

Paz González Rodríguez¹, Prudencio Rodríguez Ramos²

¹Pediatra. Centro de Salud Manzanares el Real. Área 5. Madrid. ²Jefe de Sección de Psiquiatría Infantil y de la Adolescencia. Servicios de Salud Mental de Tetuán. Madrid

RESUMEN

El trastorno obsesivo-compulsivo (TOC) es una enfermedad de origen heterogéneo, que afecta alrededor del 1% de los niños y adolescentes, y que se caracteriza por pensamientos obsesivos y comportamientos compulsivos que son angustiosos y alteran la vida diaria. A menudo se acompaña por una amplia comorbilidad, como alteraciones del estado de ánimo, ansiedad, alteraciones de la atención y el aprendizaje y/o tics. En el diagnóstico es importante realizar una historia clínica detallada acerca de los síntomas, así como de otros aspectos psicológicos y del desarrollo, historia familiar y médica (incluyendo descartar una causa infecciosa). El tratamiento incluye la terapia cognitivo-conductual (incluyendo la exposición a las situaciones temidas y la prevención de la conducta compulsiva) y medicaciones específicas. A menudo son necesarias intervenciones como psicoterapia familiar e intervenciones educativas o farmacológicas.

EPIDEMIOLOGÍA

La prevalencia en la infancia y adolescencia es del 1%, siendo más frecuente en varones. Existe asociación familiar. Se puede asociar con otras enfermedades mentales o con enfermedades médicas como la infección por estreptococo.

La prevalencia de TOC en niños y adolescentes es de alrededor del 1%, y en recientes estudios epidemiológicos se describe que a lo largo de la vida es del 2%. Aunque la presencia de síntomas obsesivo-compulsivos durante la adolescencia es mayor, sólo un pequeño porcentaje las describe como angustiosas. Algunos autores hablan de TOC subclínico para referirse a personas que tienen obsesiones y/o compulsiones que no son suficientemente graves como para cumplir los criterios completos. Según la definición que se utilice, la prevalencia de TOC subclínico en la adolescencia es de entre un 4 y un 19%.

Durante la infancia es más frecuente en varones y a lo largo de la vida adulta se iguala. La literatura describe que pocos adolescentes reciben un diagnóstico correcto y aún menos, un tratamiento adecuado. Aunque es un trastorno relativamente persistente en la vida adulta, se ha demostrado una remisión completa del TOC de la infancia de entre el 10-50% al llegar la adolescencia.

La incidencia de TOC está aumentada en familiares de primer grado. Un subgrupo de pacientes y niños tienen TOC de comienzo agudo después de una infección por *Streptococcus pyogenes*. Se ha postulado que es por una alteración de los ganglios basales. Este síndrome se ha llamado PANDAS (*Autoimmune Neuropsychiatric Disorders Associated with Streptococcal Infection*).

INTRODUCCIÓN TEÓRICA A LA PATOLOGÍA

Antes de los años ochenta era considerado como un trastorno exclusivamente emocional (neurótico), muy poco presente entre la patología psíquica de estas edades, poco relacionado con otras alteraciones mentales o psicobiológicas y sin unas pautas de tratamiento específicas. Actualmente ninguna de estas afirmaciones puede considerarse adecuada.

Desde finales del siglo pasado vienen acumulándose evidencias sobre las disfunciones neurobiológicas que facilitan o inducen la aparición de los síntomas obsesivos y compulsivos, sin encontrarse diferencias atribuibles a factores culturales. Actualmente el TOC es considerado diferente de otros trastornos por ansiedad, aunque este síntoma está presente en las personas que lo padecen, siendo una ansiedad derivada de la existencia de pensamientos intrusivos (obsesiones) y de impulsos (compulsiones) habitualmente considerados como ajenos a los propios razonamientos (egodistónicos).

Las observaciones respecto a su asociación con diversos trastornos neurológicos han supuesto un incentivo para tratar de identificar los circuitos neuronales implicados en la puesta en marcha y mantenimiento de los comportamientos obsesivos y compulsivos, confirmándose la disfunción de los ganglios basales frontales mediante neuroimagen y la implicación de los sistemas neurotransmisores, fundamentalmente los serotoninérgicos; también se han desarrollado estudios genéticos que muestran un riesgo significativamente mayor para hijos de padres con TOC (16%) o con familiares en primer grado (10%) que en familiares no afectados (1,9-3%).

En la actualidad es comúnmente aceptado el acuerdo de que el TOC no parece surgir por factores psicológicos principales, sino más bien que los factores biológicos predisponentes, combinados con los aspectos psicológicos de la crianza y/o con acon-

TABLA I. Diferencias entre los rituales obsesivo-compulsivos y los evolutivos

	Obsesivo-compulsivo	Evolutivo
Ritual	Vivido con ansiedad	Lúdico, placentero
Interrupción del ritual	Genera irritabilidad y agresividad	Sin reacciones de molestia y desasosiego
Vida cotidiana	Muy interferida	Sin interferencias
Finalidad del rito	Combatir temores	Lúdica, práctica
Percepción por otras personas	Ritos que impresionan como perturbadores e invasores	Ritos sin apariencia alarmante, circunstanciales

Esquemático de Toro J (1987).

tecimientos traumáticos desencadenantes, ofrecen la explicación más aceptable de la génesis, el desarrollo y el mantenimiento de este trastorno.

En el desarrollo de los niños y hasta la adolescencia es frecuente la existencia de pensamientos y comportamientos de características aparentemente similares a los síntomas obsesivos y compulsivos, pero que no son ni un indicador de riesgo ni una manifestación precoz de la enfermedad, sino elementos comunes en la evolución psíquica. Una síntesis de gran interés práctico para diferenciar los síntomas patológicos de los evolutivos es la de Toro J (1987), que se ha esquematizado en la tabla I.

De forma más extensa, Leonard et al. (1989) han diferenciado las características de algunos de los rituales normales de la infancia y la adolescencia de aquellos síntomas más frecuentes en el TOC a estas edades (Tabla II).

CLÍNICA

Los síntomas más importantes son las obsesiones y compulsiones que interfieren en la vida diaria del niño, cambiando su comportamiento y su carácter, dificultando la vida social y escolar. Se perciben como exageradas y anómalas y, sin embargo, no pueden evitarse.

Los síntomas más importantes son las obsesiones recurrentes y compulsiones que interfieren en la vida diaria del niño, cambiando su comportamiento y su carácter, aislándolo de sus amigos y disminuyendo su rendimiento escolar. Una obsesión es una idea o pensamiento repetitivo inquietante, desagradable y no deseado, que surge reiteradamente y de forma incontrolable en la mente del niño con TOC, causándole un temor persistente y un alto nivel de ansiedad.

La compulsión es un comportamiento ritual estereotipado que se lleva a cabo, durante mucho más tiempo de lo normal, de forma repetitiva e ininterrumpidamente, y al que el niño con TOC recurre para reducir la ansiedad provocada por una idea obsesiva. El niño con TOC se ve atrapado 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, tales 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. El niño las percibe como no necesarias y ridículas, incluso como “locuras inconfesables” y, al igual que las obsesiones, los niños suelen intentar ocultarlo o justificarse con razonamientos minimizadores. Ésta es una de las causas de la dificultad para detectar el trastorno en sus primeros tiempos de aparición, así como de su aparente escasez entre la población. Un alto porcentaje de adultos con TOC reconocen haber comenzado a padecer los síntomas en la infancia y/o la adolescencia.

Los síntomas más frecuentes en la infancia (Tabla III) son las obsesiones relacionadas con el miedo a contaminarse, a menudo acompañado por compulsión a lavarse la manos y evitar los objetos contaminados. Los contaminantes pueden ser tan específicos como el VIH o semen, o tan inespecíficos como algo “sucio”. También son frecuentes las preocupaciones acerca de la seguridad de los padres o de ellos mismos.

Otro síntoma frecuente es la compulsión repetida de comprobar (por ejemplo, si las puertas están cerradas o si los miembros de la familia están seguros). Ésta puede ser la manifestación de un patrón más general de pensamiento obsesivo que gira alrededor de si ha herido los sentimientos de alguien, o acerca del miedo de atropellar a un animal con la bicicleta. También son frecuentes los pensamientos intrusivos de miedo a agredir a alguien debido al descontrol, incluso con imaginación truculenta del hecho, siempre contra los propios deseos y sentimientos.

Otras compulsiones frecuentes son el contar, colocar o tocar de forma repetida. Aunque algunas compulsiones están ligadas a una preocupación específica, muchas consisten en acciones repetidas hasta que sienten que “ya está bien” (los niños pueden ir delante y atrás a través de una puerta, o arriba y abajo por las escaleras). Puede incluir hacer las acciones con la izquierda y luego con la derecha, o repetir las acciones un número de veces par o impar. La compulsión a releer o reescribir las tareas escolares puede interferir en el rendimiento académico. Rituales mentales pueden consistir en oración silenciosa, repetición, contar o pensar en algo de forma repetida.

TABLA II. Diferencias de rituales y supersticiones entre el desarrollo normal y el TOC.

Rituales	Desarrollo normal	Patología obsesivo-compulsiva
Para acostarse	Frecuente en la 1ª infancia	Elaborados, amplios, incapacitantes
No pisar raya	Frecuente en la infancia	Agobiante y repetitivo
Revisar y ordenar	Ocasional, infrecuente	Habitual, riguroso y repetitivo
Letanías de números	Habitual como pasatiempo lúdico	Minucioso, amplio y perturbador de la vida diaria
Exactitud y afán de orden	Temporal y poco frecuente	Muy habitual, minucioso, incapacitante
Tocar	Ocasional, lúdico	Elaborado, impuesto
Coleccionar y acaparar	Habitual de objetos significativos	Atesora objetos inútiles y gastados
Baño y lavado de manos	Ocasional en la infancia, infrecuente en la adolescencia	Muy frecuente, minucioso, prolongado y rígido
Miedos a contaminación	Temporal incapacidad y sufrimiento escasos	Muy frecuente, minucioso, incapacitante

Adaptado de Leonard et al. (1989).

TABLA III. Compulsiones y obsesiones más frecuentes en niños y adolescentes con TOC

Compulsiones
Lavado de manos, ducha, baño, cepillado de dientes o acicalarse de forma excesiva o ritualizada
Repetir constantemente una acción: el ir dentro y fuera a través de una puerta o arriba y abajo en una silla
Comprobar puertas, cerraduras, horno, trabajo escolar
Rituales de eliminar el contacto con los contaminantes
Rituales de tocar o golpear rítmicamente
Obsesiones
Preocupación con lo sucio, gérmenes o toxinas medioambientales
Preocupación de que algo terrible ocurrirá, como fuego, muerte o enfermedad
Simetría, orden o exactitud
Escrupulosidad (obsesiones religiosas)
Números que dan o quitan suerte
Preocupación o disgusto con los fluidos corporales

Zinder LA, Swedo SE. Pediatric obsessive-compulsive disorder. JAMA 2000; 284: 3104-3106.

Un hallazgo común en muchos pensamientos obsesivos es la exagerada percepción de riesgo que se disminuye mediante el ritual compulsivo. El pensamiento obsesivo puede aparecer de repente, o desencadenado por algo externo, por ejemplo, el miedo a contaminarse aparece cuando una persona está cerca. El niño puede reconocer que la persona de hecho no está contaminada pero, una vez desencadenado el pensamiento angustioso, es difícil desplazarlo y lleva a la necesidad de lavarse o evitar el objeto. La realización del ritual tiene la finalidad de dismi-

nuir la obsesión, consiguiéndolo de forma transitoria, aunque al coste de alterar el funcionamiento de la vida.

Sin embargo, los niños, a diferencia de los adultos, pueden no ser capaces de explicar las terribles consecuencias que podría tener el no repetir sus rituales, y lo único que perciben es la vaga sensación de que algo malo podría ocurrir.

En algunos casos las compulsiones simples, como tocar de forma repetitiva o simétrica, pueden no tener un componente ideacional y pueden ser muy difíciles de distinguir de tics complejos. Por otro lado, una minoría de niños tienen obsesiones sin que se acompañen de acciones compulsivas.

Los pacientes con TOC perciben sus obsesiones y compulsiones de forma que son sin sentido y excesivas. Sin embargo, en los niños puede ser diferente.

Es bastante frecuente la exigencia vehemente a los padres para convertirlos en “ayudantes” de sus rituales, mostrándose irritados si éstos no acceden a sus exigencias de cooperación, lo que perturba de forma persistente la vida cotidiana de la familia.

DIAGNÓSTICO EN LA CONSULTA DEL PEDIATRA DE ATENCIÓN PRIMARIA

El diagnóstico es clínico y está basado en los criterios del DSM IV. Puede ser difícil de reconocer en ausencia de síntomas típicos. Además, tanto los padres como los pacientes pueden ocultar o infravalorar los síntomas durante mucho tiempo.

El diagnóstico está basado en la clínica y de acuerdo a los criterios diagnósticos del DSM IV que figuran en la tabla IV.

Aunque el TOC no es difícil de reconocer, a veces puede tardarse en buscar atención médica. Los padres pueden ir tolerando las conductas para evitar dificultades con el niño, y acudir finalmente cuando las conductas alteren de forma significativa la vida familiar.

TABLA IV. Trastorno obsesivo-compulsivo. DSM IV

A. Se cumple para las obsesiones y las compulsiones:

Las obsesiones se definen por (1), (2), (3) y (4):

- (1) Pensamientos, impulsos o imágenes recurrentes y persistentes que se experimentan en algún momento del trastorno como intrusos e inapropiados, y causan ansiedad o malestar significativo.
- (2) Los pensamientos, impulsos o imágenes no se reducen a simples preocupaciones excesivas sobre problemas de la vida real.
- (3) La persona intenta ignorar o suprimir estos pensamientos, impulsos o imágenes, o bien intenta neutralizarlos mediante otros pensamientos o actos.
- (4) La persona reconoce que estos pensamientos, impulsos o imágenes obsesivos son el producto de su mente (y no vienen impuestos como en la inserción del pensamiento).

Las compulsiones se definen por (1) y (2):

- (1) Comportamientos (p. ej., lavado de manos, puesta en orden de objetos, comprobaciones) o actos mentales (p. ej., rezar, contar o repetir palabras en silencio) de carácter repetitivo, que el individuo se ve obligado a realizar en respuesta a una obsesión o con arreglo a ciertas reglas que debe seguir estrictamente.
- (2) El objetivo de estos comportamientos u operaciones mentales es la prevención o reducción del malestar o la prevención de algún acontecimiento o situación negativo; sin embargo, estos comportamientos u operaciones mentales, o bien no están conectados de forma realista con aquello que pretenden neutralizar o prevenir, o bien resultan claramente excesivos.

B. En algún momento del curso del trastorno la persona ha reconocido que estas obsesiones o compulsiones resultan excesivas o irracionales. Nota: este punto no es aplicable en los niños.

C. Las obsesiones o compulsiones provocan un malestar clínico significativo, representan una pérdida de tiempo (suponen más de 1 hora al día) o interfieren marcadamente con la rutina diaria del individuo, sus relaciones laborales (o académicas) o su vida social.

D. Si hay otro trastorno del Eje I, el contenido de las obsesiones o compulsiones es independiente de este trastorno. (p. ej., las ideas, pensamientos, impulsos e imágenes no tienen nada que ver con la comida si coexiste un trastorno de la conducta alimentaria, preocupación por una grave enfermedad en la hipocondría, o sentimientos repetitivos de culpabilidad en el trastorno depresivo mayor).

E. El trastorno no se debe a los efectos fisiológicos directos de una sustancia (p. ej., drogas, fármacos) o de una enfermedad médica.

Puede ser diagnosticado a raíz de un problema médico, como lesiones en las manos por lavado compulsivo, laceraciones de las uñas por cepillado, encopresis o enuresis por rechazo a ir al baño por pensamientos obsesivos de contaminación.

Si se sospecha, hacer una historia clínica detallada en la que se identifiquen los síntomas, la frecuencia, el contexto y el grado de angustia o alteración que se produce con los mismos, además de si realiza algún esfuerzo para resistir las obsesiones y compulsiones y en qué grado lo consigue. Preguntar al niño que describa con sus palabras los impulsos y preocupaciones que acompañan los rituales. Valorar el grado de percepción que tiene de lo que le está pasando.

Valorar hasta qué punto la vida familiar y la respuesta de los padres está alterada, para así poder planificar el tratamiento. La dinámica familiar no parece relacionarse con el comienzo del TOC, pero la evolución tras iniciar el tratamiento es más favorable si hay colaboración del entorno. Una escala autoaplicada para padres puede proporcionar información sobre el grado de alteración familiar relacionado con el TOC, facilitando las orientaciones terapéuticas al respecto (véase *anexo*).

Hay que considerar el nivel de desarrollo del niño. Hay conductas ritualizadas apropiadas para cierta edad, que no alteran la vida del niño, como podrían ser rituales a la hora del sueño. Éstos no son excesivos y no repercuten sobre el comportamiento o el carácter del niño. Se han desarrollado cuestionarios y escalas estructurados para ayudar en el diagnóstico y valorar la gravedad del TOC como el *Yale-Brown Obsessive Compulsive Scale* (Tabla V), el Leyton de 44 ítems heteroaplicado o el Leyton de 20 ítems autoaplicado. También pueden ser de utilidad para monitorizar la evolución durante el tratamiento.

DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL

Ante síntomas obsesivos compulsivos hay que valorar si son normales para la edad; descartar esquizofrenia, depresión, ansiedad, tics, trastorno generalizado del desarrollo, anorexia, fobias y que sea secundario a otras enfermedades. Es muy frecuente la comorbilidad del TOC con algunos de los trastornos previos.

El diagnóstico diferencial del TOC hay que hacerlo con los rituales normales de la infancia y adolescencia, trastorno obsesivo-compulsivo.

TABLA V. Yale-Brown Obsessive-Compulsive Scale (Y-BOCS)

PUNTUACIÓN EN LA ESCALA DE OBSESIÓN					
Tiempo empleado en las obsesiones	0 horas/día	0-1 horas/día	1-3 horas/día	3-8 horas/día	> 8 horas/día
<i>Puntuación</i>	0 ○	1 ○	2 ○	3 ○	4 ○
Alteración por las obsesiones	Ninguno	Medio	Sí, pero manejable	Alteración sustancial	Incapacitante
<i>Puntuación</i>	0 ○	1 ○	2 ○	3 ○	4 ○
Angustia por las obsesiones	Ninguna	Poco	Moderado pero manejable	Grave	Constantemente
<i>Puntuación</i>	0 ○	1 ○	2 ○	3 ○	4 ○
Resistencia a las obsesiones	Siempre resiste	Mucha resistencia	Alguna resistencia	A menudo cede	Cede siempre
<i>Puntuación</i>	0 ○	1 ○	2 ○	3 ○	4 ○
Control de las obsesiones	Control completo	Mucho control	Algún control	Poco control	Ningún control
<i>Puntuación</i>	0 ○	1 ○	2 ○	3 ○	4 ○
PUNTUACIÓN EN LA ESCALA DE COMPULSIONES					
Tiempo empleado en las compulsiones	0 horas/día	0-1 horas/día	1-3 horas/día	3-8 horas/día	> 8 horas/día
<i>Puntuación</i>	0 ○	1 ○	2 ○	3 ○	4 ○
Alteración por las compulsiones	Ninguna	Media	Sí, pero manejable	Alteración sustancial	Incapacitante
<i>Puntuación</i>	0 ○	1 ○	2 ○	3 ○	4 ○
Angustia por las compulsiones	Ninguna	Poca	Moderada pero manejable	Grave	Constantemente
<i>Puntuación</i>	0 ○	1 ○	2 ○	3 ○	4 ○
Resistencia a las compulsiones	Siempre resiste	Mucha resistencia	Alguna resistencia	A menudo cede	Cede completamente
<i>Puntuación</i>	0 ○	1 ○	2 ○	3 ○	4 ○
Control de las compulsiones	Control completo	Mucho control	Algún control	Poco control	Ningún control
<i>Puntuación</i>	0 ○	1 ○	2 ○	3 ○	4 ○
Puntuación total. Subclínica: 0-7.1; Leve: 8-15.1; Moderada: 16-23; Grave: 24-31; Extrema: 32-40.					

sivo compulsivo de la personalidad, esquizofrenia, anorexia nerviosa, síndrome de Gilles de la Tourette, fobias y autismo infantil.

A diferencia de la esquizofrenia, el rasgo que más claramente diferencia ambos es la convicción que tiene el paciente con

TOC de que sus ideas obsesivas no vienen impuestas desde el mundo exterior, sino que brotan de sí mismo.

El TOC y la depresión pueden coexistir en una misma persona, aunque es discutido si uno precede a la otra o viceversa. El sufrimiento del propio TOC puede favorecer la aparición

de síntomas depresivos, y un estado de ánimo depresivo facilitar la aparición o el incremento de sintomatología obsesivo-compulsiva.

Algunos trastornos fóbicos pueden resultar difíciles de diferenciar de un TOC. Los temores fóbicos son más concretos apareciendo sólo en la cercanía del objeto de la fobia, al igual que los posibles rituales para alejarse físicamente de él; los rituales obsesivos son diversos, simbólicos y mágicos.

La personalidad obsesivo-compulsiva se desarrolla a partir de la adolescencia y tiene una característica estable frente a las oscilaciones del TOC; suelen ser personas poco emotivas, contenidas y rígidas, lo que no es típico del TOC.

La ansiedad de separación en la infancia puede presentar preocupaciones recurrentes sobre riesgos físicos de sí mismos, y sobre todo de adultos significativos; son preocupaciones de apariencia obsesiva pero circunscritas a situaciones de riesgo (ladrones, salidas de casa, viajes, estar solos en casa), que además no se resuelven por rituales compulsivos.

Al realizar el diagnóstico hay que valorar la presencia de comorbilidad o trastornos asociados. Entre los más frecuentes está la ansiedad en la tercera parte de los casos y depresión entre 20-73%.

La asociación con tics es frecuente. Al menos el 50% de niños y adolescentes con síndrome de Gilles de la Tourette tienen síntomas de TOC en la vida adulta. Por otro lado, hay historia de tics en el 60% de los niños diagnosticados de TOC.

En niños con TOC es frecuente que se asocien dificultades temperamentales. A veces los padres los describen como perfeccionistas y ansiosos, pudiendo coexistir el perfeccionismo y la desorganización. Pueden ser irritables o impulsivos y casi la mitad reúnen criterios de déficit de atención con hiperactividad y trastorno negativista desafiante.

Es frecuente encontrar dificultades del aprendizaje y alteraciones de la conducta.

En los trastornos generalizados del desarrollo (TGD) (como autismo, trastorno de Asperger) hay conductas estereotipadas, así como intereses muy fijos: motores, mapas, etc., que los padres y profesores pueden describir como obsesivo-compulsivos. En general, a los niños con TGD estas conductas no les producen angustia, aunque a veces es difícil valorar este aspecto en niños con alteraciones cognitivas y del lenguaje.

Hay que descartar la asociación con enfermedad médica: TOC puede ocurrir como consecuencia de enfermedades neurológicas, como intoxicación por monóxido de carbono, tumores, reacción alérgica a picadura de avispa, encefalitis vírica, traumatismo cerebral, corea de Sydenham y alteraciones de los ganglios basales.

Se ha descrito un síndrome caracterizado por TOC de comienzo prepuberal y/o tics, en el que hay un comienzo brusco de los síntomas o reagudizaciones asociadas a la infección por estreptococo beta hemolítico del grupo A. Este síndrome se ha llamado

PANDAS (*Pediatric Autoimmune Neuropsychiatric Disorders Associated with Streptococcal infection*). La patogenia podría ser por respuesta autoinmune en niños genéticamente predispuestos en los que se producen anticuerpos hacia los ganglios basales. En estudios con resonancia magnética se han encontrado alteraciones similares a las de los pacientes de corea de Sydenham.

Hay que tener en cuenta que el TOC se presenta a veces como trastorno aislado, otras veces, se acompaña de patología asociada principalmente de tipo depresivo o ansioso y, por último, existen trastornos psiquiátricos que a su vez pueden ir acompañados de sintomatología obsesivo-compulsiva.

En los niños con tricotilomanía se ha especulado con que esta conducta repetitiva estuviera comprendida dentro del espectro de TOC. La incidencia de TOC está aumentada en los niños con tricotilomanía, sin embargo la mayoría de los niños con esta manía no tienen otros síntomas.

PLANTEAMIENTO TERAPÉUTICO

El tratamiento incluye la terapia cognitivo-conductual junto con medicamentos como los inhibidores de la recaptación de la serotonina. Es importante la información a los padres para ayudarles en el manejo diario de la enfermedad.

A partir de una información a los padres y a los menores que aclare su carácter de enfermedad bien conocida y relativamente común, con buenas posibilidades de mejora y remisión con tratamiento adecuado, deben utilizarse medidas educativas: evitar castigos por los síntomas, comprender el sufrimiento sin someterse a sus exigencias de participar en los rituales, y proporcionar referencias para lectura e información complementarias (www.ocdresource.com, fundaciones, asociaciones). En ATOC (www.asociaciontoc.org) hay información para los padres y personas afectadas.

El grado de sufrimiento personal y familiar, así como la afectación del funcionamiento social y académico, además de otras circunstancias como el posible riesgo autolítico en algunos casos, son los elementos primordiales para decidir la rapidez e intensidad del tratamiento específico.

Tanto los tratamientos de terapia conductual-cognitiva como los farmacológicos muestran las eficacias mayores y más contrastadas a estas edades. La elección depende de las características de los menores y la preferencia de los padres; no obstante, es bastante frecuente la necesidad de utilizar ambas técnicas combinadas, además de mantener un asesoramiento regular de los padres. La **terapia conductual-cognitiva** incluye:

- **Exposición y prevención de respuesta:** entrenando al menor a exponerse a las obsesiones y a evitar actuar las compulsiones. Se trata del método psicoterapéutico fundamental en el TOC.
- **Reestructuración cognitiva:** modificar falsas convicciones, parar el pensamiento obsesivo y discutir la necesidad de las compulsiones puede ser útil como paso previo al anterior.

- **Relajación:** aunque no tiene beneficio directo sobre el TOC, se utiliza para contener el descontrol emocional durante los ejercicios de exposición y prevención.

La organización de la terapia se hará dependiendo de la sintomatología predominante; así, las obsesiones puras son poco accesibles al tratamiento, mientras que las obsesiones y compulsiones de orden, contaminación, contar y repetir, sí responden bien al mismo.

La **farmacoterapia** con inhibidores de la recaptación de serotonina (IRS), selectivos (fluvoxamina, fluoxetina, sertralina) o no selectivos (clomipramina), se ha mostrado eficaz en estudios abiertos y controlados. Estudios abiertos de paroxetina y citalopram también han mostrado su eficacia. Las dosis recomendadas quedan recogidas en la tabla VI.

Los resultados terapéuticos pueden demorarse hasta las ocho semanas, por ello conviene ir ajustando las dosis sin precipitación. En los casos más severos y resistentes se han utilizado combinaciones de estos fármacos o también asociaciones con neurolépticos (haloperidol, risperidona).

Otros tratamientos, como el uso de agonistas opiáceos y de estimulación magnética transcraneal, o las terapias inmunológicas y/o antibióticas para los casos de PANDAS, presentan resultados prometedores pero por el momento no son recomendables como métodos terapéuticos estandarizados.

El tratamiento farmacológico suele ser prolongado, apareciendo recaídas en porcentajes altos tanto en adultos como en niños. Aunque no está comprobado, se considera que la asociación de ambos tratamientos puede suponer un factor protector de las recaídas. Son fármacos, en general, bien tolerados. Las reacciones adversas al tratamiento farmacológico son las habituales con los inhibidores de recaptación de serotonina, fundamentalmente náuseas, sedación o alteraciones del sueño iniciales; con la clomipramina conviene realizar un control cardiológico previo.

DERIVACIÓN

Los casos leves se pueden comenzar a tratar en Atención Primaria y, si en tres meses no se objetiva mejoría, derivar a los servicios de salud mental.

En el TOC es infrecuente la necesidad de ingreso psiquiátrico o de urgencia en la derivación a los servicios de salud mental. Únicamente en casos como un trastorno depresivo asociado que se acompañe de riesgo autolítico sería necesaria la actuación urgente. Sí es importante la adecuada orientación previa a los niños y las familias (necesidad del tratamiento, respuesta lenta al mismo, confianza en los métodos terapéuticos antes indicados), pues ello favorecerá la predisposición a la adherencia y el cumplimiento terapéuticos.

En los niños pequeños con inicio brusco del trastorno, sintomatología intensa y sin antecedentes familiares claros, es conveniente investigar la asociación a infecciones estreptocócicas inmediatamente anteriores, y rastrear episodios biográficos, acom-

TABLA VI. Fármacos indicados, dosis y duraciones mínimas de los tratamientos para evaluar resultados

Fármaco	Dosificación	Duración
Clomipramina	Hasta 3 mg/kg/24 h	Más de 8 semanas
Fluvoxamina	Hasta 200 mg/24 h	Más de 8 semanas
Fluoxetina	Hasta 40 mg/24 h	Más de 8 semanas
Sertralina	Hasta 200 mg/24 h	Más de 8 semanas
Paroxetina	Hasta 30 mg/24 h	Más de 8 semanas
Citalopram	Hasta 30 mg/24 h	Más de 8 semanas
Haloperidol	Hasta 2 mg/24 h	Asociado 2-3 m
Risperidona	Hasta 3 mg/24 h	Asociado 2-3 m

pañados o no de exacerbación de síntomas de TOC y/o tics, coincidiendo con fases activas de infección o producción de anticuerpos antiestreptocócicos.

Los casos leves, o los de inicio reciente, pueden ser tratados inicialmente en atención primaria cuando se cuenta con el tiempo y los apoyos suficientes; no obstante, debería establecerse un tiempo límite (alrededor de 3 meses) para derivar a salud mental si no se obtienen cambios claramente favorables.

Los episodios sucesivos, relativamente frecuentes, suponen un riesgo que requiere seguimiento y atención inmediata.

BIBLIOGRAFÍA

1. American Academy of child and Adolescent Psychiatry: Practice parameters for the assessment and treatment of children and adolescents with obsessive-compulsive disorder. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 1998; 37 (suppl): 27S-45S.
***Amplia descripción de cómo diagnosticar y tratar el TOC, basado en una minuciosa revisión de la literatura y en la consulta a expertos. Especial interés en la descripción de la clínica y la comorbilidad que puede ir asociada. En cuanto al tratamiento, los basados en los nuevos antidepresivos y en terapia cognitivo-conductual son los que ofrecen mejores resultados.
2. Mardomingo Sanz MJ. Trastorno obsesivo-compulsivo. En: Mardomingo Sanz MJ. *Psiquiatría del niño y del adolescente*. Madrid: Díaz de Santos, SA., 1994. p. 315-347.
*** Una revisión completa del TOC desde la fisiopatología revisando las diferentes teorías en cuanto a la etiología y la patogenia, descripción de la clínica, diagnóstico, diagnóstico diferencial, y diferentes modalidades de tratamiento.
3. Snider LA, Swedo SE. Pediatric obsessive-compulsive disorder. *JAMA* 2000; 284: 3104-3106.
***Actualización de forma concisa de la clínica, el diagnóstico y el tratamiento. Interesante la tabla que, a modo de resumen, describe las compulsiones y obsesiones más frecuentes en la infancia y adolescencia.
4. Diagnostic and statistical manual of mental disorders. 4th ed. (DSM IV), Washington, D.C. American Psychiatric Association, 1994.
*** Manual de diagnóstico de las enfermedades mentales que proporciona criterios diagnósticos específicos para cada trastorno mental y las directrices para establecer el diagnóstico. De utilización obli-

- gada en cualquier consulta médica que se relacione con las enfermedades mentales.
5. Jenike MA. Obsessive-compulsive disorder. N Engl Med 2004; 350: 259-65.
** Actualización de los conocimientos que hay acerca del TOC, basados en las guías de práctica clínica. Utiliza un caso clínico para, a partir de él, comentar el proceso diagnóstico y el tratamiento de elección. El tratamiento incluye terapia cognitivo-conductual y medicación con los ISRS.
 6. Murphy ML, Pichichero ME. Prospective identification and treatment of children with pediatric autoimmune neuropsychiatric disorder associated with group A streptococcal infection (PANDAS). Arch Pediatr Adolesc Med. 2002; 156(4): 356-61.
*De interés por el debate que abre, aunque otros estudios no encuentran asociación. Estudio prospectivo en Atención Primaria que confirma la asociación entre comienzo de TOC, ansiedad, hiperactividad o tics, y la infección por estreptococo. El tratamiento de la infección con penicilina se asoció con la curación de las compulsiones, en primer lugar y después de las obsesiones. Otros síntomas comórbidos como labilidad emocional y ansiedad de separación se asociaron de forma temporal al PANDAS.
 7. Rapoport JL, Swedo S. Obsessive-Compulsive Disorder. En: Child and Adolescent Psychiatry. Rutter M y Taylor E, editores. Oxford: Blackwell Publ. 2002; pp. 571-592.
*** Revisión actualizada de dos de las máximas autoridades mundiales en el TOC de la infancia y la adolescencia.
 8. Toro Trallero J. Obsesiones en la infancia. En: Vallejo Ruiloba J, editor. Estado obsesivos. Barcelona. Salvat: 1986. p. 163-187.
*** Estudio profundo, adecuadamente extenso y de utilidad práctica. Actualizados en ediciones posteriores.
 9. Leonard HL, Swedo SE, Lelane MC et al. A 2- to 7-Year Follow-up study of 54 obsessive-compulsive children and adolescents. Arch. Gen. Psychiatry (1993); 50: 429-439*.
 10. March JS. Cognitive-Behaviour Therapy, Sertraline, and their combination for children and adolescents with obsessive-compulsive disorder. The pediatric OCD treatment study (POTS) randomized controlled trial. JAMA 2004; 292: 1969-1976.
*** Ensayo clínico aleatorio que compara el tratamiento del TOC con tratamiento cognitivo-conductual solo, sertralina sola, la asociación de ambos o placebo. Los tres tratamientos son aceptables. Recomiendan que los pacientes comiencen el tratamiento con terapia cognitivo-conductual o con la asociación de ambos.

Caso clínico

Niña de 10 años que acude a la consulta por dificultades en la relación familiar y problemas escolares.

Los padres cuentan que de pequeña era una niña inquieta, con dificultad a la hora de seguir las instrucciones, y con enfados frecuentes en forma de patataetas. En el colegio ha tenido buen rendimiento escolar, aunque últimamente tiene dificultades en la relación con otros niños. Refiere que es miedosa, aunque en los últimos meses ha comenzado a mostrar un aumento de la preocupación por los accidentes y las enfermedades. Se muestra muy ansiosa por la salud de la familia, y está agobiada con la posibilidad de que les pase algo, reaccionando con angustia ante cualquier tardanza imprevista. Comprueba que los miembros de la familia estén en casa, llama a su madre al trabajo de forma continua, reaccionando con gran angustia si no puede hacerlo, por lo que le han proporcionado un teléfono móvil. Necesita comprobar continuamente que las puertas y ventanas estén cerradas. Esta conducta ha ido en aumento, y puede emplear varias horas al día en ello.

Si se lo impiden reacciona con gran enfado y llanto, y al final toda la familia está involucrada en disminuir la tensión.

En clase está triste y rehuye el contacto. En el recreo juega sola y dice que los otros niños se meten con ella.

AP: embarazo y parto normal. Desarrollo neurológico y psicomotor normal. Tiene una hermana de 6 años. Padres viven sanos. Ambos trabajan fuera de casa. No hay antecedentes de enfermedades psiquiátricas.

Desde siempre refieren que ha sido una niña muy irritable, con dificultades en la alimentación y en el sueño. Muy inquieta y con dificultades para mantener la atención, que no ha repercutido en el rendimiento escolar.

Ante la sospecha de TOC se deriva a los servicios de salud mental.

Inician tratamiento conductual y recibe sertralina durante 2 meses, que suspende la familia porque la ven más nerviosa y que duerme peor. Sigue tratamiento con psicoterapia en salud mental. A los 4 meses los síntomas han disminuido en frecuencia e intensidad, persistiendo el cuadro clínico. Los padres participan en un grupo de terapia con las familias que organiza el equipo de salud mental.

Preguntas de evaluación

PREGUNTAS SOBRE EL TEMA

1. *En cuanto a los síntomas del TOC en la infancia, es cierto que:*
 - a) Pacientes con TOC en general no perciben que su conducta es extrema e ilógica.
 - b) El diagnóstico se basa en técnicas de neuroimagen y/o la presencia de *S. pyogenes* en el exudado faríngeo.
 - c) Las acciones compulsivas no tienen una finalidad.
 - d) En la infancia es más frecuente en varones.
 - e) Las compulsiones no suelen interferir con la actividad social y escolar.
2. *En cuanto al diagnóstico diferencial:*
 - a) La presencia de síntomas depresivos descarta la existencia de TOC.
 - b) Dentro de la comorbilidad es frecuente encontrar depresión y trastornos de ansiedad.
 - c) La asociación con tics es frecuente.
 - d) Todas son correctas.
 - e) b y c son correctas.
3. *Los antecedentes familiares de TOC son:*
 - a) Siempre existentes en primer grado.
 - b) Poco frecuentes.
 - c) Necesarios para confirmar el diagnóstico.
 - d) Indicadores de una evolución cronicada.
 - e) Frecuentes en la familia extensa.
4. *El tratamiento del TOC:*
 - a) Puede mezclar farmacoterapia y psicoterapia.
 - b) Requiere una medicación ansiolítica.
 - c) No está indicado en los menores de 8 años.
 - d) Requiere orientación familiar.
 - e) a y d son correctas.
5. *Los niños que sufren TOC:*
 - a) Ocultan habitualmente sus síntomas.
 - b) Siempre tienen obsesiones de contaminación, pero no de agresión.
 - c) Son muy aficionados a las colecciones.
 - d) Se sienten seguros cuando les razonan sobre sus síntomas.
 - e) b y d son correctas.

PREGUNTAS SOBRE EL CASO CLÍNICO

1. *A la hora del diagnóstico del TOC en la infancia:*
 - a) Es más frecuente el comienzo en la infancia en las mujeres.
 - b) En la infancia es poco frecuente que las obsesiones con que algo terrible ocurrirá, como fuego, muerte o enfermedad.
 - c) La actitud de la familia intentando que el niño realice las acciones compulsivas para que no tenga ansiedad, es de ayuda para la curación.
 - d) Las compulsiones más frecuentes son el lavado de manos, repeticiones, comprobaciones de puertas y cerraduras.
 - e) Los criterios diagnósticos del DSM IV no son aplicables en los niños.
2. *En cuanto al tratamiento:*
 - a) La terapia cognitivo-conductual, junto con el tratamiento con los inhibidores selectivos de la recaptación de la serotonina, son los tratamientos utilizados para el tratamiento del TOC.
 - b) La terapia familiar no tiene efecto en la evolución de los pacientes con TOC.
 - c) Sin tratamiento, la enfermedad tiende a la curación.
 - d) El tratamiento de la patología asociada al TOC se debe demorar hasta que se produzca mejoría de éste.
 - e) La actitud de la familia intentando que el niño realice las acciones compulsivas para que no tenga ansiedad es de ayuda para la curación.
3. *En el TOC, en la infancia:*
 - a) A la hora de valorar los síntomas obsesivo-compulsivos es importante valorar el estado de desarrollo del niño.
 - b) El diagnóstico puede ser tardío, debido a que tanto la familia como el paciente pueden tratar de ocultar los síntomas.
 - c) El tratamiento es multidisciplinar, incluyendo al pediatra, psicólogo, psiquiatra.
 - d) Todas son correctas.
 - e) b y c son correctas.