

Medicent Electrón. 2020 ene.-mar.;24(1)

Comunicación

Particularidades del trastorno obsesivo compulsivo en el niño y el adolescente

Particularities of obsessive - compulsive disorder in children and adolescents

Iris Dany Carmenate Rodríguez^{1*} <https://orcid.org/0000-0002-6282-3120>

¹Hospital Pediátrico Provincial Docente José Martí. Sancti Spíritus. Cuba.

*Autor para la correspondencia: Correo electrónico: irisdany@infomed.sld.cu

RESUMEN

El trastorno obsesivo en el niño y el adolescente, sus peculiaridades, formas de presentación y los rituales de la propia enfermedad interfieren en su diagnóstico temprano. Antes de la intervención médica es necesario explicar con claridad todo lo relacionado con el trastorno, su naturaleza y proceder. El distanciamiento psicológico se indica en los niños pequeños donde se les pide exteriorizar los síntomas nombrándolos como ellos lo deseen. En estudios recientes se ha descrito que la terapia cognitiva conductual resulta ser el tratamiento de elección en niños y adolescentes cuando su nivel cognitivo y emocional así lo permite. En esta investigación se explicaron los modelos implicados en la etiopatogenia que abordan la neurobiología para la comprensión del trastorno. Se brindaron las

174

orientaciones para un mejor tratamiento psicológico y farmacológico de los pacientes, y se precisaron las dosis recomendadas para este grupo en particular.

DeCS: trastorno obsesivo compulsivo.

ABSTRACT

Obsessive disorder in children and adolescents, its peculiarities, forms of presentation and rituals of the disease itself interfere with its early diagnosis. Explaining clearly everything related to the disorder, its nature and procedures is necessary before medical intervention. Psychological distancing is indicated in young children where they are asked to externalize the symptoms by naming them as they wish. Recent studies have been described that cognitive- behavioral therapy turns out to be the treatment of choice in children and adolescents when their cognitive and emotional level allows it. In this research, the models involved in the etiopathogenesis that address neurobiology for the understanding of the disorder were explained. Orientations were provided for a better psychological and pharmacological treatment of the patients, and the recommended doses for this particular group were specified.

DeCS: obsessive-compulsive disorder.

Recibido: 24/10/19

Aprobado: 13/12/19

Las particularidades de la etapa evolutiva por la que transitan el niño y el adolescente dificultan el tratamiento de muchos trastornos complejos, los cuales demandan atención médica inmediata. Los clasificadores internacionales se limitan a enfermedades psiquiátricas de manera general, pero lo particular, en cada grupo de pacientes, es un elemento importante que debe ser tratado con

175



claridad. El trastorno obsesivo compulsivo (TOC) es considerado como una enfermedad compleja, y es el cuarto trastorno psiquiátrico más común en el mundo, con una relevante morbilidad biopsicosocial, y una prevalencia del 1 al 3 % de la población.^(1,2)

Los niños o adolescentes con este trastorno sufren por su padecimiento, y en muchas ocasiones callan por temor de ser criticado por la rareza de los síntomas que le aquejan. Pierre Janet, en el año 1903, describió un cuadro obsesivo en un niño de cinco años de edad que se sentía obligado a verificar constantemente su honestidad, higiene y limpieza, sin nunca sentirse satisfecho. Por otra parte, Augusto Vidal Perera, catedrático de Psiquiatría infantil de Barcelona publicó un compendio de esta especialidad y dedicó el capítulo 19 a las «Obsesiones e impulsiones». En dicho texto señaló el carácter irreprímible de la obsesión, su poder invasor en la actividad psíquica, la imposibilidad del sujeto de liberarse, y el desencadenamiento de actos impulsivos para disminuir la tensión. El aislamiento en los niños que tienen este tipo de obsesiones y la tendencia de involucrar a sus padres en los rituales y actividades compulsivas es una de las particularidades en este grupo de edad.⁽¹⁾

La palabra obsesión se deriva del latín *obsessio*, que a su vez viene de *obsidere* (asediar), y hace referencia a la idea o preocupación, duda, deseo, que no pueden apartar de su mente, por lo que constituye un asedio a la persona que lo sufre. Las obsesiones son pensamientos involuntarios, recurrentes, que invaden la conciencia del sujeto. Se perciben como inapropiados, carentes de sentido y el sujeto experimenta un intenso malestar. Reconoce que se origina en sus propios procesos mentales y no en el exterior, pero aun así, le resulta difícil deshacerse de ella. Estas pueden ser sobre temas variados: palabras, recuerdos, números, experiencias, pensamientos, miedos, imágenes, música u otros. Son muy frecuentes a estas edades las obsesiones de dudas y de contaminación.⁽³⁾

La palabra compulsión viene del latín *compellere* y significa obligar a hacer. Son actos irreprímibles de carácter repetitivo cuya ejecución no se puede impedir. Aparentemente tienen una finalidad y se llevan a cabo según determinadas reglas;



sin embargo, la conducta no tiene un fin en sí misma, sino que pretende evitar un determinado acontecimiento y se traduce en un descenso transitorio de la tensión del sujeto.⁽³⁾

Los primeros síntomas aparecen en edades tempranas de la vida, y es considerado un trastorno grave que evoluciona a la cronicidad. En los varones los primeros síntomas se hacen visibles entre los 5 y 11 años de edad, mientras que en las féminas se hacen más notorios en el período de la adolescencia. En los niños las compulsiones se confunden con juegos y actividades lúdicas. Desde el punto de vista clínico pueden comenzar con un único síntoma, y persistir a lo largo de varios meses e incluso años, pues los padres y profesores tardan en percatarse de lo que sucede realmente con el niño.⁽¹⁾

El miedo a contaminarse con gérmenes o suciedad, a que les acontezca determinados males a sus seres queridos, la obsesión por la simetría o exactitud, y los escrúpulos religiosos, son las obsesiones más frecuentes. Las preocupaciones de índole sexual e ideas agresivas con temor a hacerse daño, son más frecuentes en los adolescentes (estos pensamientos disminuyen en la adultez). El lavado de manos cientos de veces es el acto compulsivo que realizan para calmar la ansiedad que estas preocupaciones les genera. La obsesión por la simetría los lleva a mantener en un orden casi inviolable sus objetos personales. Este tipo de comportamiento trae discusiones con hermanos o con la madre cuando se cambia el orden al cual están atados.

Las obsesiones de tipo religioso generan un especial malestar, sentimientos de culpa, dudas sobre la existencia o no de Dios y temor a ser castigados por no cumplir los preceptos religiosos. Los escrúpulos sexuales los conlleva a un malestar intenso, a pesar de reconocer lo absurdo de sus pensamientos no pueden apartar la idea de ser violadores de seres queridos, de invadir el espacio del otro forzándolo a actos sexuales, temor a conductas homosexuales a pesar de sentirse identificados con su sexo. La sintomatología puede ser grave y llegar a incapacitar al niño, lo que produce una merma significativa en su rendimiento



escolar. Según el grado de madurez emocional y cognitiva se puede asociar a síntomas depresivos.^(1,4)

Una particularidad del TOC en los niños es que las compulsiones con frecuencia anteceden a las obsesiones: la respuesta al tratamiento es peor, el riesgo familiar es más alto, hay mayor comorbilidad con los tics, trastornos del desarrollo y conductas disruptivas.⁽⁵⁾

Los rituales y actos repetitivos forman parte del desarrollo normal del niño, tienen un papel fundamental en el aprendizaje y la socialización. Desde pequeño, el niño siente placer por la repetición de un gesto, una canción, un juego, donde el adulto de forma directa participa en esta repetición con la intención de que aprenda y desarrolle nuevas habilidades. A los dos años de edad les gustan ciertas rutinas a la hora de comer, de bañarse o de acostarse, y protestan si los padres no las cumplen. A los cuatro años piden que le cuenten un cuento una y otra vez, hacen rituales, ceremonias para dormir, piden que le acompañen un rato y hasta encienden una luz para dormir. A los cinco y seis años comienzan a incorporar estos rituales al grupo, crean normas estrictas que no deben cambiar para desarrollar el juego. A los siete años comienza la pasión por coleccionar: objetos, fichas, barajas, fotos de un equipo de fútbol, de un cantante o actor preferido, coleccionan frascos de perfumes y pequeños juguetes. Una parte muy importante de coleccionar objetos es crear el ritual de intercambiarlos. En la adolescencia repiten una y otra vez la canción preferida, imitan a su ídolo en la forma de vestir y caminar.⁽¹⁾

Desde el punto de visto clínico existen diferencias entre ambos tipos de rituales:

Ritual obsesivo- compulsivo

Se acompaña de ansiedad
Su interrupción produce irritabilidad y agresividad
La finalidad es mitigar la ansiedad
Los demás lo perciben como algo no saludable

Ritual normal para la edad

Es agradable
Su interrupción se tolera bien
Tiene como finalidad pasarla bien
Lo perciben como algo normal



Se prolonga a la adolescencia y vida adulta	Disminuye a partir de los 8 años de edad
Los más frecuentes son: lavarse las manos, comprobar, repetir y no contribuyen al aprendizaje y desarrollo	Contribuyen al aprendizaje y desarrollo del niño
Es incapacitante, produce sufrimiento y contribuye al aislamiento social	No es incapacitante, produce placer y puede servir en el juego con otros niños

La ciencia ha dejado atrás la visión que se tenía del TOC como un tipo de neurosis específica, que se explicaba a través de modelos psicoanalíticos que entendían las obsesiones como una forma de defensa del hombre ante los impulsos inconscientes. Una vez que se han relegado los factores psicológicos en las últimas décadas, se han acumulado datos que desde la genética, la química, la neuroimagen y la neuropsicología, sugieren alteraciones cerebrales en el TOC. Actualmente, se describe el trastorno con un origen neurobiológico y etiología variada, donde hasta los factores inmunológicos se ven involucrados.

Los factores genéticos indican una alta frecuencia del trastorno en pacientes con familiares de primer grado con diagnóstico de TOC. Los hermanos homocigóticos tienen más predisposición que los hermanos heterocigóticos. Se estudian modelos genéticos que guardan relación con los neurotransmisores y sus receptores. Los estudios se dirigen a investigar fenotipos o subgrupos clínicos distintos.^(1,6)

Las primeras hipótesis sobre la localización anatómica del TOC se realizaron a partir de la observación de pacientes con alteraciones neurológicas que presentaban sintomatología similar a la obsesiva compulsiva, como lo fue la encefalitis letárgica de Von Economo y Corea de Sydenham. Los núcleos basales, la corteza orbito frontal y el cortex singulado suelen estar afectados. Se han encontrado variaciones en el volumen del núcleo caudado y disminución del estriado, lo cual se ha asociado a que es inversamente proporcional a la gravedad del trastorno, pero no a su duración. Hay aumento del cuerpo calloso y del volumen talámico. En otros estudios realizados se ha encontrado un



hipermetabolismo a nivel de la corteza orbito frontal y singular anterior izquierda.^(6,7)

Las alteraciones neuropsicológicas se integran a la etiopatogenia del TOC, ya que está claramente demostrada su relación con las bases neuroanatómicas y neurofisiológicas del trastorno. Todos los hallazgos de patrones de déficit de respuesta de inhibición, funciones visoespaciales y memoria visual, son compatibles con los actuales modelos neuroanatómicos que implican circuitos corticoestriales. En la afectación de las funciones ejecutivas responsables de los procesos cognitivos (como planificar diferentes conductas y modificarlas de manera flexible), están implicadas las áreas frontoestriales. La disfunción en esta área se considera la alteración primaria del TOC.⁽⁷⁾

Existe asociación del trastorno con enfermedades neurológicas, como la Corea de Sydenham, originada por la acción directa de anticuerpos contra el estreptococo beta hemolítico del grupo A. Es importante valorar la presencia ante los niños y adolescentes que presenten una iniciación súbita de los síntomas, a veces dramática, donde sea evidente el cuadro infeccioso o la susceptibilidad. En esos casos le siguen períodos de desaparición de los síntomas, un curso episódico y reagudizaciones sintomáticas. Esto se relaciona con factores inmunológicos y se vincula con la asociación de PANDAS, que son los desórdenes psiquiátricos causados por el estreptococo beta hemolítico del grupo A, donde aparecen además tics y marcada hiperactividad. Este es más frecuente en el sexo masculino, y la edad de inicio es muy temprana. Esta influencia etiológica no es absoluta ya que solo se presentará en niños con predisposición genética al trastorno.⁽⁶⁾

El tratamiento debe ser individualizado y debe adaptarse a cada paciente. La naturaleza, gravedad, frecuencia, intensidad y comorbilidad, son elementos a tener en cuenta a la hora de indicarlo. Al inicio, si los síntomas son muy leves y la interferencia en la cotidianeidad no es marcada, se puede indicar realizar un registro y control de estas obsesiones e iniciar la terapia cognitiva conductual



(TCC). Luego de consultar a la familia y valorar la interferencia de los síntomas se hace necesaria la utilización de terapias biológicas.

Antes de su tratamiento, y para lograr mejor adhesión, es necesario explicar con claridad todo lo relacionado con el trastorno, su naturaleza y los posibles procedimientos para su intervención. El malestar comienza a reducirse cuando el niño trata la problemática que ha mantenido en secreto con la ayuda de un profesional. Debe reconocer que se trata de un trastorno, que otros niños también pueden padecerlo, y que hay un tratamiento determinado para ello. El distanciamiento psicológico se indica en los niños pequeños, y se les pide exteriorizar los síntomas nombrándolos como ellos lo deseen. Se ha descrito en estudios recientes que la terapia cognitiva conductual resulta ser el tratamiento de elección en niños y adolescentes, cuando su nivel cognitivo y emocional así lo permite.⁽⁴⁾

La técnica básica que se utiliza es la exposición y prevención de respuestas. Esta se indica cuando hay compulsiones de: limpieza, repeticiones, comprobaciones y rituales de simetría. Cuando registra el listado de obsesiones y compulsiones lo deberá hacer de mayor a menor, según el grado de ansiedad ocasionado, o según la posibilidad de control. Luego comienza la exposición gradual (que estará basada en dicha jerarquía) a los estímulos, señales, situaciones que causan la ansiedad y desencadenan los rituales. Se indica evitar realizar las compulsiones y los rituales asociados a las conductas de evitación de los estímulos ansiogénicos durante un tiempo, hasta que el malestar sea leve. La exposición disminuye la ansiedad fóbica y la prevención de respuesta, los rituales y compulsiones. Las intervenciones terapéuticas complementarias como: entrenar la relajación, el control de la respiración, reforzar positivamente el cumplimiento de las tareas de exposición mediante la economía de fichas, la adquisición de habilidades de afrontamiento y aumentar la capacidad de autocontrol emocional, suelen ser de gran utilidad, pues permitirán solucionar conflictos y mejorar la integración social y la relación familiar.^(4,8)

Existe una amplia literatura que apoya el uso de inhibidores de recaptación de serotonina como la clomipramina y los selectivos (sertralina, fluoxetina,



fluvoxamina y paroxetina). En la práctica, el uso de estos últimos se tolera mejor si se cumple con las pautas de incrementar las dosis lentamente. En los niños pueden aparecer efectos secundarios como: la desinhibición conductual, la inquietud motora e hipomanía, por lo que hay que estar atento a estas reacciones.⁽⁹⁾

La sertralina es un medicamento de primera línea para el tratamiento del TOC. Su presentación es en tabletas de 50 mg, la dosis inicial es de 25 mg diario y se aumenta cada una o dos semanas de 25 a 50 mg, hasta alcanzar una dosis máxima de 200 a 250 mg diario. La paroxetina es otro inhibidor selectivo de recaptación de serotonina que se presenta en tabletas de 20 mg. En ese caso, si el niño tiene menos de 25 kg de peso, se orienta comenzar con 10 mg diarios e incrementar lentamente la dosis (cada 15 días) sin sobrepasar los 50 mg diarios. Si el paciente tiene más de 25 kg de peso se puede iniciar con 20 mg diarios y seguir un procedimiento igual al anterior. Existen pacientes con un cuadro más complejo, sobre todo cuando están asociados escrúpulos religiosos o sexuales que llevan al paciente a un punto en que pone en duda su nivel de funcionamiento. Incluso pueden llegar a hacer incursiones psicóticas, y en estos casos se hace necesario el uso de antipsicóticos atípicos como la risperidona.⁽¹⁰⁾

El TOC es de origen neurobiológico y etiología multifactorial, incluye: factores genéticos, anomalías neurobioquímicas, neuroanatómicas e inmunológicas que pueden provocar la enfermedad. La corteza fronto orbital, los ganglios basales, el tálamo y la amígdala, son estructuras implicadas en dicho trastorno. A pesar de que hay características comunes en el niño, adolescente y adulto, existen particularidades del proceso evolutivo que deben tenerse en cuenta. El hecho de no poder expresar con claridad lo que le sucede, por sus diferentes temores, dificulta tempranamente su diagnóstico y futuro tratamiento. La edad del niño, su inmadurez emocional y cognitiva, así como el medio familiar, pueden resultar elementos claves para una ineficaz respuesta de la terapia cognitiva conductual. Existe una alta comorbilidad con otros procesos como son: los tics, los trastornos del espectro autista y las conductas disruptivas. En las dosis pediátricas



recomendadas el uso de los antidepresivos inhibidores selectivos en la recaptación de serotonina resulta muy eficaz.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Mardomingo MJ. Trastorno obsesivo compulsivo en la infancia y adolescencia. En: Psiquiatría del niño y el adolescente. Métodos, fundamentos y síndromes. Madrid: Díaz de Santos; 1994. p. 315-47.
2. Sanz Vellosillo P, Fernández-Cuevas Vicario A. Trastorno obsesivo compulsivo. Medicine [internet]. sep. 2015 [citado 14 ene. 2017];11(84):[aprox. 7 p.]. Disponible en: <https://www.medicineonline.es/es-trastorno-obsesivo-compulsivo-articulo-S0304541215001961>
3. DSM-5: Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales. Madrid: Panamericana; 2014.
4. Caja R. Evaluación de un caso de trastorno obsesivo compulsivo e intervención. Clínica y Salud [internet]. 2016 [citado 14 ene. 2017];27:[aprox. 6 p.]. Disponible en: <http://scielo.isciii.es/pdf/clinsa/v27n1/original4.pdf>
5. Castaño Pérez GA, Sierra Hincapié GM. Trastorno dual en población general de Itagüí, Colombia. Rev Colomb Psiquiatr. 2016;45(2):108-17.
6. Soria V, Uribe J, Salvat-Pujol N, Palao D, Menchón JM, Labad J. Psiconeuroinmunología de los trastornos mentales. Rev Psiquiatr Salud Ment. 2018;11(2):115-24.
7. Vázquez-Bourgon J, Martino J, Sierra Peña M, Infante Ceberio J, Martínez Martínez MÁ, Ocón R, *et al.* La estimulación cerebral profunda en el trastorno obsesivo-compulsivo refractario al tratamiento: una revisión sistemática. Rev Psiquiatr Salud Ment [internet]. ene.-mar. 2019 [citado 11 abr. 2019];12(1):[aprox. 15 p.]. Disponible en: <https://www.elsevier.es/es-revista-revista-psiquiatria-salud-mental-286-articulo-la-estimulacion-cerebral-profunda-el-S1888989117300769>



8. Paula-Pérez I. Diagnóstico diferencial entre el trastorno obsesivo compulsivo y los patrones de comportamiento, actividades e intereses restringidos y repetitivos en los trastornos del espectro autista. Rev Psiquiatr Salud Ment. 2013;6(4):178-86.
9. Toll Privat A, Mané Santacana A. Manía inducida por antidepresivos en el trastorno obsesivo compulsivo. Psiquiatr Biol. 2014;21(2):83-5.
10. Menchón JM, Bobes J, Saiz-Ruiz J. Trastorno obsesivo-compulsivo: utilidad de una guía terapéutica farmacológica. Rev Psiquiatr Salud Ment. 2016;9(3):131-3.

Conflictos de intereses

Los autores declaran no tener ningún conflicto de intereses.

