
Trastorno obsesivo compulsivo en la infancia

J. Rodríguez Delgado *, I. Dorronsoro Martín**,
C. Bonet de Luna***

*Residente de 4.º año de Pediatría, Hospital Infantil La Paz, Madrid

** Residente de 1.º año de Pediatría, Hospital Infantil La Paz, Madrid

*** Peditra de Atención Primaria. Doctor en Medicina. CS Tres Cantos, Madrid.

Rev Pediatr Aten Primaria 2003; 5: 415-422

Resumen

Se presenta el caso de una niña de 9 años con un trastorno obsesivo compulsivo (TOC) diagnosticada en la consulta de Atención Primaria. A raíz de una clase de Conocimiento del Medio en el colegio, empezó con miedo a padecer apendicitis y otras enfermedades, así como compulsiones y rituales de limpieza que han dificultado sus relaciones familiares y escolares. Se comentan los criterios diagnósticos así como el tratamiento tanto farmacológico como psicoterapéutico y relacional.

Palabras clave: Trastorno obsesivo compulsivo, Infancia.

Abstract

A nine year old girl, diagnosed of obsessive-compulsive disorder is presented. After a science class she started fearing to suffer from appendicitis, and other conditions as well as compulsive rituals of cleaning and obsessions that impaired her familiar and social life. Diagnostic criteria and pharmacological and psychological treatment are discussed.

Key words: Obsessive-compulsive disorder, Childhood.

Presentación del caso

Niña de 9 años (Z), deseada, segunda hija, con dos hermanas de 11 y 7 años. Padres sanos, viven juntos y con buena relación. No presenta antecedentes médicos de interés. A raíz de una clase de Conocimiento del Medio en la que se trató el tema de la apendicitis, la madre consulta con la niña por presentar esta,

un miedo intenso a padecer esta enfermedad, que la angustia y la impide concentrarse y dormir. Se hace una consulta programada de media hora en la que se la explora físicamente y se la explica que su abdomen es completamente normal. Se aprovecha para indagar si las relaciones en casa y en el colegio son saludables aunque es una familia cono-

cida. Lo único que aparece es una timidez importante desde que empezó el colegio que casi no la permite hablar en clase y que la hace comportarse con completa adhesión a la norma. En casa es moderadamente rebelde. Buen rendimiento escolar. Buenas relaciones sociales, buena integración en casa y en el colegio.

Al mes de esta consulta, la madre acude sola y angustiada para comentar que las cosas han empeorado y que ahora Z tiene miedo de "tener una infección" en general. Se lava constantemente las manos y obliga a sus hermanas a hacer lo mismo. Tiene problemas de relación con amigas que tienen perro en casa por miedo a que estén "contaminadas" y no poder comprobar si se lavan bien las manos antes de estar con ella y tocarla. Esto hace que, en casa, aparezcan conflictos con la familia a la hora de lavarse (tienen que hacerlo todos constantemente) ya que si no Z entra en crisis de angustia con taquicardia, llanto y sudoración. No se puede poner el pijama si ha rozado el suelo, por lo que adopta rituales para ponérselo, requiere que su ropa sea lavada constantemente y se cambia al llegar del colegio por sentirse "sucio". Aunque hace muchos esfuerzos para que nadie lo note en el colegio tiene horror a sentarse en sillas de amigos con mascotas en casa y busca

estrategias para evitarlo. Sus amigos han empezado a decir que es o está "rara". Su vida se centra alrededor de la descontaminación y la limpieza y no puede abrazar a sus padres si estos previamente no se han lavado.

Ante la sospecha de TOC, es derivada a Salud Mental (centro con psiquiatra y psicólogos infantiles) donde confirman el diagnóstico.

Discusión

"Recuerdo, cuando era niño, que todas las noches tenía que comprobar varias veces si mis padres habían cerrado con llave la puerta de casa. Sabía que bastaba con comprobarlo una vez, pero sentía una necesidad imperiosa de hacerlo. Sentía que algo malo nos iba a pasar en casa cuando nos quedáramos dormidos, que quizás al día siguiente no nos volveríamos a ver. También tenía miedo a contaminarme con las cosas sucias. Tenía que lavarme las manos nada más tocar cualquier cosa y acabé por aislarme en el colegio al ver que mis amigos jugaban en el suelo o con cosas que podían estar contaminadas. Sabía que no estaba bien quedarme solo, pero no podía resistir la idea de que me tocaran con sus manos sucias. Todo tenía que ser perfecto. En mi habitación ordenaba los zapatos y los bolígrafos

una y otra vez y a veces llegaba tarde a clase porque tenía que dejar todo perfectamente en su sitio. Llegué a pensar que estaba loco y que aquello solo me podía pasar a mí. Recuerdo aquellos años con sufrimiento, y no puedo decir que por aquel entonces fuera un niño feliz."

Esta descripción, hecha por un adulto que padeció esta enfermedad en su in-

fancia, nos acerca a la realidad de este trastorno y su repercusión en la vida y el entorno de un niño. El trastorno obsesivo compulsivo, encuadrado dentro de los trastornos de ansiedad, consiste en la presencia de obsesiones o compulsiones repetidas que causan un malestar intenso e interfieren con la rutina diaria, actividades sociales y familiares (Tabla I). Para alguien ajeno a la enfermedad estas obse-

Tabla I. Criterios diagnósticos del DSM-IV para el trastorno obsesivo compulsivo

A. Se cumple para las obsesiones y compulsiones

Las obsesiones se definen por 1- 4

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

Las compulsiones se definen por 1-2

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

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

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

siones y compulsiones carecen de sentido, pero el niño que padece un TOC no puede evitarlas, le provocan ansiedad, angustia y un gran sufrimiento.

Prevalencia y etiología

Dado que se trata de un trastorno difícil de identificar en la población, su prevalencia puede ser mayor de lo que se cree (0,3-1,8%). Muchas veces los padres, por desconocimiento, no imaginan que su niño pueda tener un trastorno psiquiátrico y no es identificado como tal incluso hasta años más tarde. Como ocurre habitualmente cuando la etiología no es del todo conocida, se han propuesto varias hipótesis. La eficacia terapéutica de los inhibidores de la recaptación de serotonina (ISRS) habla a favor de la importancia de este neurotransmisor en la patogenia de la enfermedad. La serotonina interviene como mediador en las conexiones entre corteza frontal y ganglios basales. Seguramente pueden intervenir otros neurotransmisores e incluso se ha postulado como causa un mecanismo autoinmune activado tras una infección estreptocócica, incluyéndose entre los denominados PANDAS ("Pediatric Autoimmune Neuropsychiatric Disorders Associated with Streptococcal Infections")^{1,2}.

Clínica

La edad de inicio es la infancia o la edad adulta temprana, siendo en un 80% de los casos antes de los 18 años. Puede aparecer desde los 8-9 años. Se caracteriza porque las obsesiones y compulsiones repercuten de forma clara en la vida diaria del niño, cambiando su comportamiento y su carácter, aislándolo de sus amigos y disminuyendo su rendimiento escolar. Las obsesiones y compulsiones más frecuentes se resumen en la Tabla II.

Habitualmente el niño es consciente de que le pasa algo raro y puede llegar a creer que está "loco". El comportamiento es reconocido como algo sin sentido y realiza denodados intentos para resistirse a él. A la larga, esta capacidad de resistencia puede agotarse. Casi siempre existe cierto grado de ansiedad. Todo ello repercute sobre la felicidad del niño, causando un gran sufrimiento a él y a quienes le rodean. En el entorno familiar puede pasar desapercibido al principio, achacando los padres ciertas actitudes a "razas" del niño, pero a la larga los síntomas se hacen más evidentes. La situación del niño puede producir gran incomodidad en los demás miembros de la familia, al querer aquel por ejemplo que todos se laven constantemente igual que lo hace él o al transmitir a los padres repetidamen-

te el temor a estar enfermo, a ser robado o a morir.

El curso de la enfermedad es oscilante, con etapas peores y mejores, empeorando claramente con el estrés.

Diagnóstico diferencial

Existen ciertos comportamientos rituales en la niñez que deben diferenciarse de un verdadero TOC. A diferencia de estos, en aquellos los rituales no son excesivos ni repercuten sobre el comportamiento o el carácter del niño. Este sigue siendo igual que siempre, un niño alegre, que juega con sus amigos y con un similar rendimiento escolar. El TOC puede asociarse a otros trastor-

nos patológicos, como la depresión o el síndrome de la *Tourette*. En la depresión puede haber ideas obsesivas pero predomina el componente distímico. Los pacientes psicóticos presentan a menudo comportamientos repetitivos a modo de ritual que semejan compulsiones, pero en este caso el paciente no es consciente del carácter absurdo de sus síntomas.

Tratamiento

Actualmente la opción más aceptada consiste en la combinación de varias técnicas: farmacoterapia, psicoterapia y educación del propio paciente y de su familia.

Tabla II. Obsesiones y compulsiones más frecuentes

Obsesiones

- Temor a la muerte, propia o de seres queridos
- Temor a las enfermedades
- Miedo a contaminarse
- Temor a equivocarse
- Dudas repetitivas sobre si se habrá apagado la luz, el gas, cerrado los grifos o las puertas

Compulsiones

- Lavarse continuamente
- Limpiar constantemente
- Realizar comprobaciones una y otra vez
- Preocupación excesiva por el orden
- Acumular cosas sin desprenderse de nada
- Repetir constantemente una acción

Es importante tener en cuenta que el TOC, al igual que otros trastornos psiquiátricos, es una enfermedad crónica, por lo que los tratamientos se deben mantener largo plazo³.

Farmacoterapia: La medicación reduce significativamente la frecuencia e intensidad de las obsesiones y compulsiones, ayudando al control de los síntomas, aunque estos no desaparecen. Se aconseja el mantenimiento del tratamiento farmacológico durante al menos un año antes de probar la retirada de la medicación.

Los fármacos más utilizados son los ISRS³⁻⁴, como la fluvoxamina (Dumirox[®]), la fluoxetina (Prozac[®] y genéricos) o la sertralina (Aremis[®], Besitran[®])⁵. Si bien la experiencia con estos grupos de fármacos no es demasiado amplia en Pediatría, ambos han constatado ser superiores a placebo en varios estudios⁶⁻⁷. Además, son también eficaces en combatir los síntomas depresivos que coexisten frecuentemente en estos pacientes⁸. Sus efectos secundarios son escasos y poco frecuentes (dolor de cabeza; insomnio, con la fluvoxamina; y náuseas, dispepsia y sequedad de boca para la fluoxetina) por lo que son considerados fármacos de primera elección.

La clomipramina (Anafranil[®]) puede ser considerada como fármaco de se-

gunda elección. Este fármaco se considera similar o incluso más eficaz que los ISRS³, pero presenta mayores efectos adversos (anticolinérgicos –temblor, boca seca–, antihistamínicos –somnolencia, obesidad– y alfa adrenérgicos –hipotensión ortostática–), por lo que suele reservarse para aquellos pacientes que no respondan a los ISRS⁹.

Psicoterapia: Se utiliza la psicoterapia cognitivo conductual¹⁰⁻¹², con técnicas de exposición y prevención de respuestas: se trata de que el paciente sea expuesto a aquellas situaciones que le producen temor o angustia, y que poco a poco vaya aprendiendo a “resistirse” a realizar la compulsión asociada. Al principio esta terapia suele generar una gran ansiedad, pero esta va desapareciendo conforme el paciente aprende a resistirse al comportamiento patológico. Generalmente se modifican primero las conductas compulsivas, y con posterioridad disminuyen o se amortiguan las ideas obsesivas.

Deberemos tener en cuenta (y, sobre todo, hacérselo saber al paciente), que el proceso es largo, y que muchas veces puede sufrir exacerbaciones de la clínica coincidiendo con situaciones de estrés.

Educación al paciente y a la familia⁹: Para que el tratamiento psico-farmacológico sea eficaz, es fundamental expli-

carle al niño que el TOC es una enfermedad, y que, como tal, debe ser tratada. En numerosas ocasiones los pacientes piensan que el trastorno es un "problema intrínseco", lo que lleva a una sensación de rechazo y sufrimiento extrema, que puede verse aliviada en gran manera con una explicación a tiempo.

Además de la terapia con el propio paciente, es fundamental el apoyo a la familia: especialmente en el paciente pediátrico, un trastorno como el TOC plantea una situación familiar conflictiva, que en sí misma puede empeorar la clínica del enfermo. Generalmente, los padres y hermanos no entienden la situación, y además no saben cómo afrontarla: si es mejor resistirse a las compulsiones o participar en ellas, de qué forma tratar al paciente... además es frecuente el sentimiento de culpa por parte de los padres, que "no saben qué han hecho mal". Para tratar de minimizar estos problemas se aboga por la creación de grupos de apoyo a la familia, que pueden ser de dos tipos:

- Grupos de apoyo psico-educativos multifamiliares: tratan de compartir experiencias sobre el TOC, y de establecer estrategias para resolver los conflictos que se vayan planteando, todo ello basándose en la experiencia de sus miem-

bros. Puede contar o no con personal de apoyo.

- Tratamiento de conducta multifamiliar: además de información sobre el TOC, se diseñan tratamientos de exposición y prevención de respuesta, y se pactan con la persona afecta los denominados "contratos de conducta". En ellos, la familia y el paciente colaboran en la elaboración de planes sobre cómo controlar y actuar frente a los síntomas. De esta forma se logran disminuir las tensiones familiares.

Estos grupos siempre cuentan con ayuda profesional.

Algo fundamental a comentar con la familia es que deben resistirse a participar en las compulsiones. Muchas veces es difícil, ya que se tiende a "permitir" ciertas compulsiones en pos de la armonía familiar, pero debe recalcarse que lo único que se consigue con estas conductas es fomentar la clínica del niño. Con el fin de ofrecer información a los padres, la ATOC ("Asociación de Trastorno Obsesivo Compulsivo") edita una página muy útil en internet: www.asociaciontoc.org

También es importante mantener una comunicación fluida con el profesor del colegio. La vida escolar es el medio en el que el paciente establece relaciones sociales y en el que pasa

gran parte de su tiempo, por lo que se recomienda dar a conocer el problema y hablar con los profesores de su evolución y progresos.

Conclusión

Con este artículo hemos pretendido llamar la atención sobre el TOC, un

trastorno que muchas veces se minusvalora y que origina un gran sufrimiento al niño, condicionando su desarrollo y maduración. Es fundamental para lograr la normalización, la realización de un diagnóstico precoz, así como la instauración de un tratamiento adecuado.

Bibliografía

1. Murphy TK, Petito JM, Voeller KK, Goodman WK. Obsessive compulsive disorder: is there an association with childhood streptococcal infections and altered immune function? *Semin Clin Neuropsychiatry* 2001; 6: 266-276.

2. Arnold PD, Ritche MA: Is obsessive compulsive disorder an autoimmune disease? *CMAJ* 2001; 165: 1353-1358.

3. Saiz J, Prieto R. Tratamiento farmacológico del trastorno obsesivo-compulsivo. *Psiquiatría.com* [revista electrónica] 1998 Septiembre [fecha de actualización: 1 Oct 1998]; 2(3):[34pantallas]. URL disponible en: http://www.psiquiatria.com/psiquiatria/vol2num3/artic_6.htm

4. Bandelow B, Zohar J, Hollander E, et al. World Federation of Societies of Biological Psychiatry (WFSBP) guidelines for the pharmacological treatment of anxiety, obsessive-compulsive and posttraumatic stress disorders. *World J Biol Psychiatry* 2002; 3 (4): 171-99.

5. Cook EH, Wagner KD, March JS, Biederman J, et al. Long-term sertraline treatment of children and adolescents with obsessive-compulsive disorder. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 2001; 40 (10): 1775-81.

6. Geller DA, Hoog SL, Heiligenstein JH et al.

Fluoxetine treatment for obsessive-compulsive disorder in children and adolescents: a placebo-controlled clinical trial. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 2001; 40 (7): 773-9.

7. Riddle MA, Reeve EA, Yaryura-Tobias JA, et al. Fluvoxamine for children and adolescents with obsessive-compulsive disorder: a randomized, controlled, multicenter trial. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 2001; 40 (2): 222-9.

8. Overbeek T, Schruers K, Vermetten E, et al. Comorbidity of obsessive-compulsive disorder and depression: Prevalence, symptom severity and treatment effect. *J Clin Psychiatry* 2002; 63: 1106-1112.

9. ATOC. Asociación de Trastorno Obsesivo Compulsivo. URL disponible en: <http://www.asociaciontoc.org>

10. Vallejo Ruiloba J. Introducción a la psicopatología y a la psiquiatría. Masson, S.A, Barcelona 1997.

11. Benazon NR, Ager J, Rosemberg DR. Cognitive behaviour therapy in treatment-native children and adolescents with obsessive-compulsive disorder: an open trial. *Behav Res Ther* 2002; 40 (5): 529-39.

12. March JS, Franklin M, Nelson A, et al. Cognitive behavioural psychotherapy for pediatric obsessive-compulsive disorder. *J Clin Child Psychol* 2001; 30 (1): 8-18.