensión física comprende aquellos aspectos vinculados con el descanso, la energía, el autocuidado y las posibles consecuencias corporales asociadas a determinadas conductas compulsivas. Esta organización permite comprender que el deterioro de la calidad de vida en el TOC no se expresa de una manera única, sino mediante la interacción entre síntomas, limitaciones funcionales y condiciones particulares de la vida cotidiana.

Considerando que la calidad de vida involucra dimensiones relacionadas con la autonomía, el desempeño ocupacional, las relaciones interpersonales y la participación social, resulta relevante analizar aquellos factores que pueden influir en dichas áreas más allá de la sintomatología clínica. En este marco, el estudio de las alteraciones neurocognitivas asociadas al TOC adquiere especial interés, dado que determinadas funciones cognitivas son esenciales en el funcionamiento cotidiano y podrían contribuir a explicar parte del deterioro observado en la calidad de vida de esta población.

ALTERACIONES NEUROCOGNITIVAS EN TOC Y SU RELACIÓN CON LA CALIDAD DE VIDA

La severidad de los síntomas obsesivo-compulsivos constituye uno de los factores más estrechamente asociados con el deterioro de la calidad de vida en el TOC; sin embargo, la evidencia contemporánea indica que existen otros factores que contribuyen al deterioro funcional, entre ellos las alteraciones neurocognitivas, particularmente en las funciones ejecutivas. Estas dificultades pueden influir en el desempeño cotidiano, la adaptación al entorno y el funcionamiento social y ocupacional, constituyendo una dimensión complementaria para comprender la experiencia subjetiva y el impacto del trastorno.

Si bien numerosos estudios han identificado una asociación significativa entre la severidad de los síntomas obsesivo-compulsivos y el deterioro de la calidad de vida, la evidencia disponible sugiere que esta relación no resulta suficiente para explicar la totalidad de las dificultades funcionales observadas en las personas con TOC. En este sentido, individuos con niveles similares de gravedad clínica pueden presentar diferencias significativas en su desempeño académico, laboral, social y ocupacional. Esta observación ha llevado a considerar la participación de otros factores potencialmente implicados en la adaptación cotidiana, entre los cuales las alteraciones neurocognitivas han adquirido creciente relevancia dentro de la investigación contemporánea.

El funcionamiento neurocognitivo comprende un conjunto de procesos cognitivos implicados en la regulación y organización de la conducta, permitiendo a las personas adaptarse de manera flexible a las demandas del entorno. Dentro de estos procesos, las funciones ejecutivas ocupan un lugar central, ya que intervienen en la planificación de acciones, la resolución de problemas, la toma de decisiones y el control de la conducta dirigida a objetivos (Diamond, 2013). Desde esta perspectiva, las funciones ejecutivas resultan fundamentales para el desempeño cotidiano y la adaptación a situaciones nuevas o cambiantes.

Además de las funciones ejecutivas, el funcionamiento neurocognitivo incluye otros procesos como la atención, la memoria, la velocidad de procesamiento de la información y las habilidades visuoespaciales (Lezak et al., 2012). Estas capacidades participan en múltiples actividades de la vida cotidiana, ya que permiten seleccionar información relevante del entorno, mantenerla y manipularla temporalmente, procesarla de manera eficiente y orientar

la conducta hacia metas específicas. Diversos estudios sugieren que las personas con TOC pueden presentar alteraciones de magnitud variable en algunos de estos dominios, particularmente en procesos atencionales y mnésicos, aunque la evidencia disponible resulta menos consistente que la observada para las funciones ejecutivas. La heterogeneidad de estos resultados permite caracterizar el funcionamiento neurocognitivo en el TOC como un fenómeno complejo que involucra distintos procesos cognitivos potencialmente relacionados con el desempeño cotidiano y la calidad de vida.

En relación con este concepto, Miyake et al. (2000) proponen un modelo integrador de las funciones ejecutivas, señalando que estas comprenden procesos parcialmente diferenciados pero estrechamente relacionados entre sí. Entre los principales componentes identificados por los autores se encuentran el control inhibitorio, la memoria de trabajo y la flexibilidad cognitiva. Según este enfoque, el control inhibitorio refiere a la capacidad para suprimir respuestas automáticas o impulsivas; la memoria de trabajo implica la posibilidad de mantener y manipular información de manera activa; mientras que la flexibilidad cognitiva permite modificar estrategias y adaptarse frente a nuevas demandas o cambios del entorno (Miyake et al., 2000).

Desde una perspectiva neuropsicológica, Lezak et al. (2012) conceptualizan las funciones ejecutivas como un conjunto de capacidades que permiten a las personas formular objetivos, planificar acciones orientadas a alcanzarlos, ejecutar dichas acciones y supervisar sus resultados. Según estos autores, estos procesos constituyen un componente fundamental de la conducta adaptativa, ya que posibilitan organizar el comportamiento de acuerdo con metas futuras y modificarlo cuando las circunstancias lo requieren. Esta concepción permite comprender que las funciones ejecutivas no se limitan a habilidades cognitivas aisladas, sino que intervienen en la coordinación de múltiples procesos necesarios para desenvolverse de manera autónoma en la vida cotidiana.

Desde esta perspectiva, actividades habituales como administrar el tiempo, organizar tareas, resolver problemas imprevistos, tomar decisiones o ajustar estrategias frente a cambios del entorno dependen, en gran medida, del adecuado funcionamiento ejecutivo. Por ello, las alteraciones en estos procesos pueden manifestarse en dificultades para planificar actividades, mantener conductas dirigidas a objetivos, monitorear errores o adaptarse a nuevas demandas, generando limitaciones en el funcionamiento cotidiano y en la autonomía personal.

En la misma línea, Diamond (2013) sostiene que las funciones ejecutivas están implicadas en múltiples actividades de la vida cotidiana, dado que permiten planificar acciones, regular respuestas emocionales y conductuales, mantener la atención y adaptarse de manera flexible a distintas situaciones. La autora destaca que estos procesos resultan esenciales para el funcionamiento académico, laboral y social, así como para la autonomía y la resolución de problemas cotidianos. Desde esta perspectiva, las alteraciones en las funciones ejecutivas pueden generar dificultades significativas en la organización de actividades, la adaptación conductual y el desempeño funcional.

Desde una perspectiva práctica, las funciones ejecutivas participan activamente en actividades cotidianas vinculadas con la organización de tareas, la toma de decisiones, la regulación conductual y la adaptación a situaciones nuevas. Por este motivo, las alteraciones en estos procesos podrían repercutir sobre dimensiones centrales de la calidad de vida, tales como la autonomía personal, el desempeño académico y laboral, las relaciones interpersonales y la participación social. En consecuencia, el estudio de las funciones ejecutivas en personas con TOC resulta relevante para comprender aspectos del funcionamiento cotidiano que no siempre pueden explicarse únicamente a partir de la severidad sintomática.

Diversas revisiones sistemáticas y metaanálisis realizados durante las últimas décadas sugieren que las personas con TOC pueden presentar alteraciones en distintos procesos neurocognitivos, particularmente en funciones ejecutivas como el control inhibitorio, la flexibilidad cognitiva, la planificación y la memoria de trabajo. No obstante, la evidencia disponible indica que estas dificultades presentan una magnitud variable y no se manifiestan de manera homogénea en todos los individuos con el trastorno. Su relación con la severidad sintomática y el funcionamiento cotidiano se encuentra influida por múltiples variables clínicas y psicopatológicas.

En conjunto, aunque la severidad de los síntomas obsesivo-compulsivos continúa siendo uno de los principales factores asociados con el deterioro de la calidad de vida en personas con TOC, la evidencia actual sugiere que las alteraciones neurocognitivas constituyen una dimensión complementaria de relevancia clínica y funcional. Las dificultades en procesos como el control inhibitorio, la flexibilidad cognitiva, la planificación, la memoria de trabajo, así como en otros dominios neurocognitivos vinculados con la atención y la memoria,

podrían influir en la capacidad de las personas para desenvolverse de manera autónoma, adaptarse a las demandas del entorno y sostener un adecuado funcionamiento social y ocupacional. Desde esta perspectiva, el estudio del funcionamiento neurocognitivo permite ampliar la comprensión del impacto del TOC sobre la calidad de vida, incorporando factores que trascienden la mera gravedad de los síntomas.

METODOLOGÍA

Diseño: El presente Trabajo Integrador Final se desarrolló mediante una revisión bibliográfica de carácter teórico, con un diseño descriptivo y exploratorio. A partir del análisis de literatura científica, se examinó la evidencia disponible acerca de la calidad de vida en personas adultas con trastorno obsesivo-compulsivo, atendiendo a sus manifestaciones clínicas, a las dimensiones de la calidad de vida comprometidas y a la posible relación entre las alteraciones neurocognitivas y el funcionamiento cotidiano.

Participantes: No aplica, debido a que el presente trabajo consiste en una revisión bibliográfica y no incluyó la participación directa de personas.

Instrumentos: No aplica, dado que no se administraron instrumentos de evaluación. La información analizada se obtuvo de publicaciones científicas seleccionadas de acuerdo con los criterios establecidos.

La revisión se orientó de acuerdo con los objetivos del trabajo y se organizó en torno a tres ejes principales: las manifestaciones clínicas del TOC y su interferencia en el funcionamiento cotidiano; las dimensiones de la calidad de vida afectadas; y la posible relación entre las alteraciones neurocognitivas asociadas al trastorno, el funcionamiento cotidiano y la calidad de vida.

Para organizar el proceso de búsqueda, selección y análisis de las publicaciones, se tomaron como referencia criterios generales de sistematización bibliográfica, especialmente aquellos relacionados con la definición de las fuentes de información, las palabras clave, los criterios de inclusión y exclusión y las etapas de selección de los estudios.

Estrategia de búsqueda: Se realizó una búsqueda bibliográfica en bases de datos, buscadores académicos y plataformas de acceso a publicaciones científicas, entre ellas PubMed, Scopus, PsycINFO, APA PsycNet, SciELO, Redalyc, ScienceDirect, SpringerLink y Google Scholar. De manera complementaria, se utilizaron herramientas de inteligencia artificial, como apoyo exploratorio para identificar términos de búsqueda, autores y posibles publicaciones relacionadas con los objetivos del trabajo. Las referencias sugeridas mediante estas herramientas no fueron incorporadas de manera automática, sino que se verificaron

posteriormente mediante la consulta de las publicaciones originales y la comprobación de sus datos en bases de datos, buscadores y plataformas académicas.

La búsqueda abarcó publicaciones disponibles hasta mayo de 2026. Se priorizaron las investigaciones publicadas entre 2013 y 2026, aunque también se incorporaron estudios anteriores cuando constituyeron antecedentes relevantes para comprender la calidad de vida, el funcionamiento cotidiano o las alteraciones neurocognitivas en el TOC.

Se utilizaron palabras clave en español e inglés relacionadas con los conceptos centrales del estudio, entre ellas: *"trastorno obsesivo-compulsivo"*, *"obsessive-compulsive disorder" (OCD)*, *"obsessive-compulsive disorder in adults"*, *"adults with OCD"*, *"adult obsessive-compulsive disorder"*, *"quality of life" (QoL)*, *"health-related quality of life"*, *"functional impairment"*, *"daily functioning"*, *"psychosocial functioning"*, *"executive functions"*, *"executive dysfunction"*, *"cognitive functioning"*, *"neurocognitive functioning"*, *"neuropsychological functioning"*, *"cognitive deficits"*, *"working memory"*, *"cognitive flexibility"*, *"inhibitory control"*, *"attention"*, *"memory"*, *"quality of life and OCD"*, *"quality of life in adults with OCD"*, *"executive functions and OCD"*, *"neurocognition and obsessive-compulsive disorder"*.

Las palabras clave se combinaron mediante operadores booleanos.

- "Obsessive-compulsive disorder" AND "quality of life"
- "OCD" AND "quality of life" AND adults
- "Obsessive-compulsive disorder" AND "executive functions"
- "OCD" AND neurocognition
- "Adults with OCD" AND "functional impairment"
- "Obsessive-compulsive disorder" AND "cognitive functioning"
- "Quality of life" AND "executive dysfunction" AND OCD
- "Obsessive-compulsive disorder" AND "daily functioning"

También se realizó una búsqueda manual a partir de las referencias bibliográficas de artículos, revisiones sistemáticas y metaanálisis considerados relevantes para los objetivos del trabajo.

Criterios de inclusión: Se incluyeron publicaciones que cumplieran con los siguientes criterios:

- artículos científicos publicados en revistas con revisión por pares;
- publicaciones disponibles en idioma español o inglés;
- estudios realizados con población adulta con diagnóstico de trastorno obsesivo-compulsivo;
- investigaciones que abordaran la calidad de vida, el funcionamiento cotidiano, el deterioro funcional o el funcionamiento psicosocial en personas con TOC;
- estudios que analizaron alteraciones neurocognitivas asociadas al trastorno;
- investigaciones que permitieran examinar la posible relación entre la sintomatología obsesivo-compulsiva, el funcionamiento neurocognitivo, el funcionamiento cotidiano y la calidad de vida.

Se priorizaron las investigaciones publicadas entre 2013 y 2026 y los artículos incluidos en revistas científicas indexadas. No obstante, también se incorporaron estudios clásicos y publicaciones de referencia anteriores cuando resultaron relevantes para el desarrollo conceptual o empírico del tema.

Los manuales diagnósticos, libros y publicaciones teóricas se utilizaron principalmente para la conceptualización del TOC, la calidad de vida, la discapacidad y el funcionamiento neurocognitivo dentro del marco teórico. Estas fuentes se diferenciaron de los estudios empíricos empleados para analizar la evidencia científica disponible.

Criterios de exclusión: Se excluyeron:

- estudios centrados exclusivamente en población infantil o adolescente;
- publicaciones referidas exclusivamente al tratamiento del TOC que no aportaran información sobre calidad de vida, funcionamiento cotidiano, deterioro funcional o procesos neurocognitivos;

- estudios que no abordaran específicamente las variables de interés del presente trabajo.

Procedimiento de selección y análisis de la información: La información procedente de las publicaciones seleccionadas fue organizada considerando la autoría y el año de publicación, el diseño del estudio, las características de la población o muestra, los instrumentos utilizados, las variables evaluadas, los principales resultados y su aporte a los objetivos de la revisión. Posteriormente, la información fue organizada y analizada de manera temática, agrupando los hallazgos en tres ejes principales: a) manifestaciones clínicas del TOC, b) calidad de vida en personas adultas con TOC y c) alteraciones neurocognitivas y su relación con la calidad de vida.

Consideraciones éticas: Al tratarse de una revisión bibliográfica basada en el análisis de publicaciones científicas, el estudio no implicó contacto directo con participantes, intervención clínica ni utilización de datos personales. Se respetaron los principios de honestidad académica, reconocimiento de la autoría y citación de las fuentes utilizadas.

CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES

Las actividades correspondientes a la elaboración del presente Trabajo Integrador Final se desarrollaron de acuerdo con el siguiente cronograma. Los períodos consignados son aproximados y reflejan las principales etapas del proceso de investigación y escritura.

Actividad	Período
Delimitación del tema, formulación de la pregunta de investigación y definición de los objetivos	Abril de 2026
Búsqueda y selección inicial de bibliografía científica	Abril–mayo de 2026
Lectura, análisis y organización temática de las publicaciones seleccionadas	Mayo–junio de 2026
Elaboración del Estado del Arte y del Marco Teórico	Junio de 2026
Redacción de la Metodología y organización de la evidencia revisada	Junio de 2026
Elaboración de la Discusión, las Limitaciones y las Conclusiones	Junio-julio de 2026

RESULTADOS

Las publicaciones analizadas abarcaron el período comprendido entre 1996 y 2026 e incluyeron estudios observacionales, investigaciones longitudinales, estudios de casos y controles, revisiones de la literatura, revisiones sistemáticas y metaanálisis. Las muestras estuvieron conformadas principalmente por personas adultas con diagnóstico de trastorno obsesivo-compulsivo atendidas en contextos ambulatorios. Algunos trabajos incorporaron participantes sanos o valores de referencia de la población general, mientras que otros evaluaron a personas que habían alcanzado la remisión o la recuperación clínica.

La calidad de vida fue examinada principalmente mediante el SF-36, el WHOQOL-BREF y el EQ-5D, mientras que la severidad de las obsesiones y compulsiones se evaluó con mayor frecuencia mediante la Y-BOCS. Los estudios neurocognitivos emplearon diferentes tareas destinadas a valorar funciones ejecutivas, atención, memoria y velocidad de procesamiento. A partir del análisis temático, los resultados se organizaron en tres ejes: manifestaciones clínicas e interferencia funcional, dimensiones de la calidad de vida afectadas y alteraciones neurocognitivas asociadas al TOC.

Manifestaciones clínicas del TOC e interferencia en el funcionamiento cotidiano:

Los estudios revisados mostraron que las manifestaciones del TOC pueden combinar estabilidad y variación a lo largo del tiempo. En el seguimiento prospectivo realizado por Obisie-Orlu et al. (2025), las obsesiones relacionadas con contaminación, acumulación, simetría y responsabilidad por daño, así como las compulsiones de acumulación, limpieza y comprobación, presentaron una mayor tendencia a mantenerse. Sin embargo, también se observaron cambios entre categorías sintomáticas, lo que evidenció un curso heterogéneo.

Más allá del contenido específico de los síntomas, las investigaciones coincidieron en que las obsesiones, las compulsiones, las conductas de evitación y la búsqueda de reaseguro pueden interferir significativamente en la vida cotidiana. El tiempo destinado a los rituales, las interrupciones reiteradas y las dificultades para finalizar actividades se asociaron con limitaciones en el autocuidado, las tareas domésticas, el estudio, el trabajo y la interacción social (Koran et al., 1996; Sahoo et al., 2017; Subramaniam et al., 2013).

Koran et al. (1996) encontraron un deterioro significativo del funcionamiento social y del desempeño de roles instrumentales en comparación con la población general. La mayor severidad de los síntomas se relacionó con un peor funcionamiento social, pero no presentó la misma asociación con los roles instrumentales. Por su parte, Sahoo et al. (2017) y Subramaniam et al. (2013) identificaron dificultades en las actividades diarias, el desempeño académico y laboral, la participación recreativa, los vínculos interpersonales y la autonomía.

En el ámbito familiar, las conductas de acomodación incluyeron la participación de los allegados en los rituales, el reaseguro frente a las dudas, la facilitación de evitaciones y la modificación de las rutinas domésticas. Estas respuestas se asociaron con una mayor carga familiar y con un mayor deterioro funcional de la persona con TOC (Albert et al., 2017).

En conjunto, los resultados mostraron que las manifestaciones clínicas del TOC no se limitan al malestar producido por las obsesiones y compulsiones, sino que interfieren en la organización de las actividades, el cumplimiento de responsabilidades, el desempeño de roles y la participación social. No obstante, la forma y la intensidad de esta interferencia variaron según el perfil sintomático, el área funcional evaluada y las características de las personas estudiadas.

Dimensiones de la calidad de vida afectadas en personas adultas con TOC:

Los estudios coincidieron en que las personas adultas con TOC presentan una calidad de vida inferior a la población general. A pesar de utilizar instrumentos y criterios de evaluación diferentes, los hallazgos mostraron una afectación reiterada del bienestar psicológico y emocional, las relaciones sociales y familiares, el desempeño académico y laboral y las actividades de la vida diaria (Bobes et al., 2001; Coluccia et al., 2016; Rodríguez-Salgado et al., 2006; Sahoo et al., 2017; Subramaniam et al., 2013).

Sahoo et al. (2017) registraron puntuaciones significativamente más bajas en los dominios físico, psicológico, social y ambiental del WHOQOL-BREF, con mayor afectación de las áreas psicológica y social. De manera concordante, el metaanálisis de Coluccia et al. (2016) mostró una disminución significativa de la calidad de vida global, con tamaños del efecto moderados, y un deterioro particular del funcionamiento social y laboral, el bienestar emocional y la vida familiar.

En una muestra de 575 pacientes adultos, Velloso et al. (2018) encontraron puntuaciones inferiores a los valores de referencia en siete de los ocho dominios del SF-36. Las áreas más comprometidas fueron la salud mental y la vitalidad, mientras que el funcionamiento físico presentó una conservación relativa. Sin embargo, la revisión sistemática y el metaanálisis de Pozza et al. (2019) mostraron que las personas con TOC presentaban una percepción más desfavorable de su salud física, mayor interferencia de esta dimensión en las actividades habituales y una mayor percepción de dolor corporal. Por lo tanto, la dimensión física también resultó afectada, aunque los hallazgos fueron menos uniformes que los correspondientes a las dimensiones psicológica y social.

La severidad de las obsesiones y compulsiones fue uno de los factores más consistentemente asociados con una peor calidad de vida. Esta relación se observó en diferentes dominios e instrumentos de evaluación (Rodríguez-Salgado et al., 2006; Sahoo et al., 2017; Subramaniam et al., 2013; Velloso et al., 2018). No obstante, la asociación no fue completa ni uniforme. Koran et al. (1996) encontraron que la severidad se vinculaba con el funcionamiento social, pero no explicaba de igual manera las dificultades en los roles instrumentales. Remmerswaal et al. (2020) identificaron una correlación moderada entre severidad y calidad de vida ($r = -0,40$).

Los estudios también señalaron la influencia de los síntomas depresivos y ansiosos, las comorbilidades, el deterioro funcional y el apoyo social percibido (Huppert et al., 2009; Rodríguez-Salgado et al., 2006; Subramaniam et al., 2013; Velloso et al., 2018). En particular, Velloso et al. (2018) encontraron que los síntomas depresivos se relacionaban con el deterioro de todos los dominios del SF-36, mientras que la ansiedad presentaba asociaciones con la salud mental, la vitalidad, el dolor corporal y las limitaciones vinculadas con problemas emocionales.

La disminución sintomática tampoco garantizó una recuperación completa de la calidad de vida. Remmerswaal et al. (2020) observaron que la calidad de vida mejoraba entre quienes alcanzaban la remisión, aunque continuaba por debajo de los valores de la población general. Huppert et al. (2009) también identificaron dificultades funcionales y una calidad de vida inferior en pacientes en remisión. De manera similar, Jaisoorya et al. (2026) encontraron que las personas clínicamente recuperadas mantenían un menor funcionamiento global, mayores

niveles de discapacidad y una calidad de vida inferior en el dominio ambiental respecto de los participantes sanos.

En síntesis, las dimensiones más consistentemente afectadas fueron el bienestar psicológico y emocional, las relaciones sociales y familiares y el desempeño cotidiano, académico y laboral. La dimensión física también presentó alteraciones, aunque con mayor heterogeneidad. La severidad sintomática se relacionó con una peor calidad de vida, pero no explicó por sí sola la totalidad del deterioro observado.

Alteraciones neurocognitivas asociadas al TOC y su relación con la calidad de vida:

Los estudios neuropsicológicos identificaron dificultades en funciones ejecutivas, atención, memoria y velocidad de procesamiento. Los resultados más reiterados correspondieron al control inhibitorio, la flexibilidad cognitiva, la planificación y la memoria de trabajo (Kuelz et al., 2004; Shin et al., 2014; Snyder et al., 2015).

El metaanálisis de Abramovitch et al. (2013) también registró diferencias en atención sostenida, velocidad de procesamiento y memoria no verbal. Sin embargo, la magnitud de las alteraciones fue predominantemente pequeña o moderada. Además, parte del menor rendimiento en memoria no verbal se relacionó con dificultades en la organización y planificación de la información, más que con un déficit primario de almacenamiento. Los hallazgos sobre atención fueron menos uniformes, dado que no todas las investigaciones identificaron alteraciones significativas en este dominio.

Katz et al. (2024) observaron cambios a lo largo del tratamiento en memoria verbal, flexibilidad cognitiva y planificación, mientras que el control inhibitorio presentó una mayor estabilidad. La relación entre la reducción sintomática y los cambios en el rendimiento cognitivo fue limitada, por lo que ambas dimensiones no mostraron una evolución completamente paralela.

El estudio de Jaisoorya et al. (2026) aportó evidencia relevante sobre la relación entre neurocognición y funcionamiento. Al comparar a 102 personas clínicamente recuperadas del TOC con 52 participantes sanos, los autores encontraron un menor funcionamiento global, mayor discapacidad y dificultades en memoria de trabajo e inhibición de respuestas en el

primer grupo. Además, una mayor velocidad de procesamiento y una mejor precisión en memoria de trabajo se asociaron con un mejor funcionamiento global.

No obstante, la relación directa entre las alteraciones neurocognitivas y la calidad de vida fue escasamente evaluada. La mayoría de las investigaciones neuropsicológicas se concentró en las diferencias de rendimiento entre personas con TOC y controles o en su asociación con la severidad sintomática. A su vez, los estudios sobre calidad de vida no incorporaron medidas neurocognitivas. Incluso en Jaisoorya et al. (2026), las asociaciones significativas se establecieron principalmente con el funcionamiento global y no con una medida global de calidad de vida.

En consecuencia, la evidencia permitió identificar alteraciones neurocognitivas, especialmente ejecutivas, y algunas asociaciones con el funcionamiento cotidiano. Sin embargo, la heterogeneidad de los resultados y la escasez de estudios que evaluaron simultáneamente neurocognición, funcionamiento y calidad de vida impidieron establecer una relación directa o causal entre estas variables.

DISCUSIÓN

Comprender el impacto del trastorno obsesivo-compulsivo sobre la calidad de vida requiere analizar de manera articulada sus manifestaciones clínicas, la interferencia que producen en el funcionamiento cotidiano y los procesos neurocognitivos potencialmente asociados. En función de los objetivos planteados, la discusión se organiza en tres ejes: las manifestaciones clínicas del TOC y sus consecuencias funcionales; las dimensiones de la calidad de vida afectadas; y la posible relación entre el funcionamiento neurocognitivo, el desempeño cotidiano y la calidad de vida. Desde esta perspectiva, se interpretan los principales resultados obtenidos y se los articula con los aportes conceptuales desarrollados en el marco teórico, siguiendo el recorrido propuesto por los objetivos del presente trabajo.

Manifestaciones clínicas del TOC y deterioro funcional

Las manifestaciones clínicas del trastorno obsesivo-compulsivo no se limitan a la presencia de obsesiones y compulsiones consideradas de manera aislada, sino que configuran una dinámica en la que los pensamientos intrusivos, el malestar emocional, las estrategias de neutralización y las conductas de evitación se relacionan entre sí. Su relevancia clínica no depende únicamente del contenido de los síntomas, sino también de su frecuencia, del tiempo que demandan, de la intensidad del malestar que generan y del grado en que interfieren con el funcionamiento cotidiano. En este sentido, las manifestaciones del TOC adquieren una dimensión funcional cuando condicionan la manera en que la persona organiza sus actividades, toma decisiones, asume responsabilidades y participa en distintos ámbitos de su vida.

El carácter perturbador de las obsesiones no se explica solamente por su aparición, sino también por el significado que la persona les atribuye. Cuando son interpretadas como señales de peligro, responsabilidad excesiva o posibles consecuencias graves, pueden generar una necesidad persistente de obtener certeza, controlar el pensamiento o prevenir aquello que se teme. Como resultado, la atención puede quedar reiteradamente orientada hacia la amenaza, dificultando la concentración y la continuidad de las actividades (Salkovskis, 1985, 1998; Belloch et al., 2009).

Frente a este malestar, las compulsiones y los actos de neutralización funcionan como intentos de reducir la ansiedad o impedir que ocurra el acontecimiento temido. Aunque suelen

producir un alivio inmediato, este efecto es transitorio y favorece su repetición cuando reaparece la duda o la percepción de amenaza. De esta manera, las respuestas inicialmente dirigidas a disminuir el malestar pueden adquirir un carácter progresivamente rígido e incorporarse como condiciones necesarias para continuar con las actividades cotidianas (Foa & Kozak, 1986; Foa, 2010).

Esta dinámica puede transformar acciones habituales en tareas prolongadas, repetitivas o difíciles de finalizar. La necesidad de comprobar, repetir una conducta, seguir una secuencia específica o alcanzar una sensación subjetiva de exactitud puede alterar la organización del tiempo y el cumplimiento de responsabilidades. Actividades relacionadas con el autocuidado, las tareas domésticas, el estudio o el trabajo pueden requerir un esfuerzo desproporcionado, sufrir interrupciones frecuentes o quedar demoradas por la aparición de nuevas dudas y rituales. Por lo tanto, la interferencia del TOC no deriva únicamente de la ansiedad asociada a las obsesiones, sino también del modo en que las respuestas destinadas a reducirla comienzan a ocupar un lugar central en la rutina.

Las conductas de evitación amplían este patrón de interferencia. Para impedir la aparición de pensamientos obsesivos o reducir la ansiedad, la persona puede evitar determinados objetos, lugares, actividades, decisiones o situaciones percibidas como amenazantes. También puede recurrir reiteradamente a otras personas en busca de confirmación, seguridad o ayuda para realizar ciertas tareas. Si bien estas estrategias disminuyen el malestar a corto plazo, pueden restringir progresivamente las posibilidades de acción, aumentar la dependencia y reducir la participación en actividades significativas. De este modo, el impacto funcional no se expresa solamente en aquello que se realiza con dificultad, sino también en lo que se posterga, se delega o deja de hacerse para evitar la ansiedad.

La forma que adopta la interferencia cotidiana puede variar según la dimensión sintomática predominante, lo que refleja la heterogeneidad clínica del trastorno. Las preocupaciones por la contaminación y las compulsiones de limpieza pueden restringir el contacto con personas, objetos o espacios; las necesidades de simetría y exactitud pueden prolongar considerablemente la realización de tareas; y las obsesiones vinculadas con el daño, junto con las conductas de comprobación, pueden incrementar la duda, dificultar la toma de decisiones y comprometer el cumplimiento de responsabilidades. Estos ejemplos muestran que compartir un mismo diagnóstico no implica presentar idénticas manifestaciones ni

experimentar el mismo tipo o grado de interferencia funcional (Mataix-Cols et al., 2005). No obstante, aunque estas diferencias podrían traducirse en repercusiones distintas sobre la calidad de vida, la evidencia revisada no permite establecer una relación uniforme entre cada dimensión sintomática y un dominio específico.

La heterogeneidad del TOC también se expresa en su evolución temporal. La coexistencia de persistencia y variación sintomática identificada por Obisio-Orlu et al. (2025) muestra que el contenido específico de las obsesiones y compulsiones puede modificarse sin que necesariamente desaparezca la dinámica obsesivo-compulsiva subyacente. Por ello, el trastorno no debería comprenderse desde una descripción estática de sus manifestaciones, sino considerando los cambios que pueden producirse a lo largo del tiempo.

Aunque Koran et al. (1996) y Sahoo et al. (2017) utilizaron muestras e instrumentos diferentes, la convergencia de sus hallazgos permite sostener que las consecuencias del TOC trascienden el malestar subjetivo y alcanzan las actividades cotidianas, el desempeño de roles y el funcionamiento social.

En resumen, las manifestaciones clínicas del TOC comprenden obsesiones, compulsiones conductuales y mentales, estrategias de neutralización, conductas de evitación y una búsqueda persistente de certeza o seguridad. Estas manifestaciones adquieren relevancia funcional cuando consumen una cantidad considerable de tiempo, interrumpen las actividades, dificultan la finalización de tareas o restringen la autonomía y la participación. La evidencia revisada resulta consistente respecto de la presencia de deterioro en el funcionamiento cotidiano, aunque muestra mayor heterogeneidad en cuanto a la forma específica que este adopta según el perfil sintomático, el curso del trastorno y las condiciones particulares de cada persona.

Afectación multidimensional de la calidad de vida en personas adultas con TOC

La interferencia funcional producida por el trastorno obsesivo-compulsivo puede extenderse hacia diferentes dimensiones de la calidad de vida. Las dificultades para realizar actividades, sostener responsabilidades o participar en situaciones significativas no constituyen consecuencias aisladas, sino que pueden repercutir simultáneamente en el bienestar psicológico, los vínculos interpersonales, el desempeño ocupacional, la autonomía y el funcionamiento físico. Desde esta perspectiva, el deterioro asociado al TOC debe

comprenderse como un fenómeno multidimensional, en el que las distintas áreas de la vida se encuentran estrechamente relacionadas.

La dimensión psicológica y emocional aparece entre las más comprometidas; sin embargo, este deterioro no debería comprenderse únicamente como una consecuencia directa de la presencia de obsesiones y compulsiones. Desde el modelo cognitivo propuesto por Salkovskis (1985), el malestar característico del TOC se vincula con el significado amenazante que la persona atribuye a sus pensamientos intrusivos y con la necesidad de responder a ellos mediante intentos de control o neutralización. A la luz de este enfoque, el deterioro observado en el bienestar psicológico, emocional y la salud mental (Bobes et al., 2001; Rodríguez-Salgado et al., 2006; Sahoo et al., 2017) puede interpretarse como el resultado de un proceso en el que los síntomas no solo generan ansiedad, sino que reorganizan la experiencia subjetiva de la persona en torno a la vigilancia, la autoexigencia y la búsqueda de certeza. De este modo, la afectación psicológica del TOC no remite solo a la intensidad sintomática, sino también al modo en que los síntomas inciden sobre la percepción de autonomía, la satisfacción personal y la valoración general de la propia calidad de vida.

En relación con las comorbilidades, la depresión merece especial consideración, ya que puede explicar una parte sustancial del deterioro de la calidad de vida en las personas con TOC. Huppert et al. (2009) observaron que la sintomatología depresiva explicaba una proporción importante de la variabilidad en la calidad de vida y el funcionamiento, mientras que Velloso et al. (2018) encontraron que una mayor severidad de los síntomas depresivos se asociaba con un deterioro más amplio en las diferentes dimensiones de la calidad de vida. Los resultados de ambos estudios permiten considerar que, en algunos casos, la sintomatología depresiva—incluida la posibilidad de que se desarrolle de manera secundaria al curso del TOC—podría contribuir al deterioro de la calidad de vida en mayor medida que la intensidad de las propias obsesiones y compulsiones. No obstante, los diseños de los estudios revisados no permiten establecer con certeza la temporalidad ni la causalidad de esta relación. La depresión puede profundizar la pérdida de interés, la desmotivación, el retraimiento y las dificultades funcionales, amplificando así las consecuencias del trastorno. Por ello, al analizar la calidad de vida, resulta necesario diferenciar el impacto directo de la sintomatología obsesivo-compulsiva del impacto asociado con los síntomas depresivos comórbidos.

Estas dificultades se relacionan estrechamente con la dimensión social, familiar e interpersonal. Las conductas de evitación pueden reducir la participación en encuentros, actividades recreativas y espacios compartidos, mientras que el tiempo destinado a los rituales puede limitar la disponibilidad para sostener vínculos y realizar actividades con otras personas. En el ámbito familiar, las demandas de comprobación, reaseguro o asistencia pueden involucrar progresivamente al entorno cercano y dar lugar a formas de acomodación familiar, expresadas en la participación en rituales, la facilitación de conductas de evitación, la modificación de rutinas o la asunción de responsabilidades que habitualmente corresponderían a la persona con TOC.

Si bien estas respuestas suelen surgir como intentos de disminuir el malestar o facilitar el funcionamiento inmediato, pueden aumentar la carga de los familiares, alterar la organización cotidiana y afectar la calidad de los vínculos (Albert et al., 2017). En consecuencia, el trastorno no solo puede disminuir la frecuencia de los intercambios sociales, sino también afectar la calidad de las relaciones, generar tensiones y limitar la posibilidad de construir experiencias compartidas satisfactorias. La reiterada afectación del funcionamiento social y familiar identificada en la literatura muestra que los vínculos constituyen una de las áreas centrales en las que se expresa el impacto del TOC (Koran et al., 1996; Bobes et al., 2001; Coluccia et al., 2016).

La afectación académica, laboral y cotidiana permite observar que el impacto del TOC no se limita al malestar subjetivo, sino que compromete actividades relacionadas con la autonomía, la identidad y la participación social. Las dificultades para cumplir horarios, finalizar tareas, sostener responsabilidades o responder a las demandas del estudio, el trabajo y la vida doméstica constituyen restricciones concretas en la vida cotidiana. Por ello, estos resultados no reflejan solamente un menor rendimiento, sino también limitaciones para desempeñar roles significativos y desarrollar proyectos acordes con los propios intereses y expectativas (Koran et al., 1996; Sahoo et al., 2017; Subramaniam et al., 2013).

Las dimensiones psicológica, social y ocupacional no se deterioran de manera independiente. Una dificultad en una de ellas puede producir consecuencias en las demás. Por ejemplo, las demoras ocasionadas por rituales pueden afectar el rendimiento laboral, generar conflictos familiares y aumentar la frustración; del mismo modo, la evitación de situaciones sociales puede reducir las fuentes de apoyo, intensificar el aislamiento y limitar el acceso a

actividades gratificantes. Esta interdependencia permite comprender que el impacto del TOC no consiste en una simple acumulación de dificultades, sino en un proceso mediante el cual las restricciones presentes en un área pueden ampliar o profundizar el deterioro de otras.

La dimensión física también debe considerarse para comprender integralmente la calidad de vida en personas con TOC, aunque los resultados obtenidos en esta área fueron menos uniformes que los correspondientes a las dimensiones psicológica, social y ocupacional. Mientras Velloso et al. (2018) encontraron una conservación relativa del funcionamiento físico, Pozza et al. (2019) identificaron una percepción más desfavorable del estado de salud física, mayor interferencia en el desempeño de las actividades habituales y una mayor percepción de dolor corporal. Esta diferencia no implica necesariamente una contradicción, ya que los instrumentos empleados evaluaron aspectos parcialmente distintos de la dimensión física. En este sentido, la conservación de ciertas capacidades físicas puede coexistir con una valoración negativa de la propia salud, una menor vitalidad o una mayor interferencia del malestar en las actividades cotidianas.

Estos hallazgos deben interpretarse con cautela, debido a que la salud física percibida puede estar influida por la edad, el género, la presencia de enfermedades médicas, los síntomas ansiosos o depresivos, los tratamientos recibidos y las características metodológicas de los estudios. Por lo tanto, la evidencia disponible no permite sostener que todas las personas con TOC presenten un deterioro físico homogéneo, pero sí muestra que esta dimensión puede verse comprometida y que ha recibido menor atención específica que las áreas psicológica, social y ocupacional (Pozza et al., 2019; Remmerswaal et al., 2020; Sahoo et al., 2017; Velloso et al., 2018).

A su vez, la calidad de vida no depende exclusivamente de la presencia objetiva de limitaciones, sino también de la valoración que cada persona realiza de ellas. Una misma dificultad puede adquirir distinto significado según los proyectos, expectativas, responsabilidades y actividades valoradas por el individuo. La imposibilidad de sostener un trabajo, mantener un vínculo o participar en una actividad especialmente importante puede generar un deterioro profundo, aun cuando otras áreas permanezcan relativamente preservadas. Del mismo modo, la disponibilidad de apoyos familiares, sociales o institucionales puede constituir un factor protector y disminuir algunas consecuencias funcionales sin eliminar necesariamente el malestar producido por los síntomas. Esta

dimensión contextual ayuda a comprender por qué personas con manifestaciones clínicas semejantes pueden experimentar niveles diferentes de satisfacción y bienestar.

La distribución desigual del deterioro muestra que la calidad de vida no puede deducirse únicamente a partir de la severidad de los síntomas. La forma en que las limitaciones afectan el bienestar depende también de las actividades, los vínculos y los roles valorados por cada persona, así como de los recursos y apoyos disponibles en su contexto.

Esta variabilidad en la magnitud y en la forma que adopta el deterioro puede comprenderse desde la perspectiva de la Clasificación Internacional del Funcionamiento, de la Discapacidad y de la Salud. Este enfoque permite desplazar la atención desde el diagnóstico considerado de manera aislada hacia las consecuencias concretas que la condición produce en la vida de la persona. En el TOC, el deterioro no depende únicamente de la intensidad de las obsesiones y compulsiones, sino también del modo en que estas afectan la realización de actividades, el cumplimiento de responsabilidades y la participación en ámbitos significativos, en interacción con las demandas del entorno, los apoyos disponibles y los recursos personales. Por ello, manifestaciones clínicas semejantes pueden dar lugar a niveles diferentes de autonomía, participación y bienestar. Lo potencialmente discapacitante del trastorno no deriva, entonces, de la sola presencia del diagnóstico, sino de la persistencia y la magnitud de las limitaciones que experimenta la persona en su funcionamiento cotidiano. Esta perspectiva complementa el análisis de la calidad de vida, ya que permite reconocer que las restricciones funcionales pueden incidir profundamente en el bienestar percibido, aunque discapacidad y calidad de vida no constituyen conceptos equivalentes.

Alteraciones neurocognitivas y calidad de vida en personas adultas con TOC: una comprensión integradora

La variabilidad señalada a lo largo del presente trabajo no constituye un dato secundario, sino una clave para interpretar el impacto del TOC sobre la calidad de vida. Si la severidad de los síntomas fuera suficiente para explicar dicho impacto, cabría esperar una correspondencia relativamente directa entre la intensidad de las obsesiones y compulsiones y el grado de deterioro experimentado. Sin embargo, la evidencia revisada muestra que esta relación es parcial: personas con niveles semejantes de severidad pueden presentar diferencias importantes en su autonomía, su desempeño cotidiano y su bienestar, mientras que la disminución de los síntomas no siempre se traduce en una recuperación equivalente de estas

áreas (Koran et al., 1996; Huppert et al., 2009; Subramaniam et al., 2013; Remmerswaal et al., 2020). Esta falta de correspondencia sugiere que entre la sintomatología y su impacto en la calidad de vida intervienen otros procesos que resulta necesario considerar.

Esta observación ha llevado a diversos autores a plantear que la calidad de vida en el TOC constituye un fenómeno multidimensional, en el que convergen variables clínicas, cognitivas y funcionales. Desde esta perspectiva, el impacto del trastorno no dependería exclusivamente de la presencia o intensidad de las obsesiones y compulsiones, sino también de la forma en que estas interactúan con las capacidades del individuo para organizar su conducta, adaptarse a las demandas del entorno y sostener un desempeño eficaz en las actividades cotidianas. En consecuencia, comprender la calidad de vida requiere integrar la sintomatología con otros procesos que pueden modular la experiencia de funcionamiento más allá de la reducción de los síntomas.

Entre los procesos que podrían intervenir en esta relación, el funcionamiento neurocognitivo adquiere especial relevancia, ya que comprende capacidades necesarias para organizar la conducta, sostener acciones dirigidas a objetivos, regular respuestas y adaptarse a las demandas del entorno. Dado que las alteraciones identificadas fueron variables y, en general, de magnitud pequeña o moderada, no resulta adecuado considerarlas una explicación única del deterioro. Su posible aporte debe analizarse en interacción con la sintomatología y con las demandas funcionales que enfrenta cada persona (Abramovitch et al., 2013; Shin et al., 2014; Snyder et al., 2015).

Dentro de este conjunto de procesos, las funciones ejecutivas adquieren particular relevancia porque permiten organizar, sostener y modificar la conducta dirigida a objetivos. En las personas con TOC, las dificultades en estos procesos podrían sumarse a la interferencia producida por las obsesiones, las compulsiones y la evitación. Una menor flexibilidad cognitiva podría dificultar la modificación de rutinas rígidas; las dificultades inhibitorias podrían volver más complejo interrumpir respuestas repetitivas una vez iniciadas; y los problemas de planificación podrían incrementar el tiempo y el esfuerzo requeridos para organizar actividades domésticas, académicas o laborales. La neurocognición no sustituye, por lo tanto, la explicación sintomática, sino que ofrece una dimensión complementaria para comprender por qué los síntomas pueden traducirse en consecuencias funcionales diferentes.

Una articulación semejante puede plantearse respecto de la atención, la memoria y la velocidad de procesamiento. Las dificultades para seleccionar y sostener el foco atencional podrían interferir en actividades que requieren concentración prolongada. Sin embargo, la evidencia sobre el funcionamiento atencional en el TOC no es uniforme, ya que algunos estudios identifican dificultades en atención sostenida, mientras que otros no encuentran alteraciones significativas en el dominio atencional general (Abramovitch et al., 2013; Shin et al., 2014). En cuanto al funcionamiento mnésico, las dificultades observadas en el TOC no necesariamente reflejan un déficit primario de almacenamiento, sino que pueden relacionarse con problemas en la organización, codificación y recuperación de la información (Abramovitch et al., 2013). Estas dificultades podrían disminuir la eficacia con la que la información se organiza y recupera durante la realización de una tarea. En el contexto del TOC, podrían sumarse a la duda persistente y a la desconfianza respecto de las propias acciones, aunque la evidencia disponible no permite considerarlas una causa directa de estos fenómenos.

Por su parte, una menor velocidad de procesamiento podría enlentecer la respuesta ante las demandas del entorno y aumentar el esfuerzo requerido para completar actividades habituales. Aunque estas relaciones deben interpretarse con cautela, permiten reconocer mecanismos plausibles mediante los cuales el funcionamiento neurocognitivo podría contribuir a la interferencia cotidiana.

Las diferencias entre los resultados también podrían vincularse con la heterogeneidad metodológica de los estudios. Las investigaciones emplean instrumentos distintos para evaluar la calidad de vida, el funcionamiento cotidiano y el rendimiento neurocognitivo, incluyen muestras con diferentes niveles de severidad y comorbilidad y no siempre controlan de la misma manera la influencia de la medicación, la ansiedad o la depresión. A ello se agrega que estas dimensiones suelen evaluarse por separado, dado que gran parte de los estudios se concentra específicamente en la sintomatología, el rendimiento neurocognitivo, el funcionamiento o la calidad de vida, sin examinarlos de manera conjunta dentro de un mismo diseño. Esta fragmentación dificulta establecer cómo interactúan las distintas variables y cuál es el aporte particular de cada una al deterioro observado. Por ello, la ausencia de resultados uniformes no necesariamente implica que determinados procesos carezcan de relevancia, sino que su contribución puede variar según las características clínicas de las muestras, los instrumentos utilizados y las dimensiones consideradas en cada investigación.

Entre estas limitaciones metodológicas, resulta especialmente relevante considerar la validez ecológica de las pruebas neuropsicológicas. Las tareas empleadas por Katz et al. (2024), entre ellas el Tower of London, el Wisconsin Card Sorting Test y el Stroop Color-Word Test, ofrecen indicadores estandarizados de procesos como la planificación, la flexibilidad cognitiva y el control inhibitorio. No obstante, el rendimiento obtenido en condiciones controladas no puede equipararse directamente con la puesta en práctica de estas capacidades en la vida cotidiana. Kashyap y Abramovitch (2021) señalan que las pruebas neuropsicológicas clásicas presentan una validez ecológica limitada en el estudio del TOC, dado que las situaciones reales integran demandas contextuales y factores emocionales y motivacionales que no quedan plenamente representados durante la evaluación. Desde esta perspectiva, los hallazgos de Katz et al. (2024) aportan información sobre procesos neurocognitivos específicos, pero no permiten establecer por sí solos cómo ni en qué medida estos repercuten en el funcionamiento cotidiano y la calidad de vida. Esta distinción respalda la necesidad de complementar las pruebas estandarizadas con medidas ecológicas y evaluaciones directas del desempeño en contextos reales.

En este punto, el funcionamiento cotidiano constituye el principal nexo entre la sintomatología, la neurocognición y la calidad de vida. Las obsesiones y compulsiones generan malestar, consumen tiempo y condicionan la conducta; sin embargo, su impacto adquiere relevancia vital cuando afecta la posibilidad de cumplir responsabilidades, sostener rutinas, trabajar, estudiar, mantener vínculos, participar en actividades significativas o desenvolverse con autonomía. El funcionamiento cotidiano representa, por lo tanto, el plano concreto en el que convergen las manifestaciones clínicas del trastorno, las capacidades cognitivas de la persona y las exigencias de su contexto. Desde esta perspectiva, una misma dificultad neurocognitiva puede producir consecuencias diferentes según la intensidad de los síntomas, las demandas del ambiente, los apoyos disponibles y las estrategias que la persona haya desarrollado para compensarla.

Los hallazgos de Jaisoorya et al. (2026) respaldan parcialmente esta articulación, ya que muestran que la recuperación clínica no siempre se acompaña de una recuperación funcional completa. Las asociaciones identificadas entre determinados procesos neurocognitivos y el funcionamiento global permiten considerar que estas capacidades podrían intervenir en la recuperación cotidiana. Sin embargo, como dichas asociaciones se establecieron

principalmente con el funcionamiento y no con una medida global de calidad de vida, no permiten afirmar una relación directa ni causal entre neurocognición y calidad de vida.

A partir de la integración de la evidencia, puede proponerse que la relación entre TOC y calidad de vida no responde a una secuencia lineal en la que una mayor severidad produzca necesariamente un grado proporcional de deterioro. Más bien, parece configurarse como una relación dinámica en la que intervienen la intensidad y el tipo de síntomas, las comorbilidades, el funcionamiento neurocognitivo, las posibilidades de autonomía, los apoyos disponibles y las características del contexto. La sintomatología continúa ocupando un lugar central, pero sus repercusiones pueden variar según los recursos con los que cuenta la persona para organizar su conducta, responder a las demandas cotidianas y mantener su participación en los distintos ámbitos de la vida.

Dentro de esta relación dinámica, el funcionamiento neurocognitivo podría contribuir a explicar la manera en que los síntomas se traducen en limitaciones funcionales, sin constituir por sí mismo una causa suficiente del deterioro. Esta perspectiva permite comprender por qué personas con perfiles clínicos semejantes pueden experimentar distintos niveles de autonomía y calidad de vida, así como por qué la disminución de las obsesiones y compulsiones no siempre implica la recuperación automática de las actividades, los vínculos y los proyectos afectados durante el curso del trastorno. La calidad de vida expresa, en consecuencia, no solo cuánto disminuyen los síntomas, sino también en qué medida la persona logra reconstruir su funcionamiento y recuperar espacios de participación significativos.

No obstante, esta interpretación debe considerarse una propuesta integradora sustentada en la convergencia de los hallazgos revisados y no un modelo causal definitivamente comprobado. Una parte importante de las investigaciones disponibles presenta diseños transversales y no siempre controla de manera suficiente la influencia de la ansiedad, la depresión, la medicación o la severidad clínica. Por lo tanto, todavía no es posible determinar con precisión el aporte específico del funcionamiento neurocognitivo al deterioro funcional y a la calidad de vida.

En consecuencia, una comprensión integral de la calidad de vida en personas adultas con TOC requiere superar tanto una lectura exclusivamente sintomática como una interpretación centrada de manera aislada en los déficits neurocognitivos. La evidencia analizada permite sostener que la sintomatología, la neurocognición y el funcionamiento cotidiano se relacionan

de forma compleja dentro de un contexto personal y ambiental determinado. Esta perspectiva amplía el concepto de recuperación, que no debería limitarse a la reducción de las obsesiones y compulsiones, sino incluir también la posibilidad de recuperar autonomía, sostener responsabilidades, participar en vínculos y actividades significativas y desarrollar proyectos acordes con los propios intereses y expectativas.

Desde el punto de vista clínico, esta articulación sugiere la importancia de evaluar no solo la severidad de los síntomas, sino también su interferencia concreta sobre las actividades, los roles y la participación de la persona. Cuando persisten dificultades funcionales a pesar de la mejoría clínica, la consideración del funcionamiento neurocognitivo podría aportar información complementaria para comprender los obstáculos que dificultan la recuperación cotidiana. De este modo, las intervenciones orientadas al TOC podrían incorporar, junto con el tratamiento de las obsesiones y compulsiones, objetivos vinculados con la reorganización de rutinas, la recuperación de roles académicos y laborales, el fortalecimiento de estrategias compensatorias y la ampliación de la participación social. El propósito no sería desplazar el tratamiento sintomático, sino complementarlo mediante una perspectiva centrada en el funcionamiento y en la mejora efectiva de la calidad de vida.

LIMITACIONES Y FUTURAS LÍNEAS DE INVESTIGACIÓN

Una de las principales limitaciones del presente trabajo se relaciona con la disponibilidad y las características de la evidencia científica existente. Debido a que se trata de una revisión bibliográfica, el análisis realizado depende de los estudios previamente publicados sobre la calidad de vida y el funcionamiento neurocognitivo en personas adultas con trastorno obsesivo-compulsivo.

Además, debido al carácter descriptivo y exploratorio de la revisión, no se realizó una evaluación formal del riesgo de sesgo ni un procedimiento sistemático de síntesis de la evidencia. Por lo tanto, la selección y la interpretación de las publicaciones podrían encontrarse sujetas a las limitaciones propias de este tipo de diseño.

En relación con el funcionamiento neurocognitivo, la literatura disponible se concentra principalmente en el estudio de las funciones ejecutivas, especialmente en procesos como el control inhibitorio, la flexibilidad cognitiva, la planificación y la memoria de trabajo. En cambio, otros dominios neurocognitivos considerados en este trabajo, como la atención, la memoria y la velocidad de procesamiento, han sido abordados en una menor cantidad de investigaciones y presentan resultados más heterogéneos. Esta disparidad en el desarrollo de la evidencia limita la posibilidad de analizar todos los dominios neurocognitivos con el mismo nivel de profundidad.

Otra limitación relevante es la escasez de estudios que examinan de manera directa la relación entre las alteraciones neurocognitivas y la calidad de vida en personas adultas con TOC. Gran parte de las investigaciones evalúa el rendimiento neurocognitivo, el funcionamiento cotidiano o la calidad de vida de manera separada. Por este motivo, la posible influencia de las dificultades cognitivas sobre la autonomía, el desempeño académico y laboral, las relaciones interpersonales y la participación social debe inferirse, en muchos casos, a partir de relaciones indirectas.

Esta limitación dificulta determinar con precisión de qué manera los distintos procesos neurocognitivos se vinculan con las dimensiones de la calidad de vida y cuál es su aporte específico frente a otros factores relevantes, como la severidad de los síntomas obsesivo-compulsivos, la presencia de síntomas ansiosos o depresivos, otras condiciones comórbidas y los tratamientos recibidos. En consecuencia, la evidencia revisada debe

interpretarse con cautela, ya que no permite establecer relaciones causales entre estas variables.

Otra limitación corresponde a la escasez de evidencia producida específicamente en Argentina y a la limitada representación de población latinoamericana. Una parte considerable de las investigaciones revisadas fue desarrollada en América del Norte, Europa y Asia, aunque también se incorporaron algunos estudios procedentes de Brasil y de otros contextos. Si bien la convergencia de los hallazgos permite reconocer tendencias generales, sus resultados no pueden trasladarse de manera automática a la realidad argentina. Las diferencias en el acceso a los tratamientos y servicios de salud mental, las condiciones laborales y socioeconómicas, los sistemas de protección social, la disponibilidad de apoyos familiares e institucionales y los mecanismos de certificación de la discapacidad pueden modificar tanto las consecuencias funcionales del TOC como la valoración subjetiva de la calidad de vida. Por este motivo, las conclusiones alcanzadas podrían no representar plenamente las experiencias y necesidades de las personas adultas con TOC en el contexto nacional.

A partir de estas limitaciones, futuras investigaciones podrían examinar de manera conjunta la sintomatología obsesivo-compulsiva, el funcionamiento neurocognitivo, el desempeño cotidiano y las distintas dimensiones de la calidad de vida. En este marco, la incorporación de medidas con mayor validez ecológica e indicadores directos del desempeño en la vida diaria permitiría determinar en qué medida el rendimiento obtenido en pruebas neuropsicológicas se asocia con las dificultades funcionales y con el deterioro de la calidad de vida. Asimismo, resultaría relevante ampliar el estudio de los procesos atencionales, mnésicos y de velocidad de procesamiento, cuya evidencia se encuentra menos desarrollada que la correspondiente a las funciones ejecutivas. De manera complementaria, los diseños longitudinales permitirían analizar la evolución de estas variables y establecer si determinadas dificultades neurocognitivas se asocian con la persistencia del deterioro funcional, aun después de la disminución de los síntomas.

Otra línea de investigación consistiría en integrar, dentro de un mismo diseño, variables relacionadas con el ocultamiento de los síntomas y el proceso de búsqueda de ayuda, como la vergüenza, el temor al estigma o a ser juzgado, la demora en el diagnóstico y en el inicio del tratamiento, y la disponibilidad de apoyo social. El desarrollo de estudios longitudinales

permitiría examinar si el ocultamiento de las obsesiones y compulsiones se relaciona con una búsqueda más tardía de atención profesional y si estas dificultades se asocian, a su vez, con un debilitamiento de las redes de apoyo, una menor participación social y mayores niveles de soledad o aislamiento. El análisis conjunto de estos procesos contribuiría a comprender con mayor profundidad su relación con el funcionamiento cotidiano y las distintas dimensiones de la calidad de vida.

Por último, resulta necesario promover estudios con población argentina y latinoamericana que contemplen las particularidades sociales, económicas, laborales y sanitarias de la región. Estas investigaciones podrían analizar cómo el acceso a los tratamientos, la continuidad de la atención, las redes de apoyo, las barreras del entorno y los sistemas de protección social interactúan con la sintomatología y el funcionamiento neurocognitivo. La producción de evidencia local permitiría establecer en qué medida los resultados internacionales son aplicables al contexto nacional y contribuiría a desarrollar formas de evaluación e intervención más ajustadas a las necesidades de las personas adultas con TOC.

CONCLUSIONES

El presente Trabajo Integrador Final tuvo como objetivo analizar la evidencia científica disponible acerca de la calidad de vida en personas adultas con trastorno obsesivo-compulsivo. A partir de la revisión realizada, puede concluirse que el TOC produce un impacto significativo y multidimensional, que no se limita a la presencia de obsesiones y compulsiones, sino que se expresa en el funcionamiento cotidiano, el bienestar subjetivo, los vínculos interpersonales, el desempeño académico y laboral, la autonomía y la participación en actividades significativas.

Las manifestaciones clínicas del trastorno adquieren relevancia cuando comienzan a condicionar la organización de la vida diaria. Las compulsiones, los actos de neutralización, las conductas de evitación y la búsqueda persistente de certeza pueden consumir una cantidad considerable de tiempo, interrumpir actividades, dificultar la toma de decisiones y limitar el cumplimiento de responsabilidades. Estas consecuencias permiten comprender la interferencia funcional como una dimensión central para analizar de qué manera el TOC afecta la vida de quienes lo presentan, y no como una consecuencia secundaria del trastorno.

La calidad de vida en personas adultas con TOC se encuentra comprometida en distintas áreas interrelacionadas. Las dimensiones más afectadas corresponden al bienestar psicológico y emocional, las relaciones sociales y familiares, el desempeño académico y laboral, las actividades cotidianas y la autonomía. La dimensión física también puede verse afectada, aunque la evidencia disponible sobre este aspecto resulta menos abundante y más heterogénea. Estas áreas no se deterioran de manera aislada: las dificultades presentes en una dimensión pueden extenderse hacia otras, intensificando el aislamiento, la dependencia, la frustración y las restricciones para participar en actividades valoradas por la persona. Por ello, la calidad de vida debe comprenderse como una experiencia global en la que se articulan el funcionamiento, la participación y la valoración subjetiva del propio bienestar.

La severidad de los síntomas obsesivo-compulsivos constituye uno de los factores más consistentemente asociados con una peor calidad de vida. Sin embargo, los resultados analizados indican que esta relación es parcial y no permite explicar por sí sola la totalidad del deterioro observado. Personas con niveles semejantes de severidad pueden presentar diferencias relevantes en su desempeño cotidiano, su autonomía y su bienestar, mientras que la reducción de los síntomas no siempre se acompaña de una recuperación equivalente de las

actividades, los vínculos y los roles afectados. Esto permite sostener que el impacto del TOC no responde a una relación lineal entre mayor sintomatología y mayor deterioro, sino a una interacción compleja entre variables clínicas, funcionales, neurocognitivas, personales y contextuales.

En este marco, el funcionamiento neurocognitivo constituye una arista relevante para ampliar la comprensión del impacto del TOC sobre la calidad de vida. Las dificultades identificadas especialmente en el control inhibitorio, la flexibilidad cognitiva, la planificación y la memoria de trabajo, junto con hallazgos menos uniformes en atención, memoria y velocidad de procesamiento, podrían interferir en capacidades necesarias para organizar la conducta, sostener acciones dirigidas a objetivos, adaptarse a cambios y responder eficazmente a las demandas del entorno. No obstante, la evidencia disponible no permite atribuir a estas alteraciones un papel causal directo ni considerarlas una explicación suficiente del deterioro de la calidad de vida. Su posible influencia debe entenderse de manera complementaria, en interacción con la sintomatología, las comorbilidades, los recursos personales, las demandas ambientales y los apoyos disponibles.

Uno de los principales aportes integradores del trabajo consiste en ubicar al funcionamiento cotidiano como punto de articulación entre las manifestaciones clínicas, los procesos neurocognitivos y la calidad de vida. Es en la posibilidad de sostener rutinas, cumplir responsabilidades, estudiar, trabajar, mantener vínculos, participar socialmente y desenvolverse con autonomía donde las consecuencias del trastorno adquieren una expresión concreta. De este modo, el impacto del TOC no depende únicamente de la cantidad o intensidad de los síntomas, sino también del modo en que estos interfieren en la vida diaria y de los recursos cognitivos, personales y contextuales con los que cuenta la persona para afrontar las demandas de su entorno.

En respuesta a la pregunta de investigación, puede afirmarse que la evidencia científica disponible muestra que el TOC afecta de manera amplia, persistente y heterogénea la calidad de vida de las personas adultas. Esta afectación se vincula estrechamente con la sintomatología obsesivo-compulsiva, pero también con el grado de interferencia funcional, las comorbilidades, el funcionamiento neurocognitivo y las condiciones personales y contextuales. Comprender la calidad de vida en adultos con TOC requiere, por lo tanto, superar una mirada centrada exclusivamente en la intensidad de las obsesiones y

compulsiones, e incorporar una perspectiva multidimensional que contemple tanto las limitaciones objetivas como la experiencia subjetiva de la persona.

En conclusión, una comprensión integral del TOC exige ampliar los criterios desde los cuales se valora la evolución y la recuperación. La disminución de los síntomas constituye un objetivo clínico fundamental, pero no garantiza por sí misma la recuperación del bienestar ni del funcionamiento cotidiano. La recuperación debería incluir también la posibilidad de retomar actividades, reconstruir vínculos, recuperar autonomía, sostener roles significativos y desarrollar proyectos acordes con los propios intereses y expectativas. Desde esta perspectiva, mejorar la calidad de vida no representa un resultado complementario, sino una finalidad central en la comprensión y abordaje de las personas adultas con TOC.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Abramovitch, A., Abramowitz, J. S., & Mittelman, A. (2013). The neuropsychology of adult obsessive-compulsive disorder: A meta-analysis. *Clinical Psychology Review*, 33(8), 1163–1171.
<https://doi.org/10.1016/j.cpr.2013.09.004>
- Albert, U., Baffa, A., & Maina, G. (2017). Family accommodation in adult obsessive-compulsive disorder: Clinical perspectives. *Psychology Research and Behavior Management*, 10, 293–304.
<https://doi.org/10.2147/PRBM.S124359>
- American Psychiatric Association. (2022). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (5th ed., text rev.; DSM-5-TR). American Psychiatric Association Publishing.
- Beck, A. T. (1976). *Cognitive therapy and the emotional disorders*. International Universities Press.
- Belloch, A., Sandín, B., & Ramos, F. (2009). *Manual de psicopatología* (Vol. II, 2.^a ed.). McGraw-Hill Interamericana.
- Bobes, J., González, M. P., Bascarán, M. T., Arango, C., Sáiz, P. A., & Bousoño, M. (2001). Quality of life and disability in patients with obsessive-compulsive disorder. *European Psychiatry*, 16(4), 239–245.
[https://doi.org/10.1016/S0924-9338\(01\)00571-5](https://doi.org/10.1016/S0924-9338(01)00571-5)
- Coluccia, A., Fagiolini, A., Ferretti, F., Pozza, A., Costoloni, G., Bolognesi, S., & Goracci, A. (2016). Adult obsessive-compulsive disorder and quality of life outcomes: A systematic review and meta-analysis. *Asian Journal of Psychiatry*, 22, 41–52.
<https://doi.org/10.1016/j.ajp.2016.02.001>
- Diamond, A. (2013). Executive functions. *Annual Review of Psychology*, 64, 135–168.
<https://doi.org/10.1146/annurev-psych-113011-143750>

- Felce, D., & Perry, J. (1995). Quality of life: Its definition and measurement. *Research in Developmental Disabilities, 16*(1), 51–74.
[https://doi.org/10.1016/0891-4222\(94\)00028-8](https://doi.org/10.1016/0891-4222(94)00028-8)
- Fineberg, N. A., Reghunandanan, S., Brown, A., & Pampaloni, I. (2013). Pharmacotherapy of obsessive-compulsive disorder: Evidence-based treatment and beyond. *Australian & New Zealand Journal of Psychiatry, 47*(2), 121–141.
<https://doi.org/10.1177/0004867412461958>
- Foa, E. B. (2010). Cognitive behavioral therapy of obsessive-compulsive disorder. *Dialogues in Clinical Neuroscience, 12*(2), 199–207.
<https://doi.org/10.31887/DCNS.2010.12.2/efoa>
- Foa, E. B., & Kozak, M. J. (1986). Emotional processing of fear: Exposure to corrective information. *Psychological Bulletin, 99*(1), 20–35.
<https://doi.org/10.1037/0033-2909.99.1.20>
- Huppert, J. D., Simpson, H. B., Nissenson, K. J., Liebowitz, M. R., & Foa, E. B. (2009). Quality of life and functional impairment in obsessive-compulsive disorder: A comparison of patients with and without comorbidity, patients in remission, and healthy controls. *Depression and Anxiety, 26*(1), 39–45.
<https://doi.org/10.1002/da.20506>
- Jaisoorya, T. S., Sudhir, P. M., Kandavel, T., & Reddy, Y. C. J. (2026). Functionality in clinically recovered subjects with obsessive-compulsive disorder: A case-control study. *The Canadian Journal of Psychiatry, 71*(8), 634–644.
<https://doi.org/10.1177/07067437261442377>
- Kashyap, H., & Abramovitch, A. (2021). Neuropsychological research in obsessive-compulsive disorder: Current status and future directions. *Frontiers in Psychiatry, 12*, Article 721601.
<https://doi.org/10.3389/fpsy.2021.721601>
- Katz, D. E., Rector, N. A., Ornstein, T., McKinnon, M., McCabe, R. E., Hawley, L. L., Rowa, K., Richter, M. A., Regev, R., & Laposa, J. M. (2024). Neurocognitive performance in the context of acute symptom reduction in OCD: Treatment effects and the impact of

- BDNF. *Journal of Affective Disorders*, 362, 679–687.
<https://doi.org/10.1016/j.jad.2024.07.044>
- Koran, L. M., Thienemann, M. L., & Davenport, R. (1996). Quality of life for patients with obsessive-compulsive disorder. *American Journal of Psychiatry*, 153(6), 783–788.
<https://doi.org/10.1176/ajp.153.6.783>
- Kuelz, A. K., Hohagen, F., & Voderholzer, U. (2004). Neuropsychological performance in obsessive-compulsive disorder: A critical review. *Biological Psychology*, 65(3), 185–236. <https://doi.org/10.1016/j.biopsycho.2003.07.007>
- Lezak, M. D., Howieson, D. B., Bigler, E. D., & Tranel, D. (2012). *Neuropsychological assessment* (5th ed.). Oxford University Press.
- Mataix-Cols, D., do Rosario-Campos, M. C., & Leckman, J. F. (2005). A multidimensional model of obsessive-compulsive disorder. *American Journal of Psychiatry*, 162(2), 228–238. <https://doi.org/10.1176/appi.ajp.162.2.228>
- Miyake, A., Friedman, N. P., Emerson, M. J., Witzki, A. H., Howerter, A., & Wager, T. D. (2000). The unity and diversity of executive functions and their contributions to complex “frontal lobe” tasks: A latent variable analysis. *Cognitive Psychology*, 41(1), 49–100. <https://doi.org/10.1006/cogp.1999.0734>
- Obisie-Orlu, I. C., Eisen, J. L., Rasmussen, S. A., & Boisseau, C. L. (2025). Stability and transition likelihood of primary symptoms in adults with obsessive-compulsive disorder: A 5-year prospective follow-up study. *Journal of Affective Disorders*, 381, 108–114. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2025.04.011>
- Organización Mundial de la Salud. (2001). *Clasificación internacional del funcionamiento, de la discapacidad y de la salud: CIF*.
https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/43360/9241545445_spa.pdf
- Organización Mundial de la Salud. (2023). *The selection and use of essential medicines 2023: Report of the WHO Expert Committee on Selection and Use of Essential Medicines (including the 24th WHO Model List of Essential Medicines and the 10th*

- WHO Model List of Essential Medicines for Children*). World Health Organization.
<https://iris.who.int/handle/10665/378273>
- Pozza, A., Ferretti, F., & Coluccia, A. (2019). The perception of physical health status in obsessive-compulsive disorder: A systematic review and meta-analysis. *Clinical Practice & Epidemiology in Mental Health*, 15, 75–93.
<https://doi.org/10.2174/1745017901915010075>
- Remmerswaal, K. C. P., Batelaan, N. M., Smit, J. H., van Oppen, P., & van Balkom, A. J. L. M. (2020). Four-year course of quality of life and obsessive-compulsive disorder. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 55(8), 989–1000.
<https://doi.org/10.1007/s00127-019-01779-7>
- Rodríguez-Salgado, B., Dolengevich-Segal, H., Arrojo-Romero, M., Castelli-Candia, P., Navio-Acosta, M., Pérez-Rodríguez, M. M., Saiz-Ruiz, J., & Baca-García, E. (2006). Perceived quality of life in obsessive-compulsive disorder: Related factors. *BMC Psychiatry*, 6, 20.
<https://doi.org/10.1186/1471-244X-6-20>
- Sahoo, P., Sethy, R. R., & Ram, D. (2017). Functional impairment and quality of life in patients with obsessive compulsive disorder. *Indian Journal of Psychological Medicine*, 39(6), 760–765.
https://doi.org/10.4103/IJPSYM.IJPSYM_53_17
- Salkovskis, P. M. (1985). Obsessional-compulsive problems: A cognitive-behavioural analysis. *Behaviour Research and Therapy*, 23(5), 571–583.
[https://doi.org/10.1016/0005-7967\(85\)90105-6](https://doi.org/10.1016/0005-7967(85)90105-6)
- Salkovskis, P. M. (1998). Psychological approaches to the understanding of obsessional problems. En R. P. Swinson, M. M. Antony, S. Rachman, & M. A. Richter (Eds.), *Obsessive-compulsive disorder: Theory, research and treatment* (pp. 33–50). Guilford Press.
- Schalock, R. L. (2004). The concept of quality of life: What we know and do not know. *Journal of Intellectual Disability Research*, 48(3), 203–216.
<https://doi.org/10.1111/j.1365-2788.2003.00558.x>

- Servicio Nacional de Rehabilitación. (2015, 27 de julio). *Disposición 648/2015: Normativa para la certificación de personas con discapacidad con deficiencia mental e intelectual*. Ministerio de Salud.
<https://www.argentina.gob.ar/normativa/nacional/disposicion-648-2015-249897/texto>
- Shin, N. Y., Lee, T. Y., Kim, E., & Kwon, J. S. (2014). Cognitive functioning in obsessive-compulsive disorder: A meta-analysis. *Psychological Medicine*, 44(6), 1121–1130.
<https://doi.org/10.1017/S0033291713001803>
- Snyder, H. R., Kaiser, R. H., Warren, S. L., & Heller, W. (2015). Obsessive-compulsive disorder is associated with broad impairments in executive function: A meta-analysis. *Clinical Psychological Science*, 3(2), 301–330.
<https://doi.org/10.1177/2167702614534210>
- Stein, D. J., Ruscio, A. M., Altwaijri, Y., Chiu, W. T., Sampson, N. A., Aguilar-Gaxiola, S., Al-Hamzawi, A., Alonso, J., Chardoul, S., Gureje, O., Hu, C., Karam, E. G., McGrath, J. J., Navarro-Mateu, F., Scott, K. M., Stagnaro, J. C., Torres, Y., Vladescu, C., Wciórka, J., ... Kessler, R. C. (2025). Obsessive-compulsive disorder in the World Mental Health surveys. *BMC Medicine*, 23, Article 416.
<https://doi.org/10.1186/s12916-025-04209-5>
- Subramaniam, M., Soh, P., Vaingankar, J. A., Picco, L., & Chong, S. A. (2013). Quality of life in obsessive-compulsive disorder: Impact of the disorder and of treatment. *CNS Drugs*, 27(5), 367–383.
<https://doi.org/10.1007/s40263-013-0056-z>
- The WHOQOL Group. (1995). The World Health Organization quality of life assessment (WHOQOL): Position paper from the World Health Organization. *Social Science & Medicine*, 41(10), 1403–1409.
[https://doi.org/10.1016/0277-9536\(95\)00112-K](https://doi.org/10.1016/0277-9536(95)00112-K)
- Torresan, R. C., Smaira, S. I., Ramos-Cerqueira, A. T. A., & Torres, A. R. (2008). Quality of life in obsessive-compulsive disorder: A review. *Archives of Clinical Psychiatry (São Paulo)*, 35(1), 13–19.
<https://doi.org/10.1590/S0101-60832008000100003>

Velloso, P., Piccinato, C., Ferrão, Y., Perin, E. A., Cesar, R., Fontenelle, L. F., Hounie, A. G., & do Rosário, M. C. (2018). Clinical predictors of quality of life in a large sample of adult obsessive-compulsive disorder outpatients. *Comprehensive Psychiatry*, 86, 82–90.

<https://doi.org/10.1016/j.comppsy.2018.07.007>

DECLARACIÓN SOBRE EL USO DE HERRAMIENTAS DE I.A

Uso de herramientas de inteligencia artificial: De conformidad con lo establecido en el artículo 25 del reglamento institucional, durante la elaboración del presente Trabajo Integrador Final se utilizaron ChatGPT, Claude de Anthropic y NotebookLM como recursos de apoyo complementario para la organización de ideas, la revisión gramatical y de estilo y la consulta orientativa de materiales bibliográficos. El alcance de su utilización se limitó a estas tareas de apoyo y no sustituyó la lectura de las fuentes originales, el análisis crítico ni las decisiones metodológicas del trabajo. La selección de las fuentes, la interpretación de los resultados y la redacción final estuvieron a cargo de la autora, quien asume la responsabilidad académica e intelectual por el contenido presentado.