

TRASTORNO OBSESIVO- COMPULSIVO EN EL NIÑO Y EL ADOLESCENTE

**Pedro Gomes de Alvarenga, Rosana Savio Mastrosoza &
Maria Conceição do Rosário**

Editores: Laura Revert, Matías Irrarrázaval & Andres Martin

Traducción: Régis Villegas, Paula Placencia, José Ángel Alda & Paula Cox



Pedro Gomes de Alvarenga
MD

Psychiatrist, Department
and Institute of Psychiatry,
University of São Paulo Medical
School, São Paulo, Brazil.

Conflict of interest: none
disclosed

Rosana Savio Mastrosoza
BA

Clinical Psychologist, Child
and Adolescent Psychiatry
Unit (UPIA), Department of
Psychiatry, Federal University
of São Paulo, São Paulo, Brazil

Conflict of interest: none
disclosed

Esta publicación está dirigida a profesionales en formación o con práctica en salud mental y no para el público general. Las opiniones vertidas son de responsabilidad de sus autores y no representan necesariamente el punto de vista del Editor o de IACAPAP. Esta publicación busca describir los mejores tratamientos y las prácticas basadas en la evidencia científica disponible en el tiempo en que se escribió, tal como fueron evaluadas por los autores, y éstas pueden cambiar como resultado de nueva investigación. Los lectores deberán aplicar este conocimiento a los pacientes de acuerdo con las directrices y leyes de cada país en el que ejercen profesionalmente. Algunos medicamentos pueden que no estén disponibles en algunos países, por lo que los lectores deberán consultar la información específica del fármaco debido a que ni se mencionan todas las dosis, ni todos los efectos no deseados. Las citas de organizaciones, publicaciones y enlaces de sitios de Internet tienen la finalidad de ilustrar situaciones, o se enlazan como una fuente adicional de información; lo que no significa que los autores, el Editor o IACAPAP avalen su contenido o recomendaciones, que deberán ser analizadas de manera crítica por el lector. Los sitios de Internet, a su vez, también pueden cambiar o dejar de existir.

©IACAPAP 2018. Esta es una publicación de acceso libre bajo criterios de [Licencia Creative Commons Atribución No Comercial](#). El uso, distribución y reproducción a través de cualquier medio están permitidos sin previa autorización siempre que la obra original esté debidamente citada y su uso no sea comercial. Envíe sus comentarios acerca de este libro digital o algún capítulo a jmrey@bigpond.net.au

Cita sugerida: Alvarenga PG, Mastrosoza RS, Rosário MC. Trastorno Obsesivo-Compulsivo en el Niño y el Adolescente (Revert L, Irrarrázaval M, Martin A, ed. Villegas R, Placencia P, Alda J.A. Cox P trad.). En Rey JM (ed), *Manual de Salud Mental Infantil y Adolescente de la IACAPAP*. Ginebra: Asociación Internacional de Psiquiatría del Niño y el Adolescente y Profesiones Afines 2017.

El trastorno obsesivo-compulsivo (TOC) es un trastorno neuropsiquiátrico frecuente cuya característica esencial es la presencia de obsesiones y/o compulsiones de carácter recurrente lo suficientemente graves como para provocar pérdidas de tiempo o un acusado deterioro de la actividad general o un malestar clínicamente significativo (DSM-5; Asociación Americana de Psiquiatría, 2014). El TOC afecta a todas las edades, independientemente de raza, estatus socio-económico o religión. Se estima que el coste anual del TOC en los Estados Unidos asciende aproximadamente a 8 mil millones de dólares (Hollander et al, 1998). A pesar de su prevalencia y de su carácter incapacitante, algunos estudios sugieren que alrededor del 60% de los pacientes con TOC tardan mucho tiempo en solicitar ayuda profesional o no reciben tratamiento debido a la falta de conocimiento por parte de los profesionales de la salud sobre el TOC (Dell’Oso et al, 2007).

DESARROLLO HISTÓRICO

Los síntomas obsesivos-compulsivos fueron descritos en el siglo XVII. En esa época, las obsesiones y las compulsiones se consideraban manifestaciones de melancolía religiosa y se pensaba que los que las padecían estaban “poseídos” por fuerzas externas. A partir de la primera mitad del siglo XIX el TOC empezó a investigarse científicamente. El psiquiatra francés Jean-Étienne Dominique Esquirol describió por primera vez en 1838 un trastorno médico similar al TOC actual, que clasificó dentro de las “monomías” (una especie de delirio parcial). A finales del siglo XIX, el TOC fue incluido en la neurastenia. A principios del siglo XX, Sigmund Freud y Pierre Janet, psicólogo francés, distinguieron el TOC de la neurastenia. En 1903 Pierre Janet propuso que los pacientes obsesivos presentan una personalidad anormal (llamada “psicastenia”), que se caracteriza por ansiedad, preocupación excesiva y duda, describiendo un tratamiento exitoso para las compulsiones y los rituales por medio de técnicas similares a las que se utilizan en la terapia conductual. Janet relata el caso de un niño de 5 años “psicasténico” con pensamientos intrusivos y repetitivos. Se considera la primera descripción clínica de un TOC pediátrico (consultar Alvarenga et al, 2007).

Actualmente, el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM; Asociación Americana de Psiquiatría, 2013) y la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE; Organización Mundial de la Salud, 1992) utilizan ambos los mismos criterios diagnósticos para el niño y el adolescente como para los adultos, exceptuando que en niños no se requiere el criterio de “insight” (en este caso, la capacidad de entender que los fenómenos que uno experimenta no son reales).

EPIDEMIOLOGÍA

La prevalencia a lo largo de la vida del TOC es del 1% al 3%, lo que le convierte en uno de los trastornos neuropsiquiátricos más frecuentes. La sintomatología del TOC comienza antes de la pubertad entre un tercio y la mitad de los sujetos (Kessler et al, 2005). Por ejemplo, un estudio que incluye a 330 pacientes adultos con TOC demostró que el 49% de la muestra presentaba los primeros síntomas antes de los 11 años y el 23% entre los 11 y los 18 años (de Mathis et al, 2009). En población infanto-juvenil, el TOC estaba considerado como infrecuente hasta que en 1998 se publicó un estudio que estimaba en 0,7% su prevalencia anual en Estados Unidos (Flament et al, 1988). Más recientemente, un estudio británico sobre salud mental infantil establece una prevalencia puntual del 0,25% en niños de 5 a 15 años; cabe señalar que la mayoría de estos niños nunca solicitaron tratamiento – lo cual se asemeja a los resultados de estudios epidemiológicos en poblaciones adultas (Heyman et al, 2003).

Se han encontrado dos picos de incidencia del TOC, con una distribución distinta según el sexo. El primer pico aparece durante la infancia, con un inicio

Maria Conceição do Rosário
MD, PhD

Child and Adolescent
Psychiatrist; Associate
Professor at the Child and
Adolescent Psychiatry unit
(UPIA), Department of
Psychiatry, Federal University
of São Paulo, São Paulo, Brazil

Conflict of interest: speaker for
Novartis, Lilly and Shire



Jean-Étienne Dominique Esquirol, psiquiatra francés, fue el primero en describir en 1838 un trastorno médico similar al TOC actual.

Consecuencias del trastorno obsesivo-compulsivo

- El TOC es un trastorno neuropsiquiátrico frecuente.
- Causa importante sufrimiento y discapacidad.
- El costo anual estimado en los EEUU es cercano a los 8 billones de dólares.
- La edad de inicio en 50% a 80% de los casos es antes de los 18 años.
- Cerca del 60% de los pacientes continua teniendo síntomas crónicamente.

de los síntomas entre los 7 y los 12 años y una preponderancia masculina. El segundo pico aparece en el adulto joven, a la edad media de 21 años y con un ligero predominio femenino (Geller et al, 1998).

CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS

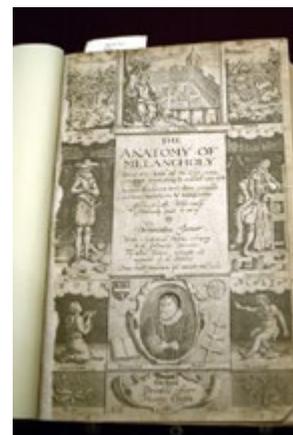
El TOC se caracteriza por la presencia de obsesiones o compulsiones de carácter recurrente lo suficientemente graves como para provocar pérdidas de tiempo significativas (más de una hora al día) o un acusado deterioro de la actividad general o un malestar clínicamente significativo. Pensamientos, impulsos o imágenes recurrentes y persistentes que se experimentan en algún momento durante el trastorno como intrusivas o no deseadas, y que en la mayoría de los sujetos causan ansiedad o malestar importante. El sujeto intenta ignorar o suprimir estos pensamientos, impulsos o imágenes, o neutralizarlos con algún otro pensamiento o acto (es decir, realizando una compulsión). (Asociación Americana de Psiquiatría, 2000). Los síntomas obsesivo-compulsivos varían considerablemente no sólo de un paciente al otro sino también en un mismo paciente a lo largo del tiempo. A pesar de tales variaciones, algunos síntomas son más frecuentes que otros y se describen en la tabla F.3.1.

Aunque existen numerosas similitudes en sus manifestaciones clínicas a lo largo de la vida, los niños y adolescentes que padecen TOC presentan algunas peculiaridades. Por ejemplo, cuanto más joven es el paciente, mayor será la probabilidad de que se observen compulsiones sin obsesiones (Rosario-Campos et al, 2001). Los niños carecen a menudo de la capacidad para reconocer los síntomas como ego-distónicos (es decir, como disonantes con las necesidades y objetivos del niño), lo cual les lleva a no resistir a la urgencia de llevar a cabo la conducta compulsiva (o ritual). Por eso, el DSM-5 no requiere la introspección (*insight*) para establecer su diagnóstico en el niño. Los niños pueden también presentar compulsiones parecidas a los tics, que pueden ser confundidas con tics complejos, sobre todo cuando las compulsiones son rituales táctiles (Rosario-Campos et al, 2005). En este caso, las compulsiones pueden estar precedidas o acompañadas no solo de obsesiones sino también por diferentes tipos de fenómenos sensoriales.

El término *fenómenos sensoriales* se utiliza para definir sensaciones, percepciones, sentimientos o necesidades incómodas o perturbadoras que preceden o acompañan conductas repetitivas como compulsiones o tics. Los pacientes con TOC pueden sentirse empujados a repetir las compulsiones hasta experimentar una sensación de alivio. Los fenómenos sensoriales se pueden clasificar en físicos y mentales. Citaremos a modo de ejemplo las sensaciones cutáneas, las percepciones de “como debería estar”, y las sensaciones de incumplimiento (Rosario-Campos et al, 2008; 2009). Así, algunas personas pueden tener la sensación de grasa en sus manos y lavarlas de forma repetida por este motivo. Otras pueden sentirse “incómodas” por la forma en que algunos objetos están colocados en una estantería y tienen la necesidad urgente de reordenarlos varias veces hasta que les parezcan estar “como debería ser”. La evaluación de la presencia y gravedad de los fenómenos sensoriales es importante ya que algunos estudios han demostrado que los pacientes con TOC de inicio precoz parecido a los tics presentan un mayor número de fenómenos sensoriales y algunos de ellos expresan que estos fenómenos producen más sufrimiento que las compulsiones.

Edad de inicio

Hasta la fecha, no hay acuerdo en como definir óptimamente la edad de inicio del TOC; algunos autores la establecen según la edad de inicio de los síntomas (Rosario-Campos et al, 2001) mientras que otros prefieren fijarla en la edad en la que los síntomas empiezan a interferir en el funcionamiento normal (Tükel et al, 2005). Tampoco existe consenso en cuanto al umbral de distinción



El erudito de Oxford, Robert Burton, describe un caso en su compendio, La Anatomía de la Melancolía (1621): “Si se halla en un auditorio silencioso, como en un sermón, teme decir en voz alta y sin querer, alguna indecencia, inapropiada de decir”.

del subgrupo de inicio temprano; se han propuesto umbrales de 10, 14 o 18 años (Rosario-Campos et al, 2001). Un estudio de comorbilidad llevado a cabo con 330 pacientes diagnosticados de TOC ha aportado algunas respuestas; los autores concluyen que incluyendo la edad de inicio como variable continua en los análisis da mayor información, siendo las edades de 10 años y 17 años umbrales adecuados para definir los subgrupos de inicio temprano y tardío respectivamente (de Mathis et al, 2008).

La edad de inicio es importante ya que hay pruebas de que el TOC de inicio temprano podría representar un subgrupo diferente. Varios estudios concluyen que los adultos cuyo inicio fue temprano muestran una mayor gravedad y persistencia de síntomas y una peor respuesta al tratamiento. Cabe añadir que el subgrupo de inicio temprano se asocia a un menor número de obsesiones, una mayor cantidad de compulsiones semejantes a los tics, más fenómenos sensoriales, así como una mayor comorbilidad con los trastornos de tics (Rosario-Campos et al, 2001; de Mathis et al, 2009).

Las dimensiones de la sintomatología obsesiva-compulsiva

A pesar de que clasificar a los pacientes en función de la edad de inicio ha resultado útil para identificar grupos más homogéneos, el enfoque dimensional ha demostrado ser incluso de mayor valor. Los análisis factoriales han permitido reducir los síntomas del TOC a algunas dimensiones consistentes y clínicamente significativas: contaminación/limpieza; duda/comprobación; simetría/orden y acumulación (Mataix-Cols et al, 2005)

Estas dimensiones sintomáticas, que son similares en todos los rangos de edad (Bloch et al, 2008), pueden considerarse como características clínicas superpuestas y podrían representar un continuo con los miedos evolutivos “normales” de la infancia (Leckman et al, 2009), son estables en el tiempo y correlacionan con diversas variables genéticas, de neuroimagen y de respuesta al tratamiento (Mataix-Cols et al, 2005).

A modo de ejemplo, algunos estudios han demostrado que los pacientes que padecen TOC de inicio temprano presentan una mayor gravedad en las siguientes dimensiones sintomáticas: obsesiones agresivas y compulsiones correspondientes; obsesiones y compulsiones de simetría, orden y clasificación (Rosario-Campos et al, 2005; Leckman et al, 2009).

Comorbilidad

Al igual que en la población adulta, entre el 60% y el 80% de los niños y adolescentes con TOC sufren al menos otro trastorno mental comórbido. Los más comunes son los trastornos de tics, el trastorno de déficit de atención con hiperactividad (TDAH), otro trastorno de ansiedad, los trastornos afectivos y los trastornos de la conducta alimentaria (Geller, 2006).

La asociación entre el TOC y los trastornos de tics es la más marcada. Entre el 20% y el 59% de los niños con TOC presentan también tics, en comparación con el 9% y el 6% en el caso de adolescentes y adultos, respectivamente. De la misma forma, el 48% de los pacientes adultos con TOC de inicio temprano presentan tics o Síndrome de Gilles de la Tourette, en comparación con el 10% de los sujetos cuyo inicio fue tardío (Rosario-Campos et al, 2001). La magnitud de esta asociación ha llevado a algunos autores a describir un subgrupo de “TOC ligado a los tics”, que se caracterizaría por una mayor transmisión genética, tanto del TOC como de los tics, en los familiares de primer grado de los sujetos con TOC, sería de predominio masculino, con una edad de inicio más temprana y una respuesta al tratamiento diferente (Rosario et al, 2008).

Tabla F.3.1 Obsesiones y Compulsiones frecuentes

OBSESIONES	COMPULSIONES O RITUALES
<p>Insultos, violencia, agresión o catástrofe natural:</p> <ul style="list-style-type: none"> Pensamientos o imágenes ansiógenos y recurrentes relacionados con el hecho de que podrían herirse o herir a otros (por ejemplo, al estar en contacto con un objeto afilado o estando cerca de una ventana) Temor a obedecer a impulsos agresivos Temor a no realizar algunos rituales (normalmente de verificación o evitación) cuya consecuencia sería la aparición de un evento nefasto para sus prójimos y el consiguiente sentimiento de responsabilidad 	<p>Verificación o evitación debido a las obsesiones de insultos, violencia, agresión o catástrofe natural.</p> <ul style="list-style-type: none"> Comprobación repetida de puertas, cerrojos, cocina, ventanas Verificación con el fin de saber si ellos u otras personas están heridos Comprobación de si algún evento nefasto ha ocurrido Verificación u otras estrategias con el fin de impedir o prevenir auto o heterolesiones Necesidad de repetir actividades rutinarias para prevenir consecuencias funestas.
<p>Sexuales y religiosas:</p> <ul style="list-style-type: none"> Pensamientos, imágenes o impulsos sexuales "prohibidos" o "indecentes" Preocupación excesiva en relación con el hecho de cometer un pecado o algún acto moralmente reprehensible, decir o realizar una conducta inaceptable desde el punto de vista religioso 	<p>Verificación o evitación debido a obsesiones sexuales, religiosas o morales:</p> <ul style="list-style-type: none"> Asegurarse de que no ha hecho nada malo de naturaleza sexual o religiosa Evitación de algunas acciones, personas, lugares u objetos a fin de prevenir la aparición de las obsesiones o compulsiones de tipo sexual o religioso Necesidad de repetir algunas actividades con el fin de prevenir consecuencias nefastas Necesidad de tener "buenos" pensamientos para compensar o invalidar los "malos" pensamientos Contar, repetir frases o rezar en silencio
<p>Inquietud, preocupación o necesidad de simetría y de orden:</p> <ul style="list-style-type: none"> Necesidad de que las cosas estén simétricas o equilibradas Necesidad de que las cosas estén perfectas, exactas o "bien colocadas" 	<p>Repetición y orden:</p> <ul style="list-style-type: none"> Ordenar los objetos muchas veces hasta que estén alineados simétricamente o emparejados Contar objetos tales como las baldosas del suelo o del techo, los libros de la biblioteca, los clavos de la pared o incluso los granos de arena de la playa Ajustar papeles y bolígrafos en la mesa del escritorio o los libros de la biblioteca Tocar o hacer algo en el lado derecho seguido de la compulsión de tocar o hacer lo mismo en el lado izquierdo
<p>Contaminación; obsesión relacionada con enfermarse o lesionarse como resultado de:</p> <ul style="list-style-type: none"> La suciedad o los gérmenes Excrementos o fluidos corporales (como vómito, orina, heces o saliva) Contaminantes ambientales (amiante, radiación, desechos tóxicos) Insectos o animales Sustancias pegajosas o basura Electrodomésticos u otros objetos inanimados 	<p>Verificación, evitación o repetición excesiva o ritualizada:</p> <ul style="list-style-type: none"> Limpiar o lavar partes del cuerpo o de los objetos Necesidad de ducharse, bañarse o efectuar otras rutinas de aseo siguiendo un determinado orden Uso excesivo de papel higiénico Compulsión de llevar a cabo de nuevo la totalidad del ritual si el procedimiento o la secuencia de lavado o limpieza se ve interrumpida Evitar tocar objetos, animales o personas por miedo a que estén sucios o contaminados
<p>Colección y acumulación:</p> <ul style="list-style-type: none"> Temor a desprenderse de objetos sin importancia debido a la certeza de que se necesitarán en el futuro Incapacidad para decidir tirar cualquier cosa 	<p>Colección o acumulación:</p> <ul style="list-style-type: none"> Habitaciones repletas de periódicos antiguos, notas, conservas, servilletas de papel, embalajes o botellas vacías Recoger objetos o basura de la calle o los contenedores

Además, existe un grupo de trastornos que podrían constituir un continuo clínico (con pensamientos intrusivos, ansiedad y conductas repetitivas) que compartiría mecanismos genéticos y fisiopatológicos con el TOC. Estos trastornos han sido categorizados como trastornos del espectro obsesivo-compulsivo e incluyen el TOC, el trastorno dismórfico corporal, los trastornos de tics, la tricotilomanía y los trastornos del control de los impulsos (Bienvenu et al, 2012).

Evolución

La evolución del TOC es heterogénea. El debut de los síntomas puede ser tanto brusco como insidioso, y su contenido varía considerablemente de un paciente a otro. Es igualmente frecuente que los síntomas cambien a lo largo del tiempo, aunque a menudo se mantienen ligados bajo una determinada coherencia temática (Miguel et al, 2005).

Al igual que ocurre en el adulto, puede pasar bastante tiempo antes de que se establezca el diagnóstico y comience el tratamiento. Los estudios establecen una latencia media de 2 años y medio entre el inicio de los síntomas y el diagnóstico en Estados Unidos (Geller et al, 2006), siendo incluso mayor en Alemania (Walitza et al, 2011). La razón de este retraso sigue siendo una incógnita. Los pacientes tienen a menudo vergüenza o culpabilidad por sus síntomas o su conducta y las ocultan hasta que llegan a interferir con su vida cotidiana. Las formas leves o moderadas pueden detectarse sólo a partir de signos indirectos tales como un incremento del tiempo necesario para realizar las tareas escolares, el aislamiento o lesiones cutáneas graves derivadas de las compulsiones de lavado (Rosario et al, 2008). En otros casos, los síntomas pueden parecerse a ciertas rutinas habituales en el niño. De hecho, algunas conductas repetitivas pueden ser parte del desarrollo normal. Los niños pequeños llevan a cabo algunas actividades ritualizadas y repetitivas cercanas a las compulsiones, las cuales forman parte de su repertorio comportamental normal, como rutinas rígidas a la hora de acostarse, en las comidas o en la escuela. Diversos aspectos de los comportamientos ritualizados cercanos a las compulsiones han sido vinculados con los miedos y las fobias infantiles. De este modo, el TOC puede conceptualizarse como una condición patológica con continuidad con comportamientos normales que aparecen durante diferentes etapas del desarrollo (Evans et al, 2002).



Introducción al TOC
(06:07)

Tabla F3.2 Preguntas útiles para ayudar a identificar los síntomas obsesivo-compulsivos

Su hijo ha tenido alguna vez:

- ¿Miedo a contraer una enfermedad después de haber tocado algún objeto o una preocupación exagerada por la suciedad llevándole a lavarse las manos repetidamente?
- ¿Una preocupación por el orden tan importante que interfiere en su vida cotidiana o en la escuela?
- ¿Tiene la necesidad de que las cosas estén "como deberían estar" respecto a su apariencia, sonido o tacto?
- ¿Le inquieta o muestra temor o preocupación por tener pensamientos agresivos, religiosos o sexuales?
- ¿Siente una necesidad excesiva de coleccionar o acumular objetos?

Tabla F.3.3 Instrumentos de evaluación para el TOC

	CY-BOCS	DYBOCS	YGTSS	USP-SPS	FAS
Autor (año)	Scahill et al (1997)	Rosario-Campos et al (2006)	Leckman et al (1989)	Rosario et al (2008)	Calvocoressi et al (1999)
Objetivo:	Evaluar la presencia y la gravedad de obsesiones y compulsiones	Evaluar la presencia y la gravedad de las dimensiones sintomáticas del TOC	Evaluar la presencia y gravedad de los tics	Evaluar la presencia y la gravedad de los fenómenos sensitivos	Evaluar el nivel de aceptación familiar
Tiempo de administración:	15 minutos (excluyendo el tiempo de revisar el listado de síntomas)	10 minutos por cada dimensión o 15 minutos para la gravedad global (excluyendo el tiempo de revisar el listado de síntomas)	20 minutos (excluyendo el tiempo de revisar el listado de los síntomas)	20 minutos (excluyendo el tiempo de revisar el listado de los síntomas)	20 minutos (excluyendo el tiempo de revisar el listado de los síntomas)
Auto-aplicado:	No	No	No	No	No
Valido y fiable	Si	Si	Si	Si	Si
Utilidad clínica	Si	Si	Si	Si	Si
Utilidad en investigación	Si	Si	Si	Si	Si
Traducido del inglés	Si	Si	Si	Si	Si

CYBOCS: Children's Yale-Brown Obsessive-Compulsive Scale; DYBOCS: Dimensional Yale-Brown Obsessive-Compulsive Scale; USP-SPS: University of São Paulo Sensory Phenomena Scale; YGTSS: Yale Global Tic Severity Scale; FAS: Family Accommodation Scale.

Un estudio longitudinal de 9 años de duración en el que participaron 145 niños y adolescentes con TOC señaló que los diagnósticos más frecuentes durante el seguimiento fueron el trastorno de ansiedad generalizada (25%), seguido de los trastornos depresivos (16%) y los trastornos de tics (16%). Alrededor de dos tercios de la muestra refirió haber mejorado mucho de su TOC. Casi la mitad (49%) de los participantes expresaron la necesidad de prolongar la intervención. El factor con mayor poder predictivo de la persistencia del TOC durante el seguimiento de esta muestra fue la duración del trastorno. La gravedad inicial no fue un factor predictivo de la persistencia del TOC. EL impacto del TOC sobre el funcionamiento y la calidad de vida fue de ligero a moderado (Micali et al, 2010). Estos resultados sugieren que el TOC en una población pediátrica es un trastorno crónico o recurrente/remitente que requiere tratamiento a largo plazo. Otros estudios han mostrado que algunos niños evolucionan con el tiempo hacia niveles subclínicos (Stewart et al, 2004) y que muestran una evolución favorable con una intervención temprana (AACAP, 2012)

Evaluación clínica

Debido a que los síntomas del TOC se suelen ocultar, es importante que los miembros de la familia presten atención a algunas señales tempranas de

conductas ritualizadas que se convierten en problemáticas. La Tabla F.3.2 propone algunas preguntas que podrían ser útiles para detectar el TOC.

Cuando se sospecha la existencia de un TOC, es necesario realizar una evaluación clínica completa – incluyendo entrevistas detalladas con los padres y si es posible con los profesores – con la finalidad de valorar las compulsiones, las obsesiones y los fenómenos sensoriales. En los niños pequeños, algunas de las características del TOC pueden aparecer de manera sutil durante el juego o el dibujo. Es imprescindible saber diferenciar los síntomas obsesivo-compulsivos de las conductas ritualistas normales en la infancia, propias de etapas específicas del desarrollo, tales como rituales para acostarse o comer. Por ello, será necesario recabar información exhaustiva sobre el grado de sufrimiento, de malestar y el tiempo que emplea el niño realizando los rituales, para decidir si se debe intervenir o no. También será importante evaluar el *insight* y la percepción que tiene la familia de los síntomas, además de cómo los miembros de la familia se comportan con el paciente.

Los instrumentos de evaluación son útiles para obtener información detallada sobre los síntomas del TOC, los tics y otros aspectos relevantes para el diagnóstico. Los instrumentos de medida se usan igualmente para valorar el grado de severidad, así como para medir de una manera más objetiva la respuesta al tratamiento. Algunas de estas escalas están citadas en la Tabla F.3.3 y se pueden solicitar a los autores.

FACTORES ETIOLÓGICOS

Los factores de riesgo del TOC están resumidos en la tabla F.3.4.

Genéticos

Contrariamente a lo que se pensó durante mucho tiempo, que el TOC era esencialmente un trastorno debido a factores ambientales, estudios de gemelos, familiares, de segregación y ligamiento han demostrado que el TOC tiene un

Aceptación familiar:

- Los padres (u otros familiares) favorecen o participan en la sintomatología obsesiva-compulsiva (por ejemplo, “es muy ordenado” o “le gusta mucho la limpieza”)
- La aceptación familiar favorece el mantenimiento de los síntomas y se asocia a peores resultados terapéuticos
- Ejemplos de aceptación familiar: padres que responden de manera repetitiva a las preguntas relacionadas con la duda; padres que no interrumpen o no limitan el tiempo empleado en un ritual de lavado interminable; padres que colaboran con el niño en los rituales de orden o de acumulación.

Tabla F.3.4 Factores de riesgo para el TOC

Genéticos	<ul style="list-style-type: none"> • Familiares con síntomas obsesivo-compulsivos, TOC o tics • Potenciales genes candidatos: SCL1A1 y SAPAP
Familiares	<ul style="list-style-type: none"> • Historia familiar de TOC o trastornos del espectro obsesivo-compulsivo (trastornos de tics, tricotilomanía, dismorfofobia) • Alto nivel de aceptación familiar a los síntomas obsesivo-compulsivos
Individuales	<ul style="list-style-type: none"> • Presencia de síntomas obsesivo-compulsivos y TOC subclínico • Anomalías neuropsicológicas (déficits cognitivos globales, rigidez mental, déficits visoespaciales, déficits en las habilidades psicomotrices) • Comorbilidad psiquiátrica (ej. Síndrome Gilles de la Tourette)
Ambientales	<ul style="list-style-type: none"> • Factores prenatales, perinatales y postnatales: excesiva ganancia de peso durante el embarazo, parto prolongado, nacimiento prematuro, ictericia, estrés emocional, lesión cerebral traumática, uso de tóxicos (alcohol, cocaína, psicoestimulantes y hormonas) al principio de la gestación • Infección estreptocócica y fiebre reumática

carácter familiar, lo cual apuntaría en gran medida a factores genéticos, con una heredabilidad del 45% al 65% (van Grootheest et al, 2005). Estudios genéticos familiares han evidenciado que cuanto más temprano aparecen los síntomas del TOC en los probandos, mayor es el riesgo para los familiares de primer grado de desarrollar síntomas obsesivo-compulsivos, TOC, tics o síndrome de Gilles de la Tourette (Rosario-Campos et al, 2005). En la misma línea, investigaciones con gemelos han demostrado que los niveles de concordancia entre gemelos monocigóticos son significativamente superiores a los de los gemelos dicigóticos. En base a que los niveles de concordancia no son del 100%, los estudios genéticos también han mostrado que factores ambientales representan también un factor etiológico importante.

Los estudios de transmisión genética han identificado regiones genómicas que probablemente contienen locus candidatos del TOC en los cromosomas 1q, 3q, 6q, 7p, 9p, 10p y 15q. Numerosas investigaciones se han centrado en los genes serotoninérgicos, glutamatérgicos y dopaminérgicos sin obtener resultados concluyentes. Entre todos los polimorfismos estudiados, algunos hallazgos relevantes implican la expresión glutamatérgica y se relacionan con comportamientos repetitivos en humanos y roedores (Miguel et al, 2005; AACAP, 2012).

No genéticos

En sujetos con predisposición, factores ambientales como el estrés emocional y las lesiones cerebrales traumáticas pueden precipitar un TOC. Un incremento excesivo de peso durante la gestación, parto prolongado, nacimiento prematuro y sufrir ictericia han sido también asociados al desarrollo de TOC a lo largo de la vida (Vasconcelos et al, 2007).

Infección por estreptococo β-hemolítico, Grupo A (SBHGA)

La asociación entre una infección por SBHGA y la fiebre reumática (una enfermedad autoinmune sistémica provocada por infección de SBHGA) y el inicio o empeoramiento del TOC o de los tics ha suscitado un gran interés en las últimas dos décadas. Se hipotetiza que una infección por el SBHGA en un huésped susceptible desencadena la producción de anticuerpos que reaccionan con los componentes celulares de los ganglios basales (Mercadante et al, 2005). Esta hipótesis, que solamente afecta a una baja proporción de los niños que desarrollan un TOC, se ha visto confirmada por estudios de neuroimagen e inmunología. El TOC, así como otros trastornos neuropsiquiátricos, es más frecuente de lo esperado en familiares de primer grado de probandos que padecen fiebre reumática (Hounie et al, 2007).

Factores familiares

La familia constituye otro importante factor de riesgo no genético. Los niños más pequeños tienden más a implicar a sus familiares en sus rituales, lo cual conlleva un mayor grado de aceptación familiar. Mientras que algunos intentan impedir que el niño lleve a cabo el ritual, otros “se acomodan” y refuerzan los síntomas (Amir et al, 2000; McKay et al, 2006)

Sustrato neurobiológico

Se ha planteado la hipótesis de que los sujetos con TOC sufrirían una desregulación de los circuitos fronto-córtico-estriado-talámicos. Los estudios de neuroimagen funcional muestran que el córtex orbitofrontal, el cíngulo anterior y el estriado están hiperactivados en pacientes con TOC y que esta activación se reduce después del tratamiento (Friedlander et al, 2006; Rotge et al, 2008).



Freud pensaba que el TOC era una respuesta maladaptativa de los pacientes en respuesta a conflictos entre pulsiones sexuales o agresivas inaceptables e inconscientes del Ello y las exigencias de la consciencia y la realidad, empleando la regresión a inquietudes centradas en el control y en modos de pensamiento característicos del estadio sádico-anal del desarrollo psicosexual: ambivalencia que conduce a la duda, al pensamiento mágico y a las acciones supersticiosas y compulsivas.

Guías de tratamiento para el TOC (en inglés)

NICE: Obsessive compulsive disorder (OCD) and body dysmorphic disorder (BDD) (CG31) (November 2005)

AACAP: Practice parameter for the assessment and treatment of children and adolescents with obsessive compulsive disorder (January 2012)

Tabla F.3.5 Cuestiones que deben aclararse durante la evaluación y antes del tratamiento

Edad de inicio	<ul style="list-style-type: none"> Edad en que el paciente o familia notaron los primeros síntomas.
Grado de sufrimiento, discapacidad y tiempo dedicado a los rituales	<ul style="list-style-type: none"> Importancia de distinguir TOC de comportamientos obsesivos o compulsivos transitorios habituales en el desarrollo normal. Escalas pueden ayudar en esta tarea.
Insight	<ul style="list-style-type: none"> Es común el poco <i>insight</i> en los niños.
Presencia de fenómenos sensoriales	<ul style="list-style-type: none"> Sensaciones incómodas, mentales o físicas, suelen ocurrir en lugar de las obsesiones.
Actitud familiar hacia la enfermedad	<ul style="list-style-type: none"> La crítica excesiva o los altos niveles de aceptación de los síntomas se asocian con peores resultados.
Presencia de trastornos comórbidos	<ul style="list-style-type: none"> Evaluar la presencia de trastornos comórbidos (ej: trastornos de ansiedad, trastornos de ánimo, trastornos de tics, TDAH, trastornos por uso de alcohol y otras sustancias).
Antecedentes familiares	<ul style="list-style-type: none"> ¿Hay miembros de la familia con TOC u otros trastornos psiquiátricos?

Usando pruebas neuropsicológicas se han encontrado déficits en la flexibilidad mental, en las habilidades psicomotoras, las habilidades visoespaciales y algunos aspectos de las funciones ejecutivas en individuos con síntomas obsesivo-compulsivos y TOC (Mataix-Cols et al, 2008). Algunas de estas características también están presentes en los familiares de primer grado de pacientes con TOC (Chamberlain et al, 2005).

Se ha sugerido que algunos cambios neuropsicológicos observados durante la infancia, tales como alteraciones en habilidades visoespaciales, podrían ser un marcador temprano de riesgo de desarrollar un TOC en la edad adulta (Grisham et al, 2009).

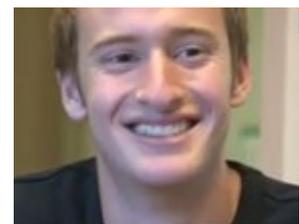
El sistema serotoninérgico parece estar implicado en la fisiopatología del TOC – numerosos ensayos han descrito una reducción de la sintomatología tras el uso de fármacos serotoninérgicos (Bloch et al, 2006). Se han observado con frecuencia alteraciones serotoninérgicas periféricas en adolescentes y adultos que padecen TOC (Delorme et al, 2005). Además de los sistemas monoaminérgicos, algunos estudios sugieren una potencial implicación de la oxitocina (Leckman & Herman, 2002).

TRATAMIENTO

Antes de comenzar el tratamiento es extremadamente importante tener en consideración algunos puntos clave como la identificación correcta de los síntomas obsesivo-compulsivos más problemáticos, el tiempo de evolución del trastorno, la repercusión sobre la vida del paciente y las dificultades familiares ligadas (Tabla F.3.5). También es importante llevar a cabo una evaluación exhaustiva del paciente, de su familia y del contexto escolar. Otro aspecto relevante consiste en evaluar de forma precisa las comorbilidades que acompañan habitualmente al TOC. El no detectar o no evaluar las comorbilidades puede perjudicar al tratamiento (Rosario et al, 2008).

Manuales de TCC y libros de auto-ayuda para terapeutas y familiares interesados en estas técnicas (en inglés) (AACAP, 2012):

- *Talking Back to OCD: The Program that Helps Kids and Teens Say “No Way” and Parents Say “Way to Go”* by John March
- *Obsessive Compulsive Disorders: A Complete Guide to Getting Well and Staying Well* by Fred Penzell
- *Freeing Your Child from Obsessive Compulsive Disorder* by Tamar Chansky
- *What to do When your Child has Obsessive Compulsive Disorder: Strategies and Solutions*, by Aureen Pinto Wagner



Descripción del programa UCLA OCD (03:50)

De forma análoga a las guías para el tratamiento en población adulta, la intervención en TOC infanto-juvenil recomienda la terapia cognitivo conductual (TCC), los psicofármacos y la psicoeducación. Los inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina (ISRS) y la TCC han sido investigados y han demostrado empíricamente su eficacia para el tratamiento del TOC en niños y adolescentes.

Tratamiento no-farmacológico

La TCC es la única terapia psicológica que ha demostrado ser eficaz en el tratamiento del TOC infanto-juvenil (Rosario et al, 2008). En casos leves y moderados se recomienda empezar con la aplicación de TCC y combinar la TCC con farmacoterapia en casos más graves o cuando la TCC no se puede administrar (Abramowitz et al, 2005; Walsh & McDougle, 2011).

EL abordaje del TOC desde la TCC combina la terapia comportamental con un encuadre cognitivo y ha mostrado ser significativamente más eficaz cuando se combinan la exposición con prevención de respuesta y la reestructuración cognitiva. Un metaanálisis ha encontrado un tamaño del efecto medio de la TCC de 1,45 (intervalo de confianza: 0,68-2,22) a pesar de la heterogeneidad de la muestra (Watson & Rees, 2008). La reestructuración cognitiva ayuda a los pacientes a tomar conciencia de la influencia de sus pensamientos y creencias en su conducta (rituales y evitación), de la relación funcional entre las obsesiones y los rituales, ofreciendo estrategias para neutralizarlas a pesar de que la realización del ritual les alivia. El modelo conductual emplea la técnica de exposición con prevención de respuestas basándose en la relación entre las obsesiones y las compulsiones, teniendo por objetivo reducir la asociación y el malestar que conlleva. Los pacientes se ven expuestos a objetos, personas o situaciones temidas, y deben evitar realizar la compulsión, con el fin de que su nivel de ansiedad se reduzca progresivamente (Abramowitz et al, 2005). Las estrategias cognitivas y conductuales son complementarias y el éxito de una se debe a una combinación adecuada con la otra (Barret et al, 2008; Williams et al, 2010).

Aspectos prácticos de la aplicación de la TCC

La mayoría de los manuales de TCC recomiendan de 12 a 25 sesiones para tratar el TOC. Los manuales sugieren habitualmente que los terapeutas empleen la primera o las dos primeras sesiones en recabar información detallada sobre los síntomas del paciente, la forma en la que tanto el paciente como su

Tabla F.3.6 Eficacia del tratamiento farmacológico para el TOC en población pediátrica (adaptado de Rosario et al, 2008).

Medicación	Aprobada por la FDA para el TOC infantil	Edad mínima (FDA)	Dosis inicial (mg/day)	Dosis máxima (mg/day)
Clomipramina	Si	5	12.5 a 25	300
Fluoxetina	Si	8	2,5 a 10	80
Sertralina	Si	6	12,5 a 25	200
Fluvoxamina	Si	8	12,5 a 50	300
Paroxetina	Si	8	2,5 a 10	60
Citalopram	No	N/A	2,5 a 10	60
Escitalopram	No	N/A	2,5 a 10	30

N/A: no aplicable.

familia lo gestionan, el ambiente familiar, el rendimiento académico y otra información relevante sobre el funcionamiento del paciente. Se deberá igualmente hacer hincapié cuanto antes en el componente psicoeducativo; esto implica dar información detallada sobre todos los aspectos del trastorno, incluyendo las posibles manifestaciones clínicas, el impacto de la comorbilidad, las opciones terapéuticas, la duración del trastorno y del tratamiento, el riesgo de ciertas reacciones familiares y cuál es la mejor forma de ayudar a un miembro de la familia con TOC. Por lo general, una sesión de TCC dura 50 minutos e incluye el recordatorio de los objetivos, el repaso de la semana previa, facilitar nueva información, práctica asistida por el terapeuta, tareas para casa y evaluación de los avances (Steketee, 1999).

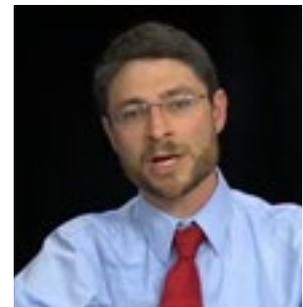
El éxito de la TCC depende de que el paciente entiende el trastorno y los principios de las actividades terapéuticas, así como de los procesos cognitivos implicados en el mantenimiento del cuadro. Los ensayos clínicos han demostrado que los resultados de la TCC mejoran cuando las personas cercanas al sujeto (padres, miembros de la familia y profesores) se implican en el tratamiento (Piacentini&Langley, 2004; Freeman et al, 2008). Los miembros de la unidad familiar pueden responder a los síntomas del paciente favoreciendo la evitación, ayudando en la ejecución del ritual o bien participando de manera inadvertida (Calvocoressi et al, 1999; Barret et al, 2004; Freeman et al, 2008), lo cual se describe como aceptación familiar (Calvocoressi et al, 1999). Altos niveles de aceptación familiar se asocian al mantenimiento de los síntomas y a peores resultados terapéuticos (Calvocoressi et al, 1999; Amir et al, 2000). Por ello, los padres deben estar incluidos en la intervención (Freeman et al, 2008); de hecho, a menudo los padres se convierten en co-terapeutas y siguen las pautas de la intervención en casa.

Tratamiento farmacológico

Con el fin de obtener una mejor eficacia, la combinación de la TCC con psicofármacos parece ser el tratamiento de referencia para las formas moderadas y graves del TOC (AACAP, 2012). El estudio de tratamiento del TOC pediátrico (POTS), un estudio longitudinal a 5 años que incluye 3 centros y cuyo objetivo es comparar placebo, sertralina, TCC y la combinación de TCC con sertralina, concluye que el tratamiento combinado (TCC + sertralina) es más eficaz que la TCC o la sertralina por separado. El tamaño del efecto para el tratamiento combinado, la TCC y la sertralina fue de 1.4, 0.97 y 0.67 respectivamente (Pediatric OCD Treatment Study, 2004). Las tasas de remisión con los ISRS solos fueron menores de un tercio (Pediatric OCD TreatmentStudy, 2004; Franklin et al, 2011).

Los inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina (ISRS) siguen siendo el tratamiento de primera línea para el TOC en niños, adolescentes y adultos (AACAP, 2012). La clomipramina, un fármaco tricíclico serotoninérgico, fue el primero en mostrar su eficacia para el tratamiento del TOC. A pesar de los resultados (tamaño del efecto: 0.85, intervalo de confianza 0.32-1.39) (Watson &Rees, 2008), los efectos secundarios – gastrointestinales, autonómicos, hepáticos y, sobre todo, alteración de la conducción cardíaca – limitan su uso clínico, en particular en la población infanto-juvenil. Por ello, la prescripción de clomipramina requiere la evaluación electrocardiográfica, tanto al inicio como durante el tratamiento (Mancuso et al, 2010; AACAP, 2012)

Unos ensayos clínicos metodológicamente correctos han probado la eficacia y la seguridad del uso de los ISRS fluoxetina, sertralina y fluvoxamina (solos o asociados con TCC) en niños y adolescentes con TOC. Otros ISRS como la paroxetina, el citalopram y el escitalopram también han demostrado su eficacia, aunque la FDA no haya autorizado todavía su uso en población pediátrica (Rosario et al, 2008; AACAP, 2012). Un metaanálisis que incluía todos los ensayos aleatorizados y controlados publicados de niños o adolescentes con TOC ha



Eli R Lebowitz PhD habla de como administrar el TCC (en inglés, 14:21)

Una madre lleva a su hijo, J, de 9 años, después de que su profesor le mostrara su preocupación por el hecho de que J tardaba demasiado tiempo en terminar sus ejercicios debido a un exceso de perfeccionismo. Además, J abandonaba la clase en repetidas ocasiones para lavarse las manos. Su madre había observado los mismos hechos en su casa.

J nació después de un parto largo y presentaba ligera ictericia al nacer. Su padre fue diagnosticado del síndrome de Gilles de la Tourette durante su infancia, pero hace años que no presenta síntomas.

Durante la entrevista de evaluación, J nos informa que siente como unos “picores” en las manos, lo que le empuja a lavarse las manos repetitivamente. Afirma también que si tarda tanto en hacer sus deberes es porque tiene que escribir y reescribirlo todo hasta que su letra le parezca adecuada. J no se queja de sus síntomas y nunca evitó lavarse las manos a pesar de pasar 2 horas al día haciéndolo. No describe pensamientos obsesivos. Al preguntarle por qué se lava las manos o reescribe, contesta simplemente que “debe hacerlo”. J nunca ha padecido tics.

Sus puntuaciones en el CYBOCS han sido de 17 (0 para las obsesiones, 17 para las compulsiones). En cuanto a las dimensiones sintomáticas del DYBOCS, obtiene 0 para la agresión, 0 para la sexualidad / religión, 0 para la acumulación, 12 para la simetría y el orden y 10 para la contaminación / limpieza. La puntuación de gravedad ha sido de 12, siendo la puntuación global del DYBOCS de 22 (moderada).

J y su familia recibieron un programa de TCC, con sesiones de 60 minutos y con una frecuencia de dos veces a la semana. EL terapeuta observó que sus padres estaban preocupados por el futuro de J y temían su fracaso escolar. Al cabo de 12 sesiones (6 semanas) J mostraba una discreta mejoría sintomática pero sus padres seguían muy ansiosos. Por ejemplo, aunque J tardaba menos tiempo en hacer sus deberes, su madre decidió ayudarlo a diario haciendo ella misma los deberes en su lugar. EL terapeuta tomó la decisión de seguir con la TCC, pero con una frecuencia semanal y los padres empezaron a acudir a las sesiones. Después de 16 semanas (22 sesiones) la puntuación en el CYBOCS se había reducido a 8 y la puntuación global del DYBOCS a 11, lo cual mostraba una remisión sintomática. Los padres se mostraban también más confiados con los resultados escolares de J.

Comentario:

Esta historia es un ejemplo de paciente con TOC de gravedad moderada con temática sintomática de simetría / orden y de lavado / contaminación. Los síntomas consumían mucho tiempo y afectaban a su rendimiento escolar. J mostraba un *insight* débil de su sintomatología. Aunque J no informaba de la presencia de obsesiones, presentaba fenómenos sensitivos, tanto físicos (“picores”) como mentales (perfeccionismo y sensación de “bien colocado”). La historia familiar de síndrome de Gilles de la Tourette, el traumatismo en el nacimiento y la ictericia incrementaban el riesgo de desarrollar un TOC. Sus padres mostraban mucha ansiedad y obtuvieron una alta puntuación en la escala de aceptación familiar.

Debido a que los síntomas eran moderados y que no existía otro trastorno comórbido, la recomendación inicial de tratamiento fue la TCC. J pudo contactar con profesionales formados en TCC y su familia aceptó este abordaje. Debido a que el TOC pasa por fases de empeoramiento y atenuación, y es potencialmente crónico, se recomienda mantenimiento con TCC menos intensiva.

encontrado diferencias estadísticamente significativas entre la farmacoterapia y el placebo, con un tamaño del efecto de 0.46 (95% IC : 0.37-0.55) (Geller et al, 2003).

El tratamiento debe empezar con dosis bajas para reducir el riesgo de aparición de efectos adversos. El fármaco deberá probarse entre 10 a 16 semanas con dosis terapéuticas adecuadas (Tabla F.3.6). La duración óptima del tratamiento en los niños con TOC se desconoce. La mayor parte de los expertos sugieren que el tratamiento debería mantenerse por los menos 12 meses después de la estabilización o resolución del cuadro, para luego ser retirado paulatinamente (Rosario et al, 2008; Mancuso et al, 2010).

Pacientes que no responden al tratamiento

A pesar de la eficacia probada de los ISRS, casi la mitad de los pacientes no responden o conservan síntomas residuales significativos, aún cuando se ha administrado el fármaco el tiempo adecuado y a las dosis máximas recomendadas o toleradas. Para estos pacientes se han sugerido estrategias que se describen a continuación. Desafortunadamente, no hay estudios controlados que comparen el cambio de fármaco con la combinación del fármaco prescrito inicialmente con un agente potenciador (AACAP, 2012).

Table F.3.7 Resumen de recomendaciones del tratamiento del TOC

TIPO	TRATAMIENTO RECOMENDADO
Leve (puntuación CYBOCS: 16-19*)	<ul style="list-style-type: none"> TCC sola (individual o grupal, mínimo 10 sesiones)
Moderado (puntuación CYBOCS: 20-29*)	<ul style="list-style-type: none"> TCC sola o combinada con ISRS (mínimo 10 semanas)
Grave (puntuación CYBOCS: 30-40*)	<ul style="list-style-type: none"> TCC + ISRS (mínimo 10 semanas)
Remisión (CYBOCS puntuación total <10)	<ul style="list-style-type: none"> Mantener TCC (durante 12 meses) Mantener ISRS a dosis óptima como mínimo 12 meses
Respuesta parcial (35% a 50% de reducción en la puntuación CYBOCS al llegar a la dosis máxima/tolerada de ISRS durante mínimo 10 semanas)	<ul style="list-style-type: none"> Cambiar de ISRS Combinar con TCC (si aún no se ha administrado) Añadir antipsicótico atípico (Ej: risperidona, quetiapina, aripiprazol) Añadir clomipramina (control ECG)
No responde (< 35% de remisión de síntomas)	<ul style="list-style-type: none"> Revisar el diagnóstico, comorbilidad, conformidad o aceptación familiar. Combinar con TCC (si aún no se ha administrado) Añadir antipsicótico atípico (Ej: risperidona, quetiapina, aripiprazol o haloperidol) Añadir clomipramina (control ECG) Tratar los trastornos comorbidos

* March & Mulle (1998) Criterios de gravedad. TCC: Terapia cognitiva conductual administrada por un psicólogo clínico - duración de las sesiones: 60 minutos; CYBOCS: Children's Yale-Brown Obsessive Compulsive Scale scores, ISRS: Inhibidores Selectivos de la Recaptación de Serotonina

- La primera estrategia consiste en cambiar un ISRS por otro.
- En los adultos que responden parcialmente a los ISRS, los antipsicóticos (Bloch et al, 2006) y la clomipramina (Figuerola et al, 1998) se han utilizado como agentes potenciadores. Se requieren más estudios para realizar este tipo de estrategias farmacológicas en población infantil. Los antipsicóticos pueden estar indicados en pacientes con trastornos de tics o escaso insight (Bloch et al, 2006). Los ensayos clínicos sugieren que el haloperidol (Mancuso et al, 2010), la risperidona (Thomsen, 2004) y la quetiapina (Cohen et al, 2003) podrían ser eficaces. Se debe evitar el uso de olanzapina en niños a causa de su seguridad limitada y el riesgo de síndrome metabólico (Rosario et al, 2008). Las reticencias respecto al uso potenciador de los neurolépticos se deben a sus posibles efectos adversos tales como sedación, disforia, aumento de peso y síntomas extrapiramidales. Nuevos ensayos clínicos de potenciación han estudiado los estimulantes, la gabapentina, el sumatriptan, el pindolol, el inositol, los opiáceos, la hierba de San Juan, la N-acetil-cisteína, la memantina

y el riluzol, pero se requiere mayor evidencia antes de poder recomendar su uso (AACAP, 2012).

- Otra estrategia consiste en valorar la presencia de trastornos comórbidos (como el TDAH, los tics, la depresión o el trastorno de conducta). La presencia de un trastorno comórbido se asocia a una mayor gravedad de los síntomas, un incremento del estrés parental y quizás afectaría negativamente a la respuesta al tratamiento (Grados et al, 2008; Stroch et al, 2008). La presencia de otro trastorno deberá recibir tratamiento específico (AACAP, 2012).
- La combinación de farmacoterapia con TCC siempre deberá considerarse. Franklin et al (2011) estudiaron el efecto potenciador de la TCC con los antidepresivos en niños que habían respondido parcialmente a los fármacos. El estudio incluyó 124 niños con TOC, de edades comprendidas entre los 7 y los 17 años. Se randomizó monoterapia farmacológica (ISRS), tratamiento combinado consistente en fármaco más TCC convencional (además del seguimiento farmacológico, un protocolo de TCC dispensado por un psicólogo, que constaba de 14 sesiones de una hora de duración a lo largo de 12 semanas, incluyendo psicoeducación, entrenamiento cognitivo, jerarquización de las situaciones temidas desde la menos hasta la más ansiógena con el fin de guiar la exposición, y exposición con prevención de respuesta). El tratamiento combinado consistente en un fármaco al que se añade instrucción en TCC (un farmacoterapeuta asignado para controlar el fármaco se encarga de dar las instrucciones del protocolo de la TCC, que consta de 7 sesiones de 45 minutos de duración a largo de 12 semanas; las instrucciones incluían psicoeducación, establecimiento de una jerarquía simple de los síntomas en función de su gravedad, exposición asociada a los objetivos de la prevención de respuesta y tareas para casa). Dos llamadas breves de teléfono servían para guiar la implementación de la TCC en el domicilio. Después de 12 semanas de tratamiento, la tasa de respuesta del grupo farmacoterapia más TCC convencional fue del 68.6% en comparación con el 34.0% del grupo farmacoterapia más instrucción y con el 30.0% del grupo fármaco solo. Dicho de otra forma, añadir 14 sesiones de TCC administradas por un experto al tratamiento farmacológico conllevó doblar la tasa de respuesta, mientras que una TCC menos intensiva y no administrada por un experto no mostró superioridad en comparación con la monoterapia farmacológica (Pediatric OCD Treatment Study, 2004; Franklin et al, 2011).

Más allá de la búsqueda de nuevas estrategias de tratamiento, la identificación de las personas en riesgo de desarrollar TOC es necesaria para desarrollar estrategias preventivas. Se han descrito varios factores de riesgo genéticos, familiares, individuales y ambientales (Tabla F.3.4). Aparte de las medidas generales para mejorar la salud mental, actualmente no existen programas de prevención de eficacia demostrada.

GRUPOS DE APOYO Y ASOCIACIONES

Cuando se diagnostica TOC a un miembro de la familia, usualmente toda la familia se beneficia de grupos de apoyo para lidiar con el trastorno, particularmente cuando el paciente es un niño o adolescente. Participar en un grupo de apoyo es útil para manejar el estrés de criar a un niño con TOC. Los grupos de apoyo, que suelen tener profesionales de la salud mental como asesores, se reúnen regularmente y buscan educar sobre el trastorno, ayudar a las personas a reconocer los síntomas, reducir la aceptación familiar y encontrar el tratamiento adecuado. Reunirse con personas que se enfrentan a los mismos problemas da la oportunidad de intercambiar experiencias, discutir cómo otros manejan los síntomas y aprender más sobre el trastorno. Los grupos de apoyo también pueden ser útiles para los mismos pacientes, aunque menos en el caso de los niños. Se

puede encontrar una lista de asociaciones de pacientes y familias en varios países en <http://www.geonius.com/ocd/organizations.html>

REFERENCIAS

- AACAP (2012). Practice parameter for the assessment and treatment of children and adolescents with obsessive compulsive disorder. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 51:98-113.
- Abramowitz JS, Whiteside SP, Deacon BJ (2005). The effectiveness of treatment for pediatric obsessive-compulsive disorder: a meta-analysis. *Behavior Therapy*, 36:55-63.
- Alvarenga PG, Hounie AG, Mercadante MT et al (2007). Obsessive compulsive disorder: historical overview. In Storch E, Geffken G, Murphy T (eds) *Handbook of Child and Adolescent Obsessive-Compulsive Disorder*. New York: Routledge, 1-21.
- American Psychiatric Association (2000). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*, Fourth Edition, Revised. Washington, DC: American Psychiatric Association.
- Amir N, Freshman M, Foa EB (2000). Family distress and involvement in relatives of obsessive-compulsive disorder patients. *Journal of Anxiety Disorders*, 14:209-217.
- Barrett PM, Farrell L, Pina AA et al (2008). Evidence-based psychosocial treatments for child and adolescent obsessive-compulsive disorder. *Journal of Clinical Child and Adolescent Psychology*, 37:131-55.
- Bienvenu OJ, Samuels JF, Wuyek LA, Liang KY et al (2012). Is obsessive-compulsive disorder an anxiety disorder, and what, if any, are spectrum conditions? A family study perspective. *Psychological Medicine*, 42:1-13.
- Bloch MH, Landeros-Weisenberger A, Kelmendi B et al (2006). A systematic review: antipsychotic augmentation with treatment refractory obsessive-compulsive disorder. *Molecular Psychiatry*, 11:795.
- Bloch MH, Landeros-Weisenberger A, Rosario MC et al (2008). Meta-analysis of the symptom structure of obsessive-compulsive disorder. *American Journal of Psychiatry*, 165:1532-1542.
- Calvocoressi L, Mazure C, Kasl S et al (1999). Family accommodation of obsessive-compulsive symptoms: instrument development and assessment of family behavior. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 187:632-642.
- Chamberlain SR, Blackwell AD, Fineberg NA et al (2005). The neuropsychology of obsessive-compulsive disorder: The importance of failures in cognitive and behavioral inhibition as candidate endophenotypic markers. *Neuroscience & Biobehavioral Reviews*, 29:399-419.
- Cohen LS (2003). Quetiapine in treatment-resistant obsessive-compulsive disorder. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 42:623-624.
- Delorme R, Betancur C, Callebort J et al (2005). Platelet serotonergic markers as endophenotypes for obsessive-compulsive disorder. *Neuropsychopharmacology*, 30:1539-1547.
- Dell'Osso B, Altamura AC, Mundo E et al (2007). Diagnosis and treatment of obsessive-compulsive disorder and related disorders. *International Journal of Clinical Practice*, 61:98-104.
- de Mathis MA, Diniz JB, Shavitt RG et al (2009). Early onset obsessive-compulsive disorder with and without tics. *CNS Spectrums*, 14:362-370.
- de Mathis MA, do Rosario MC, Diniz JB et al (2008). Obsessive-compulsive disorder: influence of age at onset on comorbidity patterns. *European Psychiatry*, 23:187-94.
- Evans DW, Milanak ME, Medeiros B et al (2002). Magical beliefs and rituals in young children. *Child Psychiatry & Human Development*, 33:43-58.
- Figueroa Y, Rosenberg DR, Birmaher B et al (1998). Combination treatment with clomipramine and selective serotonin reuptake inhibitors for obsessive-compulsive disorder in children and adolescents. *Journal of Child & Adolescent Psychopharmacology*, 8:61-67.
- Flament MF, Whitaker A, Rapoport JL et al (1988). Obsessive compulsive disorder in adolescence: an epidemiological study. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 27:764-771.
- Franklin ME, Sapyta J, Freeman JB et al (2011). Cognitive behavior therapy augmentation of pharmacotherapy in pediatric obsessive-compulsive disorder: The Pediatric OCD Treatment Study II (POTS II) randomized controlled trial. *Journal of the American Medical Association*, 306:1224-1232.
- Freeman JB, Garcia AM, Coyne L et al (2008). Early childhood OCD: preliminary findings from a family-based cognitive-behavioral approach. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 47:593-602.
- Friedlander L, Desrocher M (2006). Neuroimaging studies of obsessive-compulsive disorder in adults and children. *Clinical Psychology Reviews*, 26:32-49.
- Geller D, Biederman J, Jones J et al (1998). Juvenile obsessive compulsive disorder a developmental subtype of the disorder? A review of the pediatric literature. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 37:420-427.
- Geller DA (2006). Obsessive-compulsive and spectrum disorders in children and adolescents. *Psychiatric Clinics of North America*, 29:352-370.

- Geller DA, Biederman J, Stewart ES et al (2003). Which SSRI? A meta-analysis of pharmacotherapy trials in pediatric obsessive compulsive disorder. *American Journal of Psychiatry*, 160:1919-1928.
- Grados M, Riddle MA (2008). Do all obsessive-compulsive disorder subtypes respond to medication? *International Review of Psychiatry*, 20:189-193.
- Grisham JR, Anderson TM, Poulton R et al (2009). Childhood neuropsychological deficits associated with adult obsessive-compulsive disorder. *British Journal of Psychiatry*, 195:138-141.
- Heyman I, Fombonne E, Simmons H et al (2003). Prevalence of obsessive compulsive disorder in the British nationwide survey of child mental health. *International Review of Psychiatry*, 15:178-184.
- Hollander E, Greenwald S, Neville D (1998). Uncomplicated and comorbid obsessive-compulsive disorder in an epidemiological sample. *CNS Spectrums*, 3:10-18.
- Hounie AG, Pauls DL, do Rosario-Campos MC et al (2007). Obsessive-compulsive spectrum disorders and rheumatic fever: a family study. *Biological Psychiatry*, 61:266-272.
- Kessler RC, Berglund P, Demler O et al (2005). Lifetime prevalence and age-of-onset distributions of DSM-IV disorders in the National Comorbidity Survey Replication. *Archives of General Psychiatry*, 62:593-602.
- Leckman JF, Bloch MH, King RA (2009). Symptom dimensions and subtypes of obsessive-compulsive disorder: a developmental perspective. *Dialogues in Clinical Neurosciences*, 11:21-33.
- Leckman JF, Herman AE (2002). Maternal behavior and developmental psychopathology. *Biological Psychiatry*, 51:27-43.
- Mancuso E, Faro A, Joshi G et al (2010). Treatment of pediatric obsessive-compulsive disorder: a review. *Journal of Child & Adolescent Psychopharmacology*, 20:299-308.
- March JS, Mulle K (1998). *OCD in Children and Adolescents: A Cognitive-Behavioral Treatment Manual*. New York: Guildford Press.
- Mataix-Cols D, Nakatani E, Micali N et al (2008). Structure of obsessive-compulsive symptoms in pediatric OCD. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 47:773-778.
- Mataix-Cols D, Rosario-Campos MC, Leckman JF (2005). A multidimensional model of obsessive-compulsive disorder. *American Journal of Psychiatry*, 162:228-238.
- McKay D, Piacentini J, Greisberg S et al (2006). The structure of childhood obsessions and compulsions: dimensions in an outpatient sample. *Behavior Research and Therapy*, 44:137-146.
- Mercadante MT, Diniz JB, Hounie AG et al (2005). Obsessive-compulsive spectrum disorders in rheumatic fever patients. *Journal of Neuropsychiatry & Clinical Neurosciences*, 17:544-547.
- Micali N, Heyman I, Perez M et al (2010). Long-term outcomes of obsessive-compulsive disorder: follow-up of 142 children and adolescents. *British Journal of Psychiatry*, 197:128-134.
- Miguel EC, Leckman JF, Rauch S et al (2005). Obsessive-compulsive disorder phenotypes: implications for genetic studies. *Molecular Psychiatry*, 10:258-275.
- O'Connor KP, Aardema F, Robillard S et al (2006). Cognitive behaviour therapy and medication in the treatment of obsessive-compulsive disorder. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 113:408-419.
- Pediatric OCD Treatment Study (POTS) Team (2004). Cognitive-behavior therapy, sertraline, and their combination for children and adolescents with obsessive-compulsive disorder: the Pediatric OCD Treatment Study (POTS) randomized controlled trial. *Journal of the American Medical Association*, 292:1969-1976.
- Piacentini J, Langley AK (2004). Cognitive-behavioral therapy for children who have obsessive-compulsive disorder. *Journal of Clinical Psychology*, 60:1181-1194.
- Rosario MC, Alvarenga PG, de Mathis A et al (2008). Obsessive-compulsive disorder in childhood. In Banaschewski T, Rohde LA (eds) *Biological Child Psychiatry. Recent Trends and Developments*. Basel: Karger, pp83-95.
- Rosario-Campos MC, Leckman JF, Curi M et al (2005). A family study of early-onset obsessive-compulsive disorder. *American Journal of Medical Genetics Part B: Neuropsychiatric Genetics*, 136:92-97.
- Rosario-Campos MC, Leckman JF, Mercadante MT et al (2001). Adults with early-onset obsessive-compulsive disorder. *American Journal of Psychiatry*, 158:1899-1903.
- Rosario-Campos MC, Miguel EC, Quatrano S et al (2006). The Dimensional Yale-Brown Obsessive-Compulsive Scale (DY-BOCS): an instrument for assessing obsessive-compulsive symptom dimensions. *Molecular Psychiatry*, 11:495-504.
- Rosario MC, Prado HS, Borcato S et al (2009). Validation of the University of São Paulo Sensory Phenomena Scale: initial psychometric properties. *CNS Spectrums*, 14:315-323.
- Rotge JY, Guehl D, Dilharreguy B et al (2008). Provocation of obsessive-compulsive symptoms: a quantitative voxel-based meta-analysis of functional neuroimaging studies. *Journal of Psychiatry & Neuroscience*, 33:405-412.
- Steketee G (1999). *Overcoming Obsessive-Compulsive Disorder. Best Practices for Therapy*. Canada: Empirically Based Treatment Protocols, Raincoat Books: 9-10.
- Stewart SE, Geller DA, Jenike M et al (2004). Long term outcome of pediatric obsessive compulsive disorder: a meta-analysis and qualitative review of the literature. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 110:4-13.
- Storch EA, Merlo LJ, Larson MJ et al (2008). Impact of comorbidity on cognitive-behavioral therapy response in pediatric obsessive-compulsive disorder. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 47:583-592.
- Swedo SE, Leckman JF, Singer HS (personal communication). Evolving from PITANDS and PANDAS to PANS (pediatric acute-onset neuropsychiatric syndrome)

- Thomsen PH (2004). Risperidone augmentation in the treatment of severe adolescent OCD in SSRI-refractory cases: a case-series. *Annals of Clinical Psychiatry*, 16:201-207.
- Tükel R, Ertekin E, Batmaz S et al (2005). Influence of age of onset on clinical features in obsessive-compulsive disorder. *Depression and Anxiety*, 21:112-117.
- van Grootheest DS, Cath DC, Beekman AT et al (2005). Twin studies on obsessive-compulsive disorder: a review. *Twin Research and Human Genetics*, 8:450-458.
- Vasconcelos MS, Sampaio AS, Hounie AG et al (2007). Prenatal, perinatal, and postnatal risk factors in obsessive-compulsive disorder. *Biological Psychiatry*, 61:301-307.
- Walitza S, Melfsen S, Jans T et al (2011). Obsessive-compulsive disorder in children and adolescents. *Deutsches Ärzteblatt International*, 108:173-179.
- Walsh KH, McDougle CJ (2011). Psychotherapy and medication management strategies for obsessive-compulsive disorder. *Neuropsychiatric Disease and Treatment*, 7:485-494.
- Watson HJ, Rees CS (2008). Meta-analysis of randomized, controlled treatment trials for pediatric obsessive-compulsive disorder. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 49:489-98.
- World Health Association, The ICD-10 Classification of Mental and Behavioural Disorders Diagnostic criteria. Clinical descriptions and diagnostic guidelines. World Health Organization, Geneva, 1992. [www.who.int/entity/classifications/icd/en/bluebook.pdf].
- Williams TI, Salkovskis PM, Forrester L et al (2010). A randomised controlled trial of cognitive behavioural treatment for obsessive compulsive disorder in children and adolescents. *European Child & Adolescent Psychiatry*, 19:449-456
-