



El Trastorno Obsesivo Compulsivo (TOC) en niños y adolescentes

El Trastorno Obsesivo-Compulsivo (TOC) es un trastorno psiquiátrico común que afecta hasta el 1% de la población general en su vida. Más del 80% de las personas con TOC señalan que su enfermedad apareció en sus años escolares. Y se estima que 1 de cada 100 a 200 niños tienen un TOC en un momento determinado, y por lo tanto dependiendo del tamaño del establecimiento en cada colegio hay entre 6 a 20 niños o adolescentes afectados por esta enfermedad.

El TOC se caracteriza por la presencia de obsesiones y compulsiones repetidas que causan intenso malestar psicológico e interfieren en la rutina, en el trabajo, en las actividades sociales y en las relaciones familiares del niño/adolescente que lo padece.

¿Qué es una obsesión?

Las **obsesiones** son ideas, pensamientos, imágenes o temores a ciertos impulsos, repetitivos e inquietantes, desagradables, no deseados y contrarios a los valores, que surgen reiteradamente y de forma incontrolable en la mente del niño con TOC, causándole un temor persistente y un alto nivel de ansiedad.

¿Qué es una compulsión?

Las **compulsiones** son comportamientos rituales estereotipados que se llevan a cabo, durante mucho más tiempo de lo normal, de forma repetitiva e ininterrumpida, y al que el niño con TOC recurre para reducir la ansiedad provocada por una obsesión.

El niño con TOC se ve inmerso en un esquema de pensamientos inquietantes y desagradables (obsesiones) o por conductas repetitivas y rituales (compulsiones) que no puede controlar. Para alguien ajeno a esta enfermedad, estas obsesiones y compulsiones carecen de sentido, pero quien padece TOC no puede evitarlas: le provocan ansiedad, le generan una tremenda angustia y le causan un gran sufrimiento.

Lo cierto es que, durante la niñez, se dan muchos comportamientos obsesivo-compulsivos que *no* corresponden a un TOC. El niño sano desarrolla rituales sin que éstos interfieran en el resto de su vida y su comportamiento. Puede jugar a no pisar las rayas de la calle mientras camina, o llevar el día del examen un objeto concreto que considera que le da suerte, o mostrarse muy meticuloso con sus pertenencias personales, o ser autoexigente con sus estudios, o comprobar que la puerta de la entrada está perfectamente cerrada cuando se queda solo en casa. Pero este niño es alegre, tiene amigos, es sociable, su proceso de aprendizaje es adecuado y le va bien en el colegio.

¿Cuándo hay que preocuparse?

Un niño no realiza con la misma tranquilidad, relajación o alegría un acto repetitivo que es un juego que un acto que se siente obligado a realizar. Hay una prueba fácil: si se le interrumpe mientras está realizando una compulsión que es para él un juego, el niño dejará lo que estaba haciendo y se quedará tranquilo; si en cambio, se trataba una compulsión que forma parte de un Trastorno Obsesivo Compulsivo, la irritabilidad está casi asegurada, porque se le ha hecho interrumpir algo para vencer la ansiedad, aunque él no sea suficientemente consciente y, es posible, incluso, que lo vean agresivo. En cualquier caso, ante algún síntoma de alarma hay que acudir al pediatra o al especialista en salud mental, ya que sólo ellos están capacitados para realizar un diagnóstico y tratamiento adecuados.

La mayoría de los niños y adolescentes con TOC tienen tanto compulsiones como obsesiones aunque suelen predominar las primeras, sobre todo en los niños más pequeños.



Las obsesiones giran, frecuentemente, en torno a los siguientes temas:

- La muerte: piensan en la posibilidad de morir ellos o algún familiar cercano
- El sexo: piensan en la diferencia biológica entre niño/niña, pero creen que no deben pensar en ello y que tener estas ideas no está bien
- Las enfermedades: piensan que ellos o sus padres pueden tener una enfermedad grave
- Miedo a contaminarse
- Temor a equivocarse o hacer las cosas incorrectamente

Las compulsiones más frecuentes son las siguientes:

- Lavarse continuamente: pueden estar lavándose las manos sin parar durante más de 1 hora; lo que puede generar un problema dermatológico
- Limpiar constantemente. No soportan la suciedad
- Realizar comprobaciones/revisiones/chequeos una y otra vez
- Preocupación excesiva por el orden
- Acumular cosas sin desprenderse de nada
- Repetir constantemente una acción: sienten que tienen que hacer las cosas un número concreto de veces o de una forma determinada o, de lo contrario, sucederá algo malo, ya sea a ellos o a sus familiares

Aunque los niños y los adultos experimentan en gran medida las mismas obsesiones y compulsiones, los niños con frecuencia expresan su trastorno de formas especiales. Al contrario que los adultos, es posible que los niños no reconozcan que sus obsesiones son irracionales y que sus compulsiones son excesivas. Con frecuencia, implican a otros miembros de la familia en sus rituales. Por ejemplo, pueden insistir en que su ropa se lave varias veces, pedir repetidamente a sus padres que repasen sus tareas o molestarse mucho si alguien desordena sus cosas.

El TOC infanto-juvenil puede empezar a manifestarse cuando el niño tiene entre 8 y 9 años, aunque se han registrado casos de niños con un cuadro clínico severo con tan sólo 3-4 años de edad. La edad de inicio más frecuente se sitúa entre los 15 y los 20 años.

Si, durante largo tiempo, el TOC se consideró una enfermedad rara entre la población infanto-juvenil, actualmente se estima que 1 de cada 100 a 200 jóvenes padece TOC, un índice de prevalencia que los expertos consideran que puede ser aún mayor si se tiene en cuenta lo difícil que, en muchas ocasiones, resulta identificar casos de TOC entre esta población, fundamentalmente por dos motivos: por ser una enfermedad que los familiares no saben reconocer o “niegan” (es habitual que pasen hasta 10 años desde que se manifiesta hasta que es diagnosticada por el especialista), y por tratarse de un trastorno psiquiátrico que se desarrolla con frecuencia asociado a otros trastornos como la ansiedad y la depresión.

Causas del TOC

Muchas teorías previas cuyo objetivo era explicar las causas del TOC estaban a favor de una causalidad/etiología psicológica. Según estas teorías, los padres eran frecuentemente los responsables del problema, debido a un exceso de perfeccionismo paterno y materno, una educación inadecuada sobre los hábitos higiénicos, una falta de atención a los hijos o una baja receptividad a las necesidades del niño durante la infancia temprana. Sin embargo, ni los conflictos profundamente asentados ni los problemas ocurridos en los primeros años de la infancia parecen ser la causa fundamental del TOC. En los últimos años se ha producido una auténtica revolución en la comprensión de la neurobiología del TOC, sobre todo como resultado de nuevos descubrimientos. Por ejemplo, los descubrimientos de potentes fármacos antiobsesivos y de métodos para detectar anomalías en el interior del cerebro (por citar algunos, la tomografía por emisión de positrones, conocida como PET, la Resonancia Nuclear Magnética funcional fRNM) han contribuido en gran medida a una explicación neurobiológica del TOC. Gran parte de las investigaciones respaldan sólidamente la idea de que un circuito cerebral concreto compuesto por la corteza frontal, los ganglios basales y el tálamo están implicados en el TOC. La herencia también parece desempeñar un papel clave en la génesis de este trastorno. Las investigaciones indican que aproximadamente un 20% de los niños y adolescentes con TOC tiene un pariente de primer grado que padece el trastorno. También se ha observado que parientes de primer grado pueden presentar otras



alteraciones como depresión, trastornos de ansiedad distintos del TOC y síndrome de la Tourette. De ahí que, en algunos casos, parezca existir una predisposición genética al TOC.

Una línea de investigación postula que, en un pequeño porcentaje de niños y adolescentes, el inicio súbito del TOC o la exacerbación de la sintomatología de esta enfermedad ya presente pueden ser el resultado de infecciones bacterianas (estreptococos) o víricas. Estos investigadores creen que los anticuerpos producidos para combatir la infección producen una inflamación de las neuronas en determinadas áreas del cerebro (sobre todo en los ganglios basales), lo que conduce a la sintomatología del TOC. Se han descrito casos clínicos que indican que un tratamiento agresivo de la infección puede dar lugar a la reducción o la eliminación de los síntomas a lo largo del tiempo. Este proceso puede estar también involucrado en el síndrome de la Tourette de inicio súbito o en las exacerbaciones repentinas de sus síntomas cuando el trastorno ya se ha manifestado anteriormente. Las investigaciones en esta área continúan y surgen continuamente nuevos hallazgos que respaldan y redefinen esta línea de investigación.

Los acontecimientos vitales también pueden desempeñar un papel como desencadenantes de un TOC. En los niños, el inicio de un TOC se puede asociar con frecuencia a un acontecimiento específico, a menudo traumático, como la muerte de un ser querido, un divorcio en la familia, un cambio de domicilio o de escuela (p. ej. El paso de la enseñanza básica a la media). Es probable que el inicio y el mantenimiento del TOC sean la consecuencia de una delicada interacción entre la genética y el ambiente a lo largo del tiempo.

Las **consecuencias/repercusiones del TOC** tienen lugar en tres áreas importantes de la vida del niño: en su personalidad, en su socialización y en su rendimiento escolar.

- **Cambios en su personalidad:** se muestra más retraído, irritable y hostil; o está más triste sin motivo aparente; o reacciona bruscamente ante un suceso sin importancia.

- **Baja en su rendimiento escolar,** porque es incapaz de concentrarse en nada más que no sean sus rituales compulsivos e ideas obsesivas. Es frecuente el fracaso escolar.

- **No tiene amigos, ya que dedica todo su tiempo a sus obsesiones y compulsiones:** los demás niños le ven como un chico/a “raro/a” y lo marginan, o él/ella mismo/a huye del contacto con los demás al verse rechazado/a o al sentir vergüenza de su comportamiento. Muchos niños con TOC piensan que son “bichos raros” porque se dan cuenta de que nadie se comporta como ellos, creen que son los únicos que actúan de ese modo e, incluso, llegan a creer que se están volviendo locos.

Algunos niños con TOC son demasiado pequeños para darse cuenta de que sus pensamientos y sus acciones son inusuales. Es posible que no entiendan o no puedan explicar por qué realizan esos rituales. Pero los niños mayores pueden sentirse avergonzados: no quieren sentirse “diferentes” de sus compañeros y les preocupa que puedan estar volviéndose locos. Por temor al ridículo, los niños pueden ocultar sus rituales delante de amigos, en el colegio o en casa y terminar mentalmente exhaustos por el esfuerzo. Otros niños gastan tanto tiempo en sus rituales que están demasiado cansados físicamente para jugar con los amigos o concentrarse en la escuela.

Por cariño o por desconocimiento de esta enfermedad, los padres no suelen pensar que su hijo padece un trastorno psiquiátrico: tienden a considerar que sólo son “cosas de niños” o rarezas que irán pasando con la edad. Unos castigan al niño y, otros, se convierten en sus cómplices. Cuando lo cierto es que, si no es tratado el trastorno, la frecuencia e intensidad de las obsesiones y las compulsiones del niño generalmente irán aumentando y la enfermedad se agravará. Y en el futuro puede tener dificultades en el funcionamiento social, laboral y personal.



¿Cómo afecta el TOC a la familia?

Los padres con frecuencia se sienten desconcertados por el extraño comportamiento de su hijo y pueden pensar que se trata tan sólo de “una fase”. Puede haber períodos de frustración y enfado cuando los niños exigen repetidamente respuestas a preguntas o solicitan ayuda para realizar sus rituales compulsivos. Las tensiones pueden aumentar sobre todo en la dinámica normal de las relaciones entre padres y adolescentes. Los padres de niños con TOC también pueden sentirse culpables si descubren que el trastorno ha ocurrido en sus familias. Los hermanos del niño afectado pueden sentirse desatendidos si los padres se concentran en ayudar al niño con TOC; asimismo pueden ser objeto de burla por parte de amigos que no entienden los síntomas del trastorno y no querer, por ejemplo, traer a casa a sus compañeros cuando está presente su hermano/a.

Los niños con síntomas intensos de TOC pueden realizar sus rituales en la escuela. Pueden comprobar/revisar/chequear cosas repetidamente o borrar y volver a hacer sus tareas, lo que da lugar a que no finalicen las tareas o las entreguen muy atrasadas. Su concentración y participación en clase pueden ser limitadas debido a sus miedos y rituales.

Los profesores pueden ser de gran ayuda en el tratamiento del TOC infantil, una vez que los padres les hayan informado sobre el trastorno. Los padres pueden compartir información con los profesores sobre la medicación de su hijo y entregarles de vez en cuando informes de sus progresos. Incluso cuando un niño con TOC es poco activo en la escuela, los profesores deben estar informados de que el tratamiento del TOC puede mejorar la capacidad de aprendizaje del niño.

¿Cómo se diagnostica el TOC?

El pediatra puede remitir a los padres a un psiquiatra infantil, que estudiará el comportamiento del niño con información obtenida del mismo niño, de los padres, los hermanos y posiblemente el profesor,. Realizará una entrevista especialmente diseñada para diagnosticar el TOC, y posiblemente ordene algunos exámenes para descartar causas secundarias.

Tratamiento del TOC

Como en los adultos, para tratar el TOC infanto-juvenil se utiliza tanto el tratamiento psicofarmacológico como la terapia cognitivo-conductual que sirve para reeducar los hábitos del niño y para que aprenda a controlar su ansiedad; Con frecuencia, también se utilizan ambas opciones de manera combinada. Algunos expertos piensan que los niños muy pequeños con TOC no responden bien a la terapia conductual, porque no comprenden sus compulsiones lo suficientemente bien como para resistirse a ellas.

Terapia cognitiva-conductual

Hay amplio acuerdo entre los investigadores y expertos en el TOC que el tratamiento de primera elección del TOC leve (aquellos casos en que los fenómenos obsesivo compulsivos ocupan poco tiempo mental y en que no interfieren de manera tan significativa en la vida de la persona), debería ser una forma específica de psicoterapia llamada cognitiva-conductual, una de cuyas herramientas nucleares es conocida como exposición y prevención de respuesta (EPR). En cambio en aquellos pacientes con formas moderadas a severas de TOC la recomendación es partir con medicación y luego agregar la psicoterapia cognitivo-conductual. El componente de **exposición** de la EPR consiste en enfrentar al paciente con un estímulo que le gatilla obsesiones y le provoca compulsiones. Con la **prevención de respuesta**, a la persona se le anima a no realizar los rituales compulsivos durante un período de tiempo. Por ejemplo, cuando se trabaja con un paciente cuyo miedo a la contaminación ha dado lugar a que se lave excesivamente las manos, un terapeuta puede pedir al paciente que sostenga algo “sucio” (exposición). Posteriormente se le pide que no se lave las manos durante una o dos horas (prevención de la respuesta). A lo largo del tiempo, se le puede pedir al paciente que aguante y no se lave las manos durante períodos cada vez más largos de tiempo. Después de varias sesiones, que duran en general 45 minutos cada una, lo habitual es que la ansiedad asociada al estímulo disminuya, así como la urgencia de realizar los rituales compulsivos. Durante la EPR, también se enseña a utilizar estrategias adicionales, como técnicas de relajación, reestructuración cognitiva y el humor. Para mejorar los resultados de la EPR también se han utilizado técnicas de solución de problemas, así como representaciones gráficas y a color de los niveles de



ansiedad. Debe tenerse en cuenta que las tareas que hay que superar en la EPR están clasificadas según su dificultad y deben realizarse al ritmo de cada paciente. Además, esta terapia debe ser llevada a cabo sólo por un profesional con la preparación adecuada.

Medicación

Los medicamentos que se utilizan en el tratamiento del TOC son antidepresivos con propiedades antiobsesivas, es importante mencionar que no todos los antidepresivos sirven, solo aquellos que modulan los niveles de serotonina en el cerebro se han mostrado eficaces. Entre ellos se utilizan en primer lugar los inhibidores selectivos de la recaptura de serotonina (ISRS), por su excelente tolerabilidad y seguridad. Uno de los más estudiados es la fluvoxamina, luego están la sertralina, paroxetina, fluoxetina, escitalopram, citalopram. También se utilizan en segunda línea otros antidepresivos antiobsesivos como la clomipramina y la venlafaxina. Existen además múltiples alternativas adicionales que suelen combinarse con los medicamentos anteriores para potenciar su efecto antiobsesivo, entre ellos algunos ansiolíticos (p. ej., clonazepam), y fármacos moduladores de la dopamina en el cerebro (p. ej., risperidona, quetiapina, aripiprazol). Como todos los medicamentos, los fármacos antiobsesivos pueden producir efectos secundarios, entre ellos náuseas, sequedad bucal, dolor de cabeza, cambios en el apetito, alteraciones del sueño e inquietud. Ahora bien la mayoría de estos efectos indeseados, especialmente con los ISRS, son leves y pasan en 2 a 3 semanas. La medicación reduce significativamente la frecuencia e intensidad de las obsesiones y compulsiones, por lo que se produce una mejoría y se incrementa notablemente la calidad de vida del niño o adolescente con TOC.

Otros tratamientos

Aunque la terapia de exposición y la medicación son tratamientos eficaces para un gran número de pacientes con TOC, en muchos casos es esencial administrar tratamientos adicionales. Entre ellos están la terapia familiar, que es fundamental cuando hay dinámicas familiares que complican el proceso del tratamiento, lo cual ocurre con frecuencia. También pueden ser importantes los talleres psicoeducativos, los grupos de apoyo y la coordinación con el colegio.

Con el tratamiento se reduce el sufrimiento tanto del niño como de quienes viven a su alrededor, porque en general, suele haber siempre conflictividad familiar y también en otras áreas. La mejora de la convivencia está en relación con la disminución de irritabilidad del niño. Probablemente va a mejorar también su rendimiento escolar, ya que el control de los síntomas dejará de interferir en la concentración y atención del niño en el colegio. Habitualmente el niño reacciona muy bien, porque en la medida en que es consciente de que algo raro le pasa se siente mal consigo mismo. Uno de los problemas de muchos de estos niños (y también de muchos adultos), es creer que les pasa algo no normal, que son diferentes de los demás y que eso es como una especie de defecto personal. Cuando se les explica que tienen un trastorno, como muchos de los que puede tener el ser humano y que, además, esto les pasa a otros niños, normalmente se sienten aliviados y más relajados.

Bibliografía

1. Foa, Edna, Ph.D. and Reid Wilson, Ph.D. Stop Obsessing! How to Overcome Your Obsessions and Compulsions. Bantam Books, 1991
2. Osborn, Ian, MD. Tormenting Thoughts and Secret Rituals, The Hidden Epidemic of Obsessive-Compulsive Disorder. Pantheon Books, 1998
3. Rapoport, Judith L. MD. The Boy Who Couldn't Stop Washing: the Experience and Treatment of Obsessive-Compulsive Disorder. E.P. Dutton, 1989
4. Gail B. Adams Ed.D and Marcia Torchia RN. "OCD and The School Personnel: A Critical Link". 2002