

TRASTORNO OBSESIVO-COMPULSIVO

1.- CONCEPTO Y DEFINICIÓN

El trastorno obsesivo compulsivo se caracteriza por la presencia de obsesiones y compulsiones. Las **obsesiones** se definen como pensamientos, impulsos o imágenes que de modo intrusivo, repetitivo e indeseado se hacen presentes en la conciencia causando ansiedad o malestar significativo. Las obsesiones se experimentan como propias, involuntarias, inapropiadas y desagradables, originando malestar subjetivo en forma de miedo, disgusto, dudas o sensación de incompletud, no siendo simples pensamientos excesivos acerca de problemas de la vida real. Las **compulsiones** son comportamientos, motores o actos mentales, repetitivos, finalistas e intencionales que el sujeto se ve impelido a realizar de manera estereotipada o de acuerdo a determinadas reglas, por lo general en respuesta a una obsesión, con el fin de reducir el malestar o de evitar que ocurra el daño anticipado, objetivamente improbable, para sí mismo o para los demás. Se requiere que las obsesiones y/o compulsiones causen además de un malestar clínico objetivo, una pérdida de tiempo en la rutina diaria con interferencia significativa en el funcionamiento general, originando al sujeto desadaptación familiar, académica y/o social.

Aunque los niños y adolescentes con trastorno obsesivo compulsivo representan un grupo heterogéneo con una amplia gama de manifestaciones clínicas tanto en el inicio como en el curso de la enfermedad, de siempre se ha aceptado que los criterios diagnósticos son similares a los de los adultos. No obstante, los niños, y con alguna frecuencia los adolescentes, puede que no perciban subjetivamente los síntomas como excesivos, irracionales o extraños, pudiendo resultar egosintónicos, lo que puede plantear dudas sobre la resistencia que oponen a los síntomas y el malestar subjetivo que les origina. Si no tenemos en cuenta esta característica, parte de la población infantil afecta puede quedar sin diagnosticar al regirnos únicamente por la característica egodistónica. Por ello, el diagnóstico en niños y adolescentes requiere de una flexibilidad, tanto mayor cuanto menor es la edad del sujeto.

2.- EPIDEMIOLOGIA

Los estudios sobre prevalencia del TOC en población general infantil y adolescente son relativamente escasos y recientes, algunos de ellos poco rigurosos en su metodología, no habiendo seguido siempre criterios diagnósticos estrictos ni utilizado instrumentos de evaluación con propiedades psicométricas adecuadas (Toro, 2001). En muestras de población general adolescente las estimaciones van del 1 al 3.6% (AACAP, 1998). De todas formas, al valorar la prevalencia en muestras de población general, resulta a veces difícil distinguir el TOC de la amplia gama de ritualizaciones y obsesiones que, de forma leve y transitoria, ocurren frecuentemente a lo largo de la vida y, sobre todo, en la infancia. Por ello, algunos autores emplean el término “TOC subclínico” para describir a los sujetos que refieren obsesiones o compulsiones que no revisten la gravedad suficiente para cumplir con los criterios establecidos para el diagnóstico. Utilizando esta definición de “TOC subclínico” se han referido en los mismos estudios prevalencias que oscilan entre el 4 y el 19% (Valleni-Basile et al, 1994; Apter et al, 1996).

Al igual que en adultos, las estimaciones de la prevalencia en muestras clínicas de niños son generalmente más bajas que en las muestras de población general y se sitúan, según distintas revisiones, en alrededor del 1%. En una muestra de población clínica española de 8.377 niños y adolescentes se halló un 0.9% de casos de TOC (Toro et al. 1992). Una explicación para esta variabilidad podría ser el carácter secreto de la sintomatología obsesivo-compulsiva. Muchos de estos niños sufren su patología sin ser diagnosticados, o lo son varios años más tarde de haber comenzado los síntomas. No obstante, existen algunos datos indicadores de que en el momento que se incrementa el conocimiento de la enfermedad por parte de los profesionales y de la población, el diagnóstico clínico se vuelve más frecuente.

En los últimos años se ha descrito una variante de TOC pediátrico denominada PANDAS (*Paediatric Autoimmune Neuropsychiatric Disorder Associated with Streptococcal Infections*), caracterizada por inicio precoz de los síntomas (antes de los 8 años), predominio del sexo masculino (3:1), exacerbaciones sintomáticas súbitas asociadas a infecciones por estreptococos, asociación frecuente a hiperactividad motora, impulsividad y distraibilidad, y sintomatología comórbida también episódica asociada temporalmente a las infecciones. Por todo ello, ante un TOC de inicio temprano es conveniente explorar la posible existencia de infecciones previas al inicio del cuadro.

3.- POBLACION / EDADES DE RIESGO - DIANAS

La *historia natural* del TOC en la infancia ha sido poco estudiada. La información retrospectiva descrita por pacientes adultos parece indicar que aproximadamente el 80% tuvieron su inicio antes de los 18 años de edad, y de ellos entre un tercio y la mitad refieren el inicio antes de los 15 años (Pauls et al, 1995). El promedio de edad de inicio en muestras clínicas de niños y adolescentes es de 10 años (rango 7-12 años) (AACAP, 1998; Toro et al, 1992), existiendo además un grupo numeroso de pacientes que lo inicia en la adolescencia. En el estudio en una muestra clínica española, el 7% de los casos referían un inicio entre los 3 y 5 años (Toro et al., 1992). La mayoría de estudios señalan un predominio de varones en la infancia (3/2), tendiendo a igualarse en la adolescencia. Los casos con un inicio precoz (prepuberal) son mucho más frecuentes en pacientes con antecedentes familiares del mismo trastorno, mientras que cuando el inicio es a partir de los 18 años es mucho menos frecuente encontrar familiares en primer grado con esta patología (Nestadt et al, 2000). Los varones, especialmente de inicio precoz, tienden a presentar también un trastorno por tics que precede al TOC. Así, el inicio temprano de la enfermedad, de predominio en varones, frecuentemente acompañado de tics y en numerosas ocasiones con antecedentes familiares de primer grado, ha hecho pensar a diferentes investigadores que este inicio infantil del TOC constituyera un subtipo diferenciado con una etiología más específica.

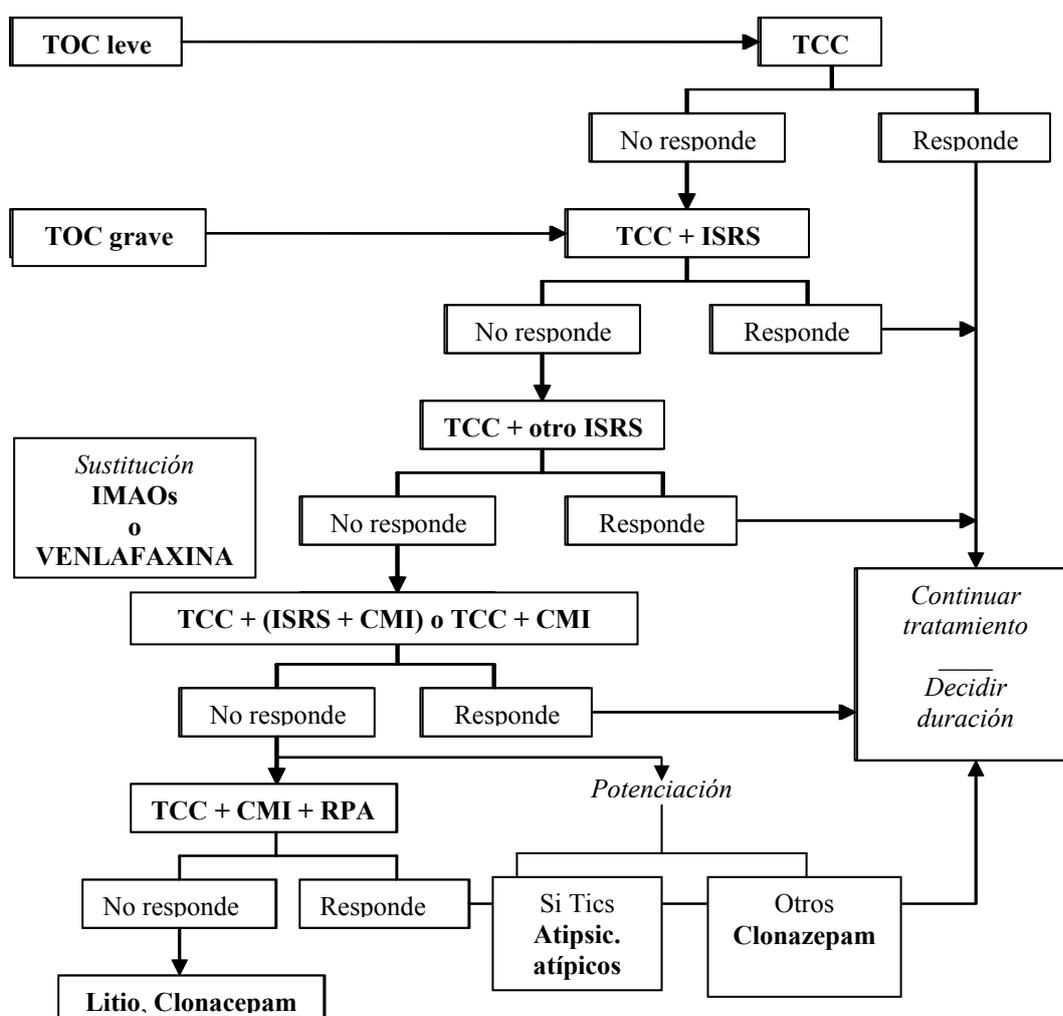
Los primeros estudios clínicos, realizados la mayoría previamente al desarrollo de la terapia cognitiva-conductual y del tratamiento farmacológico con ISRS, destacaban las características de cronicidad del trastorno, con presencia de sintomatología tras varios años en un 47-70% de los casos. Un metaanálisis reciente sobre la evolución a largo plazo del TOC de inicio infantil señala la existencia de TOC o TOC subclínico en el 40-60% de los casos estudiados tras 1-15 años de seguimiento. El inicio más temprano, la larga duración del trastorno y la necesidad de ingreso predecían la persistencia del trastorno, y los trastornos psiquiátricos comórbidos y la escasa respuesta inicial al tratamiento eran factores de mal pronóstico (Steward et al., 2004).

Tabla 1.- Signos y síntomas de detección y/o derivación (obsesiones y compulsiones mas frecuentes en niños y adolescentes)	
Obsesiones	Compulsiones
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Contaminación ▪ Dañar a sí mismo o a otros ▪ Agresiones ▪ Sexo ▪ Escrúpulo/Religiosidad ▪ Pensamientos “prohibidos” ▪ Simetría ▪ Decir, preguntar, confesar 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Lavarse ▪ Repetir ▪ Comprobar ▪ Tocar ▪ Contar ▪ Ordenar ▪ Almacenar ▪ Rezar

Tabla 2.- Protocolo diagnóstico	
Primera visita (padres)	<p>Historia clínica: desarrollo/maduración/evolución general; historia y situación actual de sintomatología obsesiva-compulsiva y de trastornos comórbidos; funcionamiento familiar/escolar/psicosocial; antecedentes psicopatológicos familiares; tratamientos previos; historial médico.</p>
Segunda visita (paciente)	<p>Historia y entrevista clínica Exploración física y neurológica Se pueden incluir un cuestionario general de psicopatología y un cuestionario de sintomatología obsesivo-compulsiva:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ LOI-CV (Leyton Obsessive Inventory- Child Version), (Berg et al., 1988) ▪ CBC (Child Behavior Checklist) o YSR (> 11 años) (Youth Rating Scale)
Visitas sucesivas	<p>Evaluación sintomatología obsesivo-compulsiva:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ CY-BOCS (Children’s Yale-Brown Obsessive-Compulsive Scale) (Scahill et al, 1997) ▪ Evaluación de psicopatología comórbida de trastorno por tics (YGTSS Yale Global Tic Severity Scale) ▪ Evaluación de otra posible psicopatología añadida ▪ Solicitud de analítica y ECG si se requiere ▪ Solicitud de RMN si se cree adecuado

Tabla 3.- Diagnóstico diferencial	
<ul style="list-style-type: none"> • Trastorno obsesivo-compulsivo de la personalidad (TOCP) • Esquizofrenia • Depresión • AN – BN • Hipocondría • Tics motores complejos • Comportamientos estereotipados de los TGD 	
<p>Además se ha de valorar la posible existencia de TRASTORNOS ASOCIADOS:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Trastornos de tics (incluido Trastorno de Tourette) ▪ Trastornos del aprendizaje ▪ Trastornos depresivos ▪ Trastornos de ansiedad ▪ TDAH y Trastorno negativista desafiante ▪ Trastorno generalizado del desarrollo 	

Tabla / Figura 4.1.- Algoritmo terapéutico del TOC en niños y adolescentes



TCC: Terapia cognitiva conductual. ISRS: Inhibidor selectivo de la recaptación de serotonina. CMI: Clorimipramina.

Tabla 4.2.- Antidepresivos recomendados en niños y adolescentes con TOC			
Fármaco	Dosis inicial	Incremento gradual	Dosis máxima
Fluvoxamina	25 mg/día	50 mg/día/semana	300 mg/día ó 5 mg/kg/d
Fluoxetina	Peso<25 kg: 5-10 mg/día Peso>25 kg: 20 mg/día	10-20 mg/día/1-2 semanas	60-80 mg/día
Sertralina	25 mg/día	50 mg/día/1-2 semanas	200-250 mg/día
Paroxetina	Peso<25 kg: 10 mg/día Peso>25 kg: 20 mg/día	10-20 mg/día/1-2 semanas	50 mg/día
Citalopram	Peso<25 kg: 10 mg/día Peso>25 kg: 20 mg/día	10-20 mg/día/1-2 semanas	50 mg/día
Clomipramina	Peso<25 kg: 10 mg/día Peso>25 kg: 25 mg/día	<10 años: 10 mg/día/3 días >10 años: 25 mg/día/3 días	250 mg/día ó 5 mg/kg/d

Tabla 4.3.- Intervención psicológica y psicosocial
<p>1.- INTERVENCION PSICOEDUCATIVA (dirigida a padres y pacientes)</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Información sobre la naturaleza del TOC y su tratamiento ▪ Motivación y soporte al cumplimiento del tratamiento ▪ Cambio de actitudes y distanciamiento psicológico
<p>2.- EVALUACION CONDUCTUAL</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Basándose en el CY-BOCS elaborar listado de obsesiones y compulsiones ▪ Jerarquía de obsesiones y compulsiones ▪ Registro de obsesiones y compulsiones
<p>3.- ENTRENAMIENTO COGNITIVO</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Insistir en la información y el distanciamiento psicológico ▪ Delimitación y crítica de las creencias obsesivas erróneas ▪ Autorrefuerzo
<p>4.- SELECCIÓN DE TECNICAS COGNITIVO-CONDUCTUALES</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Exposición y prevención de respuesta ▪ Técnicas cognitivas: obsesiones puras, dudas obsesivas, escrupulosidad y culpas morales ▪ Práctica masiva-saciedad y exposición cognitiva: Obsesiones ▪ Modelamiento y moldeamiento ▪ Complementar, si es necesario para mejorar el cumplimiento, con técnicas de reforzamiento
<p>5.- INTERVENCION FAMILIAR</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Intervención psicoeducativa ▪ Aconsejamiento: normas conductuales a la familia para evitar la implicación de sus miembros en los rituales del paciente y para la extinción de los mismos evitando el posible refuerzo social ▪ Ayudar a diferenciar los problemas del paciente relacionados con el TOC de otros de tipo educativo o relacionados con la adolescencia
<p>6.- REINSERCIÓN ACADÉMICA Y SOCIAL</p>

Tabla 4.4.- Selección de la estrategia de TCC según predominio sintomático		
	Tratamiento de elección (eficacia demostrada en niños y adolescentes)	T. eficaz en adultos, y/o poco verificado en niños y adolescentes
Compulsiones (limpieza, repeticiones, almacenamiento, rituales mentales, ...)	Exposición + prevención de respuesta	
Obsesiones puras (escrúpulos religiosos o morales, dudas patológicas, ...)		Terapia cognitiva: reestructuración cognitiva, práctica masiva o saciedad (exposición cognitiva), detención de pensamiento
Lentitud obsesiva		Modelado y moldeamiento
Compulsiones semejantes a tics complejos		Inversión del hábito

BIBLIOGRAFÍA RECOMENDADA

- AACAP Official Action. Practice parameters for the assessment and treatment of children and adolescents with obsessive-compulsive disorder (1998). *Journal of American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 37, 10 ,suppl., 27S-45S
- Apter A, Fallon TJ, King RA, Ratzoni G, Zohar AH, Binder M, Weizman A, Leckman JF, Pauls DL, Kron S, Cohen DJ (1996). Obsessive-compulsive characteristics: from symptoms to syndrome. *Journal of American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 35, 7, 907-912.
- Berg CZ, Whitaker A, Davies M, Flament MF y Rapoport JL (1988). The survey form of the Leyton Obsessional Inventory-Child Versión: norms from an epidemiological study. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 27, 759-763.
- Hollander E (1993). Obsessive-compulsive related disorders. *Washington. American Psychiatric Press*.
- Nestadt G, Samuels J, Riddle M, Bienvenu OJ3, Liang KY, LaBuda M, Walkup J, Grados M, Hoehn-Saric R (2000). *A family study of obsessive-compulsive disorder. Archives of General Psychiatry*, 57, 358-363.
- Pauls DL, Alsobrook JP, Goodman W, Rasmussen S, Leckman SF (1995). A family study of obsessive-compulsive disorder. *American Journal Of Psychiatry*, 146, 246-249.
- Scahill L, Riddle MA, McSwiggan-Hardin MT, Ort SI, King RA, Goodman WK, Cicchetti D, Leckman JF (1997). The Children's Yale-Brown Obsessive Compulsive Scale: preliminary report of reliability and validity *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 36, 844-853.
- Steward SE, Geller DA, Jenike M, Pauls D, Shaw, Mullin B, Faraone SV. Long-term outcome of pediatric obsessive-compulsive disorder: a meta-analysis and qualitative review of the literature. *Acta Psychiatr Scand*, 2004; 110: 4-13.
- Swedo SE. Rituals and Releasers: An Ethological Model of Obsessive-Compulsive Disorder. En: Rapoport JL (Ed) (1989) *Obsessive-Compulsive Disorder in Children and Adolescents. Washington. American Psychiatric Press*.
- Toro J, Cervera M, Osejo E, et al. (1992). Obsessive-compulsive disorder in childhood and adolescence: a clinical study. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 33, 6: 1025-1037.

- Valleni-Baseli LA, Garrison CZ, Jackson KL et al (1994). Frequency of obsessive-compulsive disorder in a community sample of young adolescents. *Journal of American Academy Child and Adolescent Psychiatry*, 3: 782-791.

BIBLIOGRAFÍA RECOMENDADA

- Lázaro L. (2004). Tratamiento del trastorno obsesivo-compulsivo en niños y adolescentes. *Aula Médica Psiquiatría*, 3, 189-221.
- March JS & Mulle K (1998). OCD in children and adolescents. A cognitive-behavioral treatment manual. *Nueva York; Guildford Press*.
- Mardomingo MJ (1997). Trastorno obsesivo-compulsivo en la infancia y adolescencia. *Monografías de Psiquiatría*, 9, 3.
- Protocolos del Consenso de Expertos. Tratamiento del Trastorno Obsesivo-Compulsivo (1997). *The Journal of Clinical Psychiatry*, 58, supl 4
- Toro J (2001). Trastorno obsesivo compulsivo en niños y adolescentes. Psicopatología y tratamiento. *Meeting & Congreso, S.L.*