



## **TRASTORNO OBSESIVO-COMPULSIVO (TOC) EN NIÑOS Y ADOLESCENTES.**

### **¿EN QUÉ CONSISTE EL TOC?**

Las obsesiones son pensamientos persistentemente recurrentes, impulsos o imágenes que se experimentan como intrusas, inapropiadas y angustiosas y que no son simplemente preocupaciones excesivas acerca de problemas reales. Las compulsiones son comportamientos repetitivos o actos mentales que una persona se ve obligada a realizar de acuerdo con una regla rígidamente aplicada para reducir la angustia o prevenir algún resultado temido (incluso uno no relacionado realmente con la acción). Para poder hablar de TOC se requiere que haya una interferencia significativa con la rutina diaria o con el funcionamiento académico o social, ya sea por un consumo de tiempo importante o porque produzca un malestar significativo.

### **¿CUÁL ES SU EPIDEMIOLOGÍA?**

Las estimaciones de la prevalencia de TOC en muestras de comunidad adolescente, van del 1 al 3.6%.

Una dificultad potencial en valorar la prevalencia de TOC en muestras de comunidad es la necesidad de distinguir el TOC del amplio rango de rituales leves y obsesiones que ocurren como experiencias comunes a través de toda la vida.

Reconociendo que las obsesiones y las compulsiones ocurren con un amplio rango de severidad y perturbación, muchos investigadores utilizan el término *TOC subclínico* para describir sujetos que informan de obsesiones o compulsiones substanciales no lo suficientemente severas para cumplir el criterio diagnóstico completo de TOC. Dependiendo de la definición utilizada, los cálculos de prevalencia de TOC subclínico en la adolescencia, oscilan de 4.0% hasta 19%.

La aparición de TOC puede ocurrir muy pronto en la vida. Hay informes de TOC en niños de 5 años y la edad media de su aparición en niños y adolescentes es de 10 años. Los chicos es más probable que tengan una aparición antes de la pubertad, mientras que las chicas durante la pubertad o la adolescencia. Hay una predominancia masculina (3:2) en niños, igualándose la distribución por género en la adolescencia. Los casos de aparición temprana es mucho más probable que sean familiares que aquellos con una aparición tardía. Los chicos, especialmente aquellos con una aparición prepuberal, también tienen más probabilidad que las chicas de tener un trastorno de tics.



El TOC es a menudo crónico con un 47 hasta 70% todavía con síntomas después de varios años. Una peor evolución del TOC se asocia con una historia de trastorno de tics o con la presencia de un diagnóstico psiquiátrico paterno.



## ¿CUÁL ES LA PRESENTACIÓN CLÍNICA?

Niños y adolescentes con TOC presentan un amplio campo de manifestaciones clínicas y cursos de enfermedad. El contenido de los síntomas obsesivos o compulsivos a menudo varía con el paso del tiempo.

Los niños con TOC varían en la forma de aparición (abrupta vs insidiosa, suceso activador vs ninguno); en el curso de la enfermedad (crónico con algunas fluctuaciones vs exacerbaciones severas); en la edad de aparición (prepuberal vs puberal); en los diagnósticos comórbidos y en las anomalías neurológicas acompañantes.

## ¿QUÉ TIPOS DE SÍNTOMAS EXISTEN?

Los síntomas más comunes en el TOC de la niñez son los miedos obsesivos a la contaminación, a menudo acompañados de un lavado compulsivo ritualizado o prolongado o la evitación de "objetos contaminantes", abocando en una creciente restricción de las actividades. Las preocupaciones obsesivas acerca de la seguridad de los padres o de uno mismo es bastante común.

La comprobación repetitiva compulsiva es otro síntoma común. La comprobación puede ser una manifestación de un patrón más general de duda obsesiva que obliga al niño a asegurarse de que por ejemplo, no ha lastimado a alguien. En algunos niños la compulsividad puede tomar una línea religiosa, con rezos repetitivos o angustias acerca de pecados imaginados.

Otras compulsiones comunes incluyen el contar repetitivamente, arreglar o tocar cosas en pautas definidas. Aunque algunas compulsiones pueden estar unidas a una angustia específica, muchas son acciones repetidas hasta que ellos se sienten bien.

La relectura o reescritura compulsiva de trabajos del colegio puede interferir con el funcionamiento académico. Los rituales mentales pueden consistir en oraciones silenciosas, repeticiones, contar, o tener que pensar sobre algo o mirar a algo de una forma particular hasta que el niño se siente bien.

Una minoría de niños con TOC sufre obsesiones sin ningún comportamiento acompañante compulsivo o actos mentales. La lentitud obsesional es una presentación menos común pero frecuentemente discapacitante en la cual un adolescente se mueve dramáticamente despacio. Una evaluación cuidadosa a menudo revela preocupación con múltiples rituales mentales que interfieren profundamente con las actividades normales.

Un rasgo común de muchas preocupaciones obsesivas, es una percepción exagerada de riesgo por parte del niño que disminuye con el ritual compulsivo. Aunque muchos niños describen sus pensamientos obsesivos como apareciendo "de la nada", muchos de ellos se activan por pistas externas. Por ejemplo, los miedos de contaminación de un niño pueden ocurrir cuando está cerca de



cierta persona u objeto. El niño puede reconocer que la persona u objeto pueden de hecho no estar contaminados, pero una vez estimulado el pensamiento angustiante es difícil de expulsar y conduce a una urgencia de lavarse o evitar el objeto. La ejecución del ritual reduce transitoriamente la angustia obsesiva aunque con el coste potencial de incrementar el deterioro y la limitación del funcionamiento.

### ¿CUÁL ES LA COMORBILIDAD?

El TOC se puede asociar al TOC subclínico, a trastornos de ansiedad, tics, problemas afectivos y problemas de atención. También puede asociarse a dificultades cognitivas y adaptacionales.

### TRASTORNOS DE ANSIEDAD Y AFECTIVOS

De un tercio a la mitad de los niños con TOC presentan además un trastorno de ansiedad, sobretodo trastorno de ansiedad por separación y de ansiedad excesiva. La prevalencia de los trastornos afectivos en el TOC oscila entre el 20 y el 73%.

### TRASTORNO DE TICS.

Al menos el 50% de niños y adolescentes con trastorno de la Tourette, desarrollan síntomas obsesivo-compulsivo o el trastorno cuando son adultos. Los elevados porcentajes de TOC en los familiares de primer grado de los pacientes con trastorno de la Tourette, sugieren que al menos una forma de TOC puede ser una expresión fenotípica alternativa de un supuesto gen del trastorno de la Tourette. A la inversa, una historia personal o familiar de tics se encuentra en un número sustancial de niños con TOC. Casi el 60% de los niños y adolescentes que presentan un TOC tienen una larga historia de tics que van desde tics simples, leves y transitorios hasta el trastorno de la Tourette.

*Algunos autores distinguen entre "TOC relacionado con tic" y "TOC no relacionado con tic". Otros han descrito los subtipos de TOC como de aparición temprana (prepubertal) y tardía (pubertal). Los niños con una aparición temprana de TOC parecen tener un mayor porcentaje de trastorno de tics comórbido. Así estos dos enfoques para crear subtipos pueden ser convergentes.*

El TOC relacionado con el tic de aparición en la niñez, comienza antes y ocurre más frecuentemente en niños que en niñas. La necesidad de tocar o frotar, rituales de parpadeo, preocupaciones sobre la simetría y exactitud, la sensación de vacío (no estar completo), y pensamientos e imágenes intrusivas agresivas son más comunes en pacientes con TOC con tics comórbidos que en el grupo no relacionado con el tic. Las preocupaciones por la contaminación y las compulsiones de limpieza son más comunes en pacientes con TOC no relacionado con el tic. Las compulsiones de simetría, acumular, orden, repetición, contar y tocar están asociadas con un alto riesgo de trastorno de tic comórbido. Pacientes con TOC no relacionado con el tic a menudo describen



sus compulsiones y rituales como acompañados de preocupaciones obsesivas y ansiedad, mientras que pacientes con TOC relacionado con el tic frecuentemente informan de la necesidad de llevar a cabo "bien" o de "forma correcta" un acto compulsivo. Éstos dos subtipos de TOC pueden diferir en su respuesta a la farmacoterapia, de modo que sujetos con TOC relacionado con el tic tienen aparentemente una respuesta menos satisfactoria al tratamiento tipo ISRS.

## DIFICULTADES TEMPERAMENTALES Y NEUROPSICOLÓGICAS

Algunos niños con TOC son descritos por sus padres como irritables o impulsivos, y la mitad pueden cumplir criterios de ADHD o trastorno negativista desafiante. El perfeccionismo y la desorganización pueden de este modo coexistir. En niños con TOC inclinados a luchas obstinadas puede ser difícil determinar la mezcla de desafío oposicional contra compulsión. Además, niños que previamente tenían buena conducta, pueden convertirse en irascibles, desafiantes, exigentes, incluso violentos en la necesidad desesperada de llevar a cabo sus compulsiones. Clínicamente a veces parece que los síntomas de irritabilidad, impulsividad y déficit de concentración pueden fluctuar con la severidad aguda de los síntomas de TOC y mejorar con la remisión de estos síntomas. Una proporción significativa de niños y adultos con TOC muestran un deterioro de la integración visuo-motora, memoria visual y función ejecutiva.

## TRASTORNOS PROFUNDOS DEL DESARROLLO (PPD)

Los niños con autismo, Asperger y trastornos relacionados, a menudo manifiestan comportamientos estereotipados y rutinas así como preocupaciones inusuales e intereses fijos (por ejemplo, motores, ventiladores eléctricos, mapas, números) que los padres o maestros pueden describir como "obsesivo-compulsivos". Las dificultades de lenguaje y cognitivas características del PDD hacen difícil valorar por el niño estas preocupaciones y comportamientos repetitivos como intrusivos, excesivos o problemáticos. A pesar de ser una fuente que afecta al funcionamiento o que perturba a otros, en niños con PDD éstos síntomas generalmente no causan angustia al niño. Además, tal rigidez en las rutinas de los niños ocurre usualmente en el contexto de una dificultad con las transiciones y exigencias de identidad. Sin embargo, los síntomas OC de los niños con PDD parecen compartir rasgos comunes importantes con el TOC no complicado, incluyendo altos porcentajes de TOC en los familiares de primer grado y respuesta potencial al ISRS.

## TRICOTILOMANÍA

La tricotilomanía definida como arrancarse el pelo insistentemente hasta llegar a la alopecia, tiene similitudes y diferencias con el TOC, llevando a la especulación de que este comportamiento repetitivo es un trastorno del espectro obsesivo-compulsivo. Aunque la frecuencia de TOC parece que aumenta entre niños y adolescentes con tricotilomanía y sus parientes de



primer grado, la mayoría de los jóvenes con tricotilomanía no tienen otros síntomas obsesivos o compulsivos.

## OTRAS CONDICIONES PSIQUIÁTRICAS

Síntomas o TOC son frecuentes en pacientes con anorexia nerviosa o bulimia y en el trastorno dismórfico corporal. También hay que distinguir los síntomas OC de síntomas psicóticos en algunos casos.

La esquizofrenia puede también concurrir con TOC y debe ser considerada como parte del diagnóstico diferencial en niños mayores y adolescentes con rasgos psicóticos.

## CONDICIONES MÉDICAS

El TOC se ha descrito que puede aparecer tras envenenamiento por monóxido de carbono, tumores, reacciones alérgicas a la picada de una avispa, encefalitis postviral, lesión cerebral traumática, corea de Sydenham (SC), etc. El TOC también se ha encontrado al menos en el 50% de niños con el síndrome de Prader-Willi.

Los agonistas dopaminérgicos pueden inducir comportamientos estereotipados y repetitivos. En niños, los estimulantes en altas dosis pueden transitoriamente inducir comportamientos compulsivos o perseverativos. A pesar de este potencial efecto colateral, los estimulantes se usan en niños con TOC y con ADHD concomitante sin exacerbar aparentemente sus síntomas OC.

La incidencia de TOC se incrementa en niños con SC. La SC es la variante neurológica de la Fiebre Reumática y es una respuesta a la infección de un estreptococo del grupo  $\beta$ -hemolítico (GABHS) sobre las regiones de los ganglios basales. Estudios de niños con TOC y / o trastorno de tics indican que algunos niños desarrollan o una aparición abrupta de TOC y / o tics o una exarcebación aguda de tales síntomas subsiguientes a una infección GABHS.

Se ha llegado a la descripción de un síndrome que ha sido descrito bajo el acrónimo PANDAS (trastornos neuropsiquiátricos pediátricos autoinmunes asociados con infecciones por estreptococos). Este síndrome está caracterizado por la aparición prepuberal de TOC y/o trastorno de tics, curso episódico de la severidad de los síntomas caracterizado por la aparición abrupta de síntomas o exacerbaciones dramáticas asociadas con GABHS, y presencia de anomalías neurológicas tales como hiperactividad, movimientos coreiformes o tics. Típicamente los niños de este subgrupo tienen una aparición abrupta o exacerbación de síntomas de modo que se recuerda el día o la semana concreta en que aparecieron.

## ¿CUÁL ES LA EVALUACIÓN Y DIAGNÓSTICO?



La evaluación de niños con TOC incluye una valoración cuidadosa y revisión de síntomas actuales y pasados de OC y condiciones comórbidas. Es importante hacer una evaluación global del desarrollo del niño y de su funcionamiento psicosocial incluyendo una revisión detallada de la historia médica del niño y familiar.

Para algunos niños, especialmente aquellos que mantienen en secreto sus dificultades, la información de los padres y si es posible de los maestros es esencial para identificar la gama de síntomas y los contextos en los cuales ocurren.

Un paso importante en la evaluación de síntomas OC en niños, es distinguir entre rituales de la niñez, rutinas y preocupaciones ansiosas y rituales patológicos y pensamientos obsesivos.

Los niños a menudo son reservados acerca de sus síntomas obsesivos y compulsivos y pueden intentar negarlos, minimizarlos o simplemente explicar que no existen.

Así, tanto para la planificación del diagnóstico como del tratamiento es importante que además de identificar los síntomas específicos, el médico evalúe su contexto, frecuencia y grado de inquietud y perturbación asociadas, así como los esfuerzos del niño (si los hay) para resistir las obsesiones y compulsiones y el éxito de tales esfuerzos.

Una vez que el diagnóstico de TOC ha sido establecido, algunos tests como la escala obsesiva compulsiva de Yale-Brown (Y-BOCS) o la escala obsesiva compulsiva de Yale-Brown para niños (CY-BOCS) pueden ser utilizados para valorar y registrar la severidad de los síntomas. Una dimensión importante de la evaluación del TOC infantil concierne al grado en el cual los padres se han visto inmersos en los síntomas del niño. Este es un rasgo común del TOC en niños y a menudo afecta seriamente a la vida familiar, interfiere con el tratamiento y perpetúa los síntomas del niño.

Dada la cercana asociación del trastorno de tics y el TOC, los clínicos deberían inquirir específicamente acerca de una historia de tics motores o vocales. En algunos síntomas puede ser difícil distinguir los hábitos compulsivos de los tics complejos. Ambos, tics y compulsiones, pueden estar precedidos por sensaciones físicas premonitorias, urgencias y percepciones mentales y persisten hasta que se ha completado la acción. En general, los tics complejos pueden ser descartados si no hay una historia de tics simples.

Aún cuando los tics están presentes, vale la pena preguntar si los hábitos repetitivos están acompañados por un miedo específico o al menos una vaga inquietud de que algo malo pueda suceder si no se realiza el ritual.

Además de las compulsiones, los clínicos deberían preguntar acerca de hábitos compulsivos, tales como arrancarse el cabello, morderse las uñas o estar tocándose la cara o quitándose una costra, que pueden acompañar al trastorno dismórfico corporal.



Un niño con aparición aguda o exacerbación de síntomas OC y / o síntomas de tics requiere una cuidadosa consideración de enfermedad médica incluyendo infecciones del aparato respiratorio superior durante los meses precedentes. Se puede considerar realizar un cultivo orofaríngeo y un test antiestreptolisina o antiestreptococo para valorar el diagnóstico de una infección GABHS.

## **¿CUÁL ES EL TRATAMIENTO?**

Cada niño o adolescente necesita una evaluación global e individualizada de los síntomas, comorbilidad y factores psicosociales. Las obsesiones o compulsiones leves, que no son fuente de inquietudes o perturbaciones substanciales pueden requerir un control en el tiempo sin la iniciación de un tratamiento específico. Puesto que parecen estar relacionadas con estrés externo o con el desarrollo, la psicoterapia u otras intervenciones psicosociales dirigidas a estas situaciones estresantes pueden ser útiles. La psicoterapia puede también ser útil para los rasgos de personalidad OC.

Dos modalidades de tratamiento, CBT e ISRS, han sido estudiadas sistemáticamente y han mostrado empíricamente que tienen una eficacia específica para los síntomas núcleo del TOC.

### **TERAPIA COGNITIVO-CONDUCTUAL (CBT)**

La CBT se contempla por muchos como el tratamiento psicoterapéutico de elección para niños y adolescentes con TOC. En contraste con la medicación, con la cual la recaída es común cuando se retira el medicamento, la CBT ha probado ser un tratamiento durable, aunque se necesiten sesiones de refuerzo de vez en cuando.

**El tratamiento generalmente implica un enfoque en 3 etapas que consisten en recogida de información, terapia de exposición asistida y prevención de respuesta (E/RP) y asignación de trabajos en casa. La exposición se apoya en el hecho de que la ansiedad usualmente se atenúa después de una duración suficiente de contacto con el estímulo temido. La exposición se implementa típicamente en forma gradual preferiblemente con el paciente jugando un papel activo en la elección y secuencia de situaciones elegidas para la exposición. La adecuada exposición consiste en bloquear rituales o comportamientos de evitación, un proceso llamado prevención de respuesta. Por ejemplo, un niño con preocupaciones sobre gérmenes no debe solamente tocar cosas que contengan gérmenes sino que debe abstenerse del lavado ritualizado hasta que su ansiedad disminuya sustancialmente. La selección de las tareas E/RP por el niño de aquellos temas para los cuales el niño ya esta resistiendo con éxito, maximiza la probabilidad de que E/RP sea exitoso.**

Las intervenciones para niños con síntomas predominantemente internos incluyen el entrenamiento de relajación, el entrenamiento de control de la respiración y el entrenamiento cognitivo que han probado ser de ayuda en



niños con otros trastornos de ansiedad. Mientras que la relajación parece no tener un efecto beneficioso directo en las obsesiones o compulsiones, puede ayudar al niño con altos niveles de ansiedad a completar las tareas de E/RP con éxito. La terapia cognitiva para TOC, a diferencia de la prevención de respuesta para rituales mentales, incluye reforzar la información respecto al TOC y su tratamiento, refuerzos positivos y tratamiento de las creencias erróneas sobre el TOC.

Determinar la extensión de la implicación de la familia en el tratamiento es una consideración clave. Una implicación amplia de la familia en rituales, o una disfunción familiar que frena la implementación del CBT individual, requiere que los miembros de la familia jueguen un papel más central en el tratamiento. Intervenciones abruptas, unilaterales o confrontacionales, tales como que un padre deje de participar en los rituales de TOC, sin la colaboración del niño, no son casi nunca de ayuda, porque tales medidas fallan en ayudar al niño en internalizar una estrategia para enfrentarse con síntomas actuales y potenciales de TOC.

La CBT parece menos efectiva en niños con obsesiones solamente o con lentitud obsesiva, que en los niños con compulsiones.

## **INHIBIDORES DE RECAPTACIÓN DE SEROTONINA (IRS/ ISRS)**

La disponibilidad del IRS clomipramina y de los ISRS fluoxetina, fluvoxamina, paroxetina y sertralina, han cambiado dramáticamente el tratamiento del TOC. Se han aprobado los siguientes agentes para el tratamiento del TOC, en los grupos de edad especificados: clomipramina a los 10 años y más, fluvoxamina a los 8 años y más; sertralina 6 años y más.

### *Clomipramina*

La Clomipramina (CMI) es el IRS más extensamente estudiado en niños. Las comparaciones encuentran que la CMI es significativamente superior al placebo, con mejoría aparente a las 5 semanas en el 75% de los sujetos.

La superioridad de la CMI sobre otros antidepresivos tricíclicos (ADT) parece relacionada con sus potentes propiedades serotoninérgicas y es consistente con la ausencia de respuesta a estos otros antidepresivos.

Un ensayo terapéutico con CMI, generalmente consiste en dosis hasta 3mg por kilo y día durante 3 meses. Las dosis no debe exceder los 5mg por kilo y día o 250 mg/día, por el riesgo de cardiotoxicidad. Los efectos colaterales anticolinérgicos y antihistamínicos de la CMI son típicos de los ADT. Los efectos secundarios anticolinérgicos incluyen boca seca, somnolencia, mareo, temblores, dolor de cabeza, náuseas, sudoración e insomnio. Se recomienda un control ECG de base y periódico.



### *Inhibidores Selectivos de la Recaptación de Serotonina*

Los ISRS representan una nueva clase de agentes con ventajas claras sobre los ADT, en el perfil de efectos colaterales e índice terapéutico. El ISRS en niños y adolescentes es seguro, efectivo y bien tolerado y tiene un perfil de efectos colaterales similares a los vistos en adultos. Algunos autores encuentran que los niños de 6 a 12 años responden a la fluoxetina a dosis que promedian 1mg por kilo por día.

En general, los efectos colaterales comúnmente descritos de los ISRS, incluyen náuseas, dolor de cabeza, temblores, malestar gastrointestinal, somnolencia, acatisia, insomnio, desinhibición, agitación e incluso hipomanía.

En adultos que están tomando ISRS, se describe un síndrome "de lóbulo frontal" caracterizado por apatía o desinhibición. Estos agentes pueden también alterar la arquitectura del sueño y disminuir su eficiencia, produciendo insomnio, sedación durante el día y / o deterioro de las funciones cognitivas, aún en el contexto de una noche entera aparentemente de sueño. Aunque los ISRS, especialmente con altas dosis, ocasionalmente pueden exacerbar o precipitar tics, frecuentemente son útiles en el tratamiento de pacientes con TOC y tics, y no exacerban los tics en la mayoría de los casos.

### *Elección del fármaco*

En la práctica, la elección del fármaco puede depender del perfil de efectos colaterales y de las interacciones potenciales con otros fármacos. La CMI tiene el perfil de efectos secundarios más anticolinérgicos, requiere controles ECG en niños y es el más tóxico en una sobredosis. En contraste, los ISRS no requieren control de ECG, pero pueden estar asociados con más quejas de dolores de cabeza, náuseas, insomnio y agitación.

### *Dosis y duración*

Una dosis y duración adecuada (10-12 semanas) es necesaria para determinar si un niño responde a un IRS o ISRS dado. Muchos pacientes no muestran una mejora de síntomas en las primeras 6 a 10 semanas y pueden mejorar posteriormente durante los primeros 3 meses. En los primeros 10 días de tratamiento algunos pacientes pueden desarrollar un empeoramiento de los síntomas de TOC o quejarse de una sensación de agitación o "síndrome de inquietud temblorosa". Éste fenómeno a menudo desaparece después de los primeros días.

Puesto que la respuesta clínica no es probable que ocurra en las tres primeras semanas es preferible comenzar con una dosis baja que se incremente despacio permitiendo con ello al paciente tolerar la medicación y evitar efectos colaterales relacionados con la dosis. La duración de un ensayo debe ser de al



menos 10-12 semanas antes de cambiar los agentes o de emprender regímenes de aumento.

### Respondedores y no respondedores

El fallo de respuesta a un ISRS no necesariamente predice el fallo de respuesta a otro ISRS. Por ello, si no hay una respuesta clínica después de 10 a 12 semanas, es razonable cambiar a otro ISRS.

Para pacientes que tienen solo una respuesta clínica parcial a las pruebas sucesivas de 10 a 12 semanas de varios IRS /ISRS, las estrategias de aumento pueden ser útiles. De las numerosas clases de medicamentos probados como agentes reforzadores, sólo el clonazepam, haloperidol y risperidona han probado ser superiores al placebo en estudios controlados en adultos. Un trastorno comórbido de tics se asocia con una respuesta positiva al refuerzo de fluvoxamina con haloperidol como en el trastorno de personalidad esquizotípica. La risperidona ayuda a reducir los síntomas depresivos y la ansiedad en pacientes con TOC no respondedores al IRS solamente.

### Predictores de respuesta

Los predictores de respuesta son desconocidos en su mayoría. Los individuos con un trastorno de personalidad esquizotípico comórbido o una historia familiar de trastorno de tics pueden no responder tan bien a los ISRS.

### Mantenimiento a largo plazo

La duración óptima del tratamiento de mantenimiento en un individuo que ha respondido a un IRS/ISRS no está clara. Aunque los ensayos de discontinuación periódica son aconsejables, muchos respondedores requieren farmacoterapia de mantenimiento continuada.

## **¿QUÉ TRATAMIENTOS SE ESTÁN INVESTIGANDO?**

- Clomipramina intravenosa.

- Investigación inmunológica y terapéutica antibiótica. Se incluye plasmaféresis e inmunoglobulina endovenosa en pacientes que han padecido faringitis estreptocócica. También se ensaya la profilaxis con penicilina.

- Psicocirugía.

## **¿CUÁL DEBE SER EL TRATAMIENTO INICIAL?**



Si el TOC de un niño no va acompañado de otras psicopatologías significativas, dificultades de desarrollo o disfunción familiar, el tratamiento inicial es CBTy/o medicación antiobsesiva.

Faltan guías claras para determinar si comenzar con CBT, con un IRS o con ambos. La elección de CBT como tratamiento inicial, tiene la ventaja de su duración aparente y de evitar los efectos secundarios potenciales de la medicación. Además, dado que la historia natural de casos leves en niños pequeños con TOC no está clara, esta elección evita someter al niño a un periodo incierto de medicación. En casos específicos, sin embargo, tras consultar con los padres, una medicación antiobsesiva puede ser el tratamiento de elección inicial, a causa del tiempo, esfuerzo, coste o ansiedad asociada con la terapia de comportamiento o la no disponibilidad de un terapeuta entrenado en el uso de E/RP en niños. Otras indicaciones para comenzar con medicación incluyen la insuficiente madurez cognitiva o emocional del niño para cooperar en la CBT o la falta de apoyo de la familia al tratamiento.

### *TOC con psicopatología comórbida*

Muchos clínicos creen que la presencia de depresión comórbida, ansiedad o comportamiento disruptivo, es una indicación para incluir un IRS como parte del tratamiento inicial.

**Muchas de las compulsiones que ocurren en niños con trastorno de tics, son accionadas por una urgencia premonitoria o necesidad de repetir una acción hasta que se encuentre "bien". Esas compulsiones pueden beneficiarse de las técnicas de reversión del hábito, que utilizan el autocontrol, la relajación y respuestas motoras competitivas, además de prevención a la respuesta, y han probado ser útiles en los trastornos del hábito, tales como la tricotilomanía.**

Clínicamente, la farmacoterapia y la CBT trabajan muy bien juntas, y muchos clínicos creen que los niños con TOC se benefician de CBT y farmacoterapia combinados.

## **¿CÓMO DEBE SER EL TRATAMIENTO CONTINUADO?**

La evaluación continuada es necesaria para guiar la planificación del tratamiento y para indicar la necesidad de modificaciones en la modalidad, dosis o entorno del tratamiento.

### *No respondedores y respondedores parciales a la CBT*

Para niños que no responden o tienen sólo una respuesta parcial a la CBT, la estrategia inmediata es modificar la técnica de la CBT, la intensidad, el escenario y el formato y/o añadir un IRS.

Dependiendo de la severidad de los síntomas, debería considerarse un IRS o ISRS para pacientes conformes, que no han respondido después de 2 a 4



semanas de un ensayo de CBT bien llevado a cabo o que tienen sólo una respuesta parcial después de 4 a 7 semanas de CBT.

### *No respondedores y respondedores parciales a la medicación*

En tales casos, la estrategia más inmediata es añadir la CBT si no se ha iniciado ya. Además, puede ser útil cambiar el tipo de IRS. Si las pruebas sucesivas de 2 ó 3 IRS no tienen éxito, debería considerarse reforzar con clonazepam o una dosis baja de neuroléptico. La adición de un neuroléptico puede ser particularmente útil en niños con un trastorno de tics comórbido.

### *Duración de la farmacoterapia*

Para niños cuyo TOC responde satisfactoriamente a la medicación antiobsesiva, con o sin CBT, una decisión importante del tratamiento concierne al tiempo que se mantendrá al paciente con medicación. La decisión de mantener a un niño con medicación antiobsesiva indefinidamente, debería ser hecha solamente si la recaída ocurre repetidamente, siguiendo a intentos de disminuir la medicación. Los pacientes deberían mantenerse con medicación antiobsesiva durante 12 a 18 meses, después de una respuesta satisfactoria, antes de intentar discontinuar la medicación.

### *Discontinuación de la farmacoterapia*

Una vez que se ha tomado la decisión de intentar una reducción o discontinuación de la medicación, debería hacerse de forma gradual, por ejemplo disminuyendo la medicación un 25% y observando durante 2 meses, antes de hacer más reducciones.

Para pacientes que experimentan algún recrudecimiento de los síntomas subsiguiente a la reducción de la dosis de medicación, las sesiones de refuerzo de CBT o introducción de CBT puede ayudar a minimizar la necesidad de volver a los niveles previos de medicación.