



Revista Colombiana de Psiquiatría

ISSN: 0034-7450

revista@psiquiatria.org.co

Asociación Colombiana de Psiquiatría
Colombia

Salcedo, Marcela; Vásquez, Rafael; Calvo G., Manuel
Trastorno obsesivo compulsivo en niños y adolescentes
Revista Colombiana de Psiquiatría, vol. 40, núm. 1, marzo, 2011, pp. 131-144
Asociación Colombiana de Psiquiatría
Bogotá, D.C., Colombia

Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=80619286010>

- Cómo citar el artículo
- Número completo
- Más información del artículo
- Página de la revista en redalyc.org

redalyc.org

Sistema de Información Científica
Red de Revistas Científicas de América Latina, el Caribe, España y Portugal
Proyecto académico sin fines de lucro, desarrollado bajo la iniciativa de acceso abierto

Trastorno obsesivo compulsivo en niños y adolescentes

Marcela Salcedo¹
Rafael Vásquez²
Manuel Calvo G.³

Resumen

Introducción: El trastorno obsesivo-compulsivo (TOC) en niños y adolescentes es una enfermedad compleja, que se considera el cuarto trastorno psiquiátrico más común en el mundo, con una relevante morbilidad biopsicosocial y una prevalencia de 1%-3% en la población mundial. De acuerdo con la Organización Mundial de la Salud, ocupa el décimo lugar entre las enfermedades más incapacitantes. **Objetivos:** Revisar en la literatura científica aproximaciones y actualizaciones en la historia natural, curso, diagnóstico y tratamiento en el TOC en niños y adolescentes. **Método:** Búsqueda en las bases de datos PubMed y LILACS desde el 2005. **Resultados:** En Colombia no se encontró presencia de artículos de actualización en este tema; entre tanto, en el ámbito internacional se encontraron resultados aún no concluyentes en los diferentes aspectos de la historia natural, curso, diagnóstico y tratamiento en el TOC en niños y adolescentes. **Conclusiones:** Es un trastorno crónico, con una ansiedad muy intensa, alta comorbilidad y sin predictores de pronóstico precisos. La imagen social de niño perfecto y la de conciencia sobre su padecimiento restringen su atención y mejoría.

Palabras clave: Trastorno obsesivo compulsivo, niños, adolescentes, diagnóstico, historia natural, revisión.

Title: Obsessive-Compulsive Disorder (OCD) in Children and Adolescents

Abstract

Background: Obsessive-compulsive disorder (OCD) in children and adolescents is a complex disease. It is considered the fourth most common psychiatric disorder in the world, with relevant biopsychosocial morbidity and a prevalence of 1-3% of the world population; it is defined by the World Health Organization as the tenth most disabling illness. **Objective:** To review approaches in the scientific literature and updates on natural history, course, diagnosis, and treatment of OCD in children and adolescents. **Method:** Search in PubMed and LILACS databases, from 2005. **Results:** No Colombian update articles dealing with this subject were found

.....
¹ Psiquiatra, Universidad Militar Nueva Granada. Residente de psiquiatría infantil, Universidad del Bosque. Bogotá, Colombia.

² Psiquiatra de niños y adolescentes. Profesor titular de psiquiatría infantil, Universidad Nacional de Colombia y Universidad del Bosque. Bogotá, Colombia.

³ Psiquiatra. Director, Departamento de Psiquiatría, Universidad Nacional de Colombia. Bogotá, Colombia.

and international articles showed inconclusive results on the various topics of natural history, course, diagnosis, and treatment of obsessive compulsive disorder in children and adolescents. Conclusions: This is a chronic disorder with intense anxiety, high comorbidity, and no accurate predictors of prognosis. The social image of the perfect child and the lack of awareness about their condition restricts their care and improvement.

Key words: Obsessive-compulsive disorder, children, adolescents, diagnosis, natural history, review.

El Trastorno obsesivo compulsivo (TOC) es considerado actualmente como parte de las enfermedades complejas, porque su etiología es multifactorial. Abarca aspectos biopsicosociales, presentación clínica heterogénea (se caracteriza por pensamientos recurrentes, intrusivos e incapacitantes y por conductas estereotipadas; estas últimas usualmente se asocian a ansiedad o miedo), y un curso, tal vez, crónico e incapacitante para la persona que lo presenta (con interferencia en los planos social, familiar, y tras un tiempo de padecerlo se altera el rendimiento académico). Es muy laborioso diagnosticar este trastorno, porque predomina la comorbilidad en el motivo de consulta y el paciente no baja inicialmente su rendimiento escolar, que es el indicador de bienestar más sensible en pediatría.

Definición de TOC

EL DSM-IV define el TOC, en niños y adultos, como un trastorno

de ansiedad intensa, con obsesiones recurrentes o compulsiones que consumen gran cantidad de tiempo o causan un marcado malestar o deterioro significativo en el funcionamiento diario; de acuerdo con estudios de campo realizados en adultos por Foa y extrapolados a los niños.

Las obsesiones, los pensamientos, las ideas, las imágenes o los impulsos intrusivos recurrentes causan marcada ansiedad y malestar. Entre los síntomas del TOC, los más comunes se presentan en los niños en la forma de preocupación por la contaminación, por lastimarse a sí mismos o a otros, por la simetría y por la certeza de que algo malo ocurre, u ocurrirá, en caso de que no se cumpla un ritual. Por su parte, las compulsiones son definidas como conductas repetitivas o actos mentales que reducen la ansiedad causada por una obsesión; las que se manifiestan más comúnmente en los niños incluyen el lavado, el chequeo y los rituales de ordenar.

Las conductas repetitivas y perfeccionistas se hallan presentes en los niños como comportamientos normales, y que en algunas ocasiones son difíciles de diferenciar de los rituales anormales relacionados con TOC, los cuales se presentan en un promedio de inicio más tardío y evocan un sentimiento significativamente estresante, egodistónico cuando no se desarrollan; dichos rituales anormales interfieren con la vida del niño y carecen de sentido (1).

A diferencia de los adolescentes, los niños pueden presentar com-

pulsiones sin la percepción de un componente mental; es decir, pueden no acompañarse de obsesiones, lo cual es explicable por la variabilidad en el momento de desarrollo de la capacidad cognitiva, que no les permite a los infantes reconocer sus obsesiones como ideas recurrentes y que les causan malestar, o porque el contenido de estas les causa temor. Los niños que presentan compulsiones elaboran a menudo una gran variedad de reglas precisas en cuanto a la cronología, el orden, la duración o el número de repeticiones de sus actos.

Al evaluar la sintomatología de acuerdo con el grupo de edad se ha reportado que los niños y los adolescentes presentan más a menudo obsesiones de agresión y daño (63% y 69%, respectivamente), en comparación con los adultos (31%). Los adolescentes presentan obsesiones de contenidos religiosos y sexuales más a menudo (36%) que los niños y los adultos (15% y 10%, respectivamente, para las religiosas, y 11% y 24%, para las sexuales).

En cuanto a las compulsiones, se ha observado el atesoramiento hasta en un 30% y un 36% para niños y adolescentes, respectivamente, más que en adultos (18%) (2-4). Inicialmente asisten a profesionales no psiquiatras, como el médico general, consultando por depresión o ansiedad; o al dermatólogo, por eczema o tricotilomanía; al cirujano plástico, por el trastorno dismórfico corporal; al oncólogo, por miedo a

padecer cáncer; al neurólogo, por la presencia de algún tic; por tal motivo, los síntomas permanecen sin detectar, estudiar, ni tratar, y de esta forma la comorbilidad puede dificultar el estudio de la ansiedad y de las obsesiones.

Comienzo de TOC en niños y adolescentes en relación con el género

EL TOC en niños puede comenzar antes, durante y después de la pubertad; presenta diferencias en relación con el género y la comorbilidad; de esta forma, respecto al género, al inicio en la pubertad se presenta menos en los hombres, con una relación hombre-mujer de 1:1,35; durante la prepubertad, por su parte, los hombres son comúnmente más afectados, en una proporción de presentación de 2-3:1; igualmente, la comorbilidad también varía, pues en sus inicios durante la prepubertad se presenta una mayor expresión de forma familiar; particularmente, en la forma de compulsiones de orden, presencia de tics y trastorno de Gilles de la Tourette, en relación con los de inicio en la pubertad, cuando se presentan más alteraciones en el ámbito afectivo (5,6).

Curso e historia natural

El trastorno obsesivo compulsivo es un desorden que presenta características de cronicidad, con estudios

no concluyentes en cuanto al factor principal de esta característica, y en los cuales se han estudiado la edad de inicio temprana, la comorbilidad psiquiátrica y la pobre respuesta al tratamiento, sin que se tenga hasta el día hoy una respuesta contundente.

Un estudio de seguimiento demostró que en un 30% a un 50% de adultos con TOC los síntomas aparecieron antes de los 18 años, asociados a un mayor riesgo de presentación de otros trastornos psiquiátricos comórbidos.

En una investigación financiada por el NIMH los padres de familia reportaron que sus hijos presentaban, desde antes del diagnóstico, microepisodios de TOC y modificación en las diferentes obsesiones o rituales a través del tiempo.

Por otra parte, en un estudio de Hollander *et al.* se mencionó un intervalo de 17 años entre el inicio de los síntomas y la instauración de un tratamiento adecuado (7,8).

Todo lo anterior lleva a concluir que hay disparidad entre las conclusiones de los estudios; probablemente, debido a los diferentes periodos que oscilan entre sí desde la niñez hasta la adultez, asociado ello a la heterogeneidad de las muestras de acuerdo con la severidad de los síntomas, las características socio-demográficas, el tiempo y la duración de los diferentes tratamientos psicofarmacológicos realizados, y la posibilidad de adaptación del paciente y su familia a los síntomas (9-12). Es decir, hay al respecto una

variabilidad muy amplia, indicativo de la necesidad de más estudios enfocados en el curso y la evolución de la enfermedad, partiendo de la posible hipótesis de que el diagnóstico del TOC generalmente es tardío.

TOC y comorbilidad

Los subtipos de inicio temprano y tardío del TOC son indeterminados, y la biología y la validez clínica de estos subtipos son desconocidas. Se define TOC de inicio temprano como aquel que aparece antes de los 10 años, y se considera importante la división en cuanto a que la detección y el tratamiento temprano de la comorbilidad pueden ofrecer mejoría a lo largo de la vida (13).

Por otra parte, en relación con su comorbilidad y su inicio, el TOC prepuberal incluye el trastorno de hiperactividad y déficit de atención (THDA) y tics; además, también se encuentra fuertemente relacionado con agregación familiar; representado por la mitad de los niños y adolescentes con síndrome de Gilles de la Tourette el desarrollo de TOC; y la presencia del 60% de los niños y adolescentes que acuden a buscar tratamiento por TOC, han referido historia de trastornos por tics a lo largo de la vida (14).

El TOC de inicio en la pubertad o después de ella presenta comorbilidad con depresión y ansiedad, aunque esto varía de acuerdo con los diferentes estudios, lo cual, en cierta forma, confirma su constructo

de heterogeneidad, con variaciones sociodemográficas que se evidenciaron en un estudio de gran envergadura, como es el de NIMH, el cual reporta: las fobias 17%, trastornos adaptativos con ánimo depresivo 13%, trastorno oposicional 11%, trastorno de conducta 7%; trastorno de ansiedad de separación 7% y enuresis/encopresis 4%. Por otra parte, en la población colombiana, según un primer estudio descriptivo publicado sobre el TOC en niños, se reporta la distimia en un 24% de los casos, seguida del trastorno por somatización (incluido en otros); en tercer lugar están los tics (16%), y, por último, la ansiedad generalizada (8%); en el 92% de pacientes no se halló comorbilidad (15), lo cual corrobora la diversidad de expresión clínica y comorbilidad presentada en niños con TOC, a pesar del tamaño de la muestra, pero también se demuestra en otros estudios multicéntricos.

Independientemente de lo anterior, es importante enfatizar que los casos de TOC que se atienden en los ambientes psiquiátricos para niños y adolescentes siempre tienen comorbilidad, lo cual induce un sesgo, pues se trata de casos severos, pero no se tiene noticia de lo que sucede con los pacientes de menor severidad; los autores de la presente investigación sospechan a ese respecto que las obsesiones son más evidentes, y que la comorbilidad deforma menos los síntomas nucleares.

Epidemiología

Algunos estudios epidemiológicos sugieren que el TOC es el cuarto desorden psiquiátrico más común en el mundo, con una relevante morbilidad biopsicosocial.

La prevalencia de TOC en la población mundial está entre el 1% y el 3%, ante lo cual es considerado por la Organización Mundial de la Salud (OMS) como la décima enfermedad más incapacitante; se presume que alrededor del 80% de todos los casos de TOC se inician durante la niñez y la adolescencia, a edades entre los 7 y los 12 años, y estudios comunitarios en niños y adolescentes han demostrado una prevalencia a lo largo de la vida para entre el 1% y el 2,3% de los casos (2,6,16,17).

Manifestaciones clínicas

El TOC presenta una expresión clínica heterogénea, plasmada adecuadamente en el DSM IV, pero que se afina con la clasificación de diferentes subtipos, dentro de los cuales está la clasificación dimensional de Leckman, quien describió cuatro subtipos o factores importantes:

1. Obsesiones sexuales, agresivas, religiosas y somáticas con revisión.
2. Simetría con orden, conteo y repetición.
3. Contaminación con limpieza o lavado.
4. Atesoramiento.

La diferencia entre estas manifestaciones, sin embargo, no siempre es fácil de observar para el clínico: sólo suelen distinguirse cuando presentan una interferencia de moderada a severa.

La descripción de estos subtipos clínicos ha permitido realizar diversos estudios, los cuales han demostrado que estos factores se caracterizan por manifestaciones clínicas específicas relacionadas con el género, la edad de inicio, tics comórbidos y los rasgos de la personalidad, y todos ellos, mediados, a su vez, por patrones relativamente distintos de activación de circuito frontoestriato-talámico, que representan predictores de respuesta a los inhibidores de recaptación de la serotonina, y, finalmente, se relacionan con diferentes patrones de transmisión genética, donde pueden ser asociados, a su vez, con susceptibilidad específica, lo cual ha constituido uno de los mayores aportes para la realización de fenotipos más homogéneos, basados en estas dimensiones, para la realización de futuros estudios genéticos, de nosología diagnóstica y de tratamiento (18-20).

Etiología

Tal como se dijo antes, el TOC es una enfermedad compleja y con diversidad de causas, las cuales se resumen de la siguiente forma:

1. Factores genéticos

El TOC es un desorden neuropsiquiátrico altamente heredable, según

estudios que reportan la influencia genética en un promedio del 45% al 65% de los casos, y que involucran a genes de los sistemas de serotonina y de dopamina, al igual que los genes de glutamato; sin embargo, los resultados de dichos estudios no han sido consistentemente replicados.

Por otra parte, se observa una prevalencia del 7% al 17% en familiares de primer grado; algunas investigaciones en gemelos muestran una alta concordancia del 80% al 90% en los monoigóticos, y del 50% en los dizigóticos; no obstante, la transmisión en los monoigóticos ha demostrado ser incompleta, y hasta indicativa de que factores ambientales como complicaciones al nacimiento y otras vulnerabilidades fisiológicas pueden tener significancia en el desarrollo del TOC. Uno de los más promisorios hechos dentro del pequeño grupo de candidatos es el del cromosoma 9 (9p24), una región que ha sido vinculada con el TOC en dos estudios de genoma ampliado, sobre familias diferentes con múltiples familiares afectados (21,22).

2. Factores neuropsicológicos

En pruebas neuropsicológicas se ha reportado, particularmente, alteraciones en la habilidad visoespacial y en la memoria no verbal; ello bien podría relacionarse con la disfunción del circuito frontoestriatal; sin embargo, se trata de alteraciones que también se han documentados en pacientes con THDA, lo cual indica

algunos grados de vecindad neurobiológica entre estas dos patologías (8).

3. Factores de alteración evidentes en imágenes cerebrales

Las aproximaciones de imágenes cerebrales no invasivas bien podrían ser prometedoras en cuanto a fortalecer el entendimiento no sólo del desarrollo cerebral, sino, también, el del crecimiento neurobiológico de desórdenes neuropsiquiátricos de inicio en la niñez, los cuales hasta el momento actual soportan la disfunción frontal-estriatal-talámico (8).

TOMOGRAFÍA AXIAL COMPUTARIZADA (TAC)

Se ha reportado, gracias a ella, una disminución del volumen bilateral en el núcleo caudado, así como cambios estructurales en los ganglios basales, lo cual coincide con la sintomatología obsesivo-compulsiva durante la adolescencia.

TOMOGRAFÍA POR EMISIÓN DE POSITRONES (TEP)

En adultos ha sugerido un incremento en el metabolismo del giro orbital y la cabeza del núcleo caudado, mientras que en sujetos con edad de aparición en la adolescencia ha servido para reportar un incremento en el metabolismo en las regiones orbitofrontal izquierda y sensoriomotriz derecha, así como

en el giro del cíngulo anterior y la prefrontal bilateral.

RESONANCIA MAGNÉTICA FUNCIONAL

En estudios realizados con este recurso de por medio se ha evidenciado que en el paciente con TOC hay una presentación reducida de la activación a la altura de la corteza orbitofrontal derecha, el tálamo y el ganglio basal, en comparación con los controles, todo lo cual podría justificarse por alteraciones de la inhibición en los pacientes con TOC, adyacentes a las conductas repetitivas que caracterizan la enfermedad; ello ha sido correlacionado, significativamente, con la severidad de síntomas del TOC, pero no con la depresión ni la ansiedad, y de esta forma se demuestra que la sola disfunción de la corteza orbitofrontal no es suficiente para explicar las bases neuronales del TOC (4).

Diagnóstico

El diagnóstico es, definitivamente, clínico; en esta experiencia de enfermedad existen tres dimensiones: el malestar (*illness*), o la experiencia subjetiva —el hecho de sentirse enfermo, la vivencia individual ante la enfermedad—; la dolencia (*sickness*), o la evaluación social de la condición del enfermo —ser considerado como enfermo— y el hecho de enfermarse (*disease*), dado por la ciencia médica oficial —tener una enfermedad ya definida en una clasificación nosológica—.

Estas tres narrativas proceden de observadores diferentes, de cada signo o síntoma de los que deben ser tenidos en cuenta para realizar el diagnóstico (23).

En los criterios del DSM IV-R se requiere la presencia de ansiedad, obsesiones y compulsiones que causen deterioro en términos de marcada disfunción, tiempo consumido (más de una hora por día) o una interferencia significativa en la vida cotidiana y académica, y en el funcionamiento social lo suficientemente intensa como para buscar ayuda médica; sin embargo, por su desarrollo cognitivo, el criterio que permite reconocer los síntomas como exagerados o irracionales no es aplicable en población pediátrica (1).

En los niños permanece como una entidad con riesgo de ser subdiagnosticada y no tratada, lo cual se puede explicar por distintas razones:

- Por la ausencia de una definición clara y la presentación de síntomas heterogéneos.
- Por ser síntomas considerados como de internalización; es decir, “el paciente es quien sufre, pero prefiere callar”, y que no son vistos por las personas que rodean al paciente: por lo general, los padres lo evidencian sólo meses después de iniciado el problema; padres y profesores sólo lo evidencian tempranamente en casos de gran severidad.
- Porque, generalmente, el rendimiento académico no baja,

y dicho rendimiento es considerado, precisamente, como el indicador más confiable de bienestar en los menores.

- Por la pobre conciencia de la existencia de enfermedad, aun ante la presencia de los síntomas.
- Por un diagnóstico incorrecto, ante la aceptación y la acomodación de los síntomas en el medio biopsicosocial.
- Por la ausencia de variables muy sensibles para hacer el seguimiento, lo cual ha generado carencia de formas definidas para hacerlo.
- Por la presencia de comorbilidad que deforma el diagnóstico del TOC.
- Por la posibilidad de estar frente a un espectro donde existen varias patologías candidatas, como lo son el trastorno dismórfico corporal, la hipocondría y la tricotilomanía.
- Porque la familia considera que su niño no está enfermo, pues él “es perfecto”; es decir, porque desde niño es como un adulto de corta estura.

Las recomendaciones en la evaluación del TOC de acuerdo con la medicina basada en la evidencia incluyen:

1. Establecimiento de un diagnóstico.
2. Diagnósticos diferenciales.
3. Condición psiquiátrica comórbida de evaluación.

4. Interferencia en el desempeño cotidiano del niño.
5. Severidad de síntomas con determinación de funcionamiento psicosocial y evolución de mejoría clínica.

Predictores de respuesta al tratamiento de TOC en niños

La mayoría de estudios no provee datos suficientes para cuantificar resultados en cuanto al género, la edad de inicio y la duración de la enfermedad, ninguno de los cuales demuestra ser un factor asociado a respuesta a un tratamiento con psicoterapia cognitivoconductual, farmacoterapia o su combinación.

Adicionalmente, la comorbilidad y los factores psicofisiológicos y familiares son características a las que pocos estudios han evaluado como predictores de la respuesta a tratamiento; los datos al respecto son limitados y no concluyentes.

A pesar de lo anterior, los estudios con endofenotipos pueden ser significativos en análisis de genética, tales como dimensiones de síntomas, o para intentar fraccionar el trastorno dentro de subcategorías, como la edad de inicio temprano, o por asociación con comorbilidad asociada.

El único factor que ha mostrado relación como un predictor significativo de respuesta a tratamiento ha sido la severidad de los síntomas del TOC (2,24-26). Este último es un dato que aporta poco a los clínicos.

La interferencia

Las interferencias por el TOC están representadas por el marcado malestar, consumo y severidad en el tiempo; logran causar un substancial deterioro social, académico y familiar. Los estudios de Piacentini *et al.* encontraron que los dos problemas más comunes relacionados con el TOC fueron una mala concentración en la escuela y una baja habilidad para concluir tareas. Además, los casos de inicio en la infancia manifiestan un deterioro importante en varias áreas funcionales y un mayor deterioro cuando llegan a la edad adulta sin tratamiento, a diferencia de quienes inician el padecimiento a una edad más tardía (27).

Tratamiento

El tratamiento del TOC en niños y adolescentes se fundamenta en las características individuales de cada sujeto, que incluyen la severidad de los síntomas, la comorbilidad, la personalidad y el impacto del padecimiento en el menor y en su familia, así como el nivel de desarrollo y el funcionamiento adaptativo.

En primer lugar, los objetivos deberán centrarse en la reducción de síntomas ansiosos, con el fin de trabajar en pro de la concientización de los síntomas en el menor. Este es un primer paso que no se menciona en los diferentes esquemas farmacológicos publicados. Posteriormente, como segundo objetivo,

hay que reducir de la severidad de los síntomas obsesivos compulsivos. El tercer objetivo es la reducción de las interferencias en los planos social, familiar y académico. Como cuarto objetivo se encuentra el alivio de la comorbilidad.

El tratamiento ideal debería contar con parámetros claros de psicoeducación, entrenamiento conductual para padres, terapia cognitivo-conductual y psicofármacos (28).

En cuanto a la psicoeducación, existen tres objetivos claros:

1. Explicar que el TOC es una enfermedad, no una debilidad en el carácter ni una fase en el desarrollo del niño o del adolescente.
2. Educar al niño o adolescente y a su familia acerca del TOC, ofreciéndoles estrategias de afrontamiento efectivas contra los síntomas.
3. Inspirar confianza y esperanza, pues la desesperanza es, justamente, el sentimiento principal que presentan los familiares después de escuchar y enfren-
tar el diagnóstico (9).

Psicoterapia

La terapia cognitivo-conductual (TCC)

Partiendo de la teoría cognitiva, la cual postula que la disfunción cognitiva juega un rol en el mantenimiento o la etiología del TOC (1),

el tratamiento con terapia cognitivo-conductual (TCC) ha mostrado evidencia de respuesta y mejoría en la cronicidad del TOC, y se la recomienda en niños prepuberales y para adolescentes, combinada con fármacos.

La primera línea de aproximación incluye, además de la prevención de respuesta con exposición, otros componentes, tales como: psicoeducación, entrenamiento cognitivo, y manejo de la ansiedad (que involucra a padres y familiares) (2). Se enfoca, fundamentalmente, en modificar emociones y conductas, a través de cambios en la forma de pensar, la exposición al estímulo y la respuesta preventiva (específicamente, la exposición del paciente a los precipitantes de sus obsesiones y compulsiones, con prevención de respuesta) (3,29).

Además, se efectúa la entrevista motivacional, la cual hace parte de la TCC, y es un modelo de intervención terapéutica usado para ayudar al paciente a que resuelva su ambivalencia, y para promover la motivación hacia el cambio, lo cual puede permitir una reducción en la resistencia al tratamiento (30,31).

TCC grupal

En estudios controlados en niños y adolescentes con trastornos de ansiedad (tales como el trastorno de ansiedad generalizada y separación, la fobia social, el TOC y el estrés postraumático) se ha demostrado,

gracias a la TCC grupal una mejoría sintomática, una menor recaída en el seguimiento a nueve meses, en relación con cuando se realiza únicamente manejo farmacológico; además, la TCC grupal fortalece la adherencia al tratamiento; más aun, cuando se involucra en éste a los padres (5).

Farmacoterapia

En niños y adolescentes con TOC esta alternativa ha sido considerada más a menudo que en cualquier otro trastorno de ansiedad (2,3,32). Incluye dos líneas:

Primera línea: ansiolíticos

ANTIISTAMÍNICOS

En estudios realizados en monos se ha evidenciado que la clorfeniramina, antihistamínico tradicional, reduce los ataques de pánico, las fobias, las alteraciones del ánimo y los efectos terapéuticos independientes del bloqueo del receptor H1 de histamina; al parecer, dicho antihistamínico surte tal efecto al inhibir la recaptación de serotonina, lo cual puede explicar el efecto ansiolítico, pues se produce un incremento en función de la serotonina; ello se produce, al menos en parte, a la altura de la corteza prefrontal. Además, en la práctica clínica se evidencia que la clorfeniramina causa una mejoría en los procesos de atopia y de las alteraciones comórbidas del patrón

de sueño, efectos ya evidenciados en 1969 por el nobel Arvid Carlsson, y comparados con antidepresivos como la amitriptilina y la imipramina (33).

BENZODIACEPINAS

Presentan como ventaja su rápido inicio de acción, con múltiples estudios en población adulta que demuestran respuesta adecuada; sin embargo, en cuanto a niños y adolescentes no hay estudios concluyentes que indiquen una adecuada respuesta, ni en los diferentes estudios realizados en TOC son presentados como de primera línea.

Segunda línea: inhibidores de receptación de serotonina (ISRS)

Han sido beneficiosos en el tratamiento de inicio del TOC en la infancia; la clomipramina estuvo entre los primeros inhibidores de receptación de serotonina (ISRS) que fueron usados en niños y adultos con TOC, a pesar de no ser un medicamento selectivo. Posteriormente a éste se han realizado múltiples estudios con otros ISRS, en los cuales se indica su alta respuesta en el tratamiento de esta condición, pero no se menciona el efecto inicial que causan, de inquietud motora y ansiedad, ya de antemano presentes en el paciente.

Según diversos estudios sobre los ISRS, que incluyen la fluoxetina, la fluvoxamina, la sertralina y la pa-

roxetina, todos ellos, comparados con la clomipramina, tienen menos efectos adversos, tal como lo muestran diversos estudios multicéntricos.

Aún no está claramente definido en los estudios consultados cómo es exactamente el uso combinado de los ansiolíticos y los ISRS; con seguridad, se comienza con los primeros, y luego se suministran los antidepresivos, pero no está definido de manera contundente en qué momento, ni con cuál criterio ni hasta cuándo.

Conclusiones

El TOC es una enfermedad compleja, influenciada por factores genéticos y ambientales que, posiblemente, interactúan entre ellos, y que pueden interferir en el polimorfismo y el riesgo de desarrollar dicha patología en una persona previamente vulnerable. Tal vulnerabilidad genética ha sido estudiada principalmente por análisis de asociación, y de genoma ampliado, con resultados prometedores para estudios de replicación independiente.

La imagen social del niño con alto rendimiento académico, que se comporta como un adulto pequeño, hace difícil la atención del paciente, pues nadie, incluyendo al mismo paciente, percibe la situación como la propia de un enfermo.

En cuanto a lo descrito en la literatura científica, se presentan limitaciones en la pobre crítica que se realiza a la falta de conciencia sobre

los síntomas en niños y adolescentes como un factor central; igualmente, no destaca en dicho material la dificultad de los padres para entender que un niño de alto rendimiento escolar, sin quejas disciplinarias y sin amigos esté enfermo. Estos factores permiten la acomodación del paciente y de su familia a convivir con los síntomas del TOC.

Los enfoques en la realización del diagnóstico evidencian vacíos en relación con la aparición temprana, lo cual dificulta diseñar el tratamiento, tanto como lo hacen las interferencias que presenta el menor en los planos social, familiar y académico, y la manera como se describe, se mide y se observa al paciente durante la fase del diagnóstico.

En cuanto a los esquemas de tratamiento, como primera línea en los diferentes estudios se comienza señalando los antidepresivos, lo cual no concuerda con la práctica en donde se evidencia que son los ansiolíticos los señalados, aunque la verdadera urgencia del paciente son los antidepresivos, pues mejoran los síntomas de las obsesiones, y estas son, a su vez, el segundo objetivo de tratamiento, además de intensificar la ansiedad ya presente en el paciente, como se menciona previamente en el artículo.

Otro punto central durante la evaluación del paciente es la presencia de comorbilidad, que se reconoce como parte fundamental y en la práctica clínica en un gran porcentaje de casos, al presentarse como el motivo

de consulta que se va a diagnosticar; si no se da ese paso, se pierde la oportunidad de descartar o confirmar en el paciente un TOC, lo que es el origen casi seguro de su sufrimiento.

Finalmente, no hay acuerdo entre los médicos sobre la forma de estudiar la interferencia; este campo será objeto de análisis y pruebas por parte de este equipo investigador en futuras publicaciones.

Referencias

1. Vargas Álvarez LA, Palacios Cruz L, González Thompson G, et al. Trastorno obsesivo compulsivo en niños y adolescentes: una actualización. Primera parte. *Salud Mental*. 2008;31:173-9.
2. Geller DA. Obsessive-compulsive and spectrum disorders in children and adolescents. *Psychiatr Clin North Am*. 2006;29:353-70.
3. Vásquez R, Rodríguez E, Martín Cardinal E, et al. Factores de pronóstico en trastorno obsesivo compulsivo en niños y adolescentes. *Rev Colomb Psiquiatr*. 2003;32:249-59.
4. Kalra SK, Swedo SE. Children with obsessive-compulsive disorder: are they just "little adults"? *J Clin Invest*. 2009;119:737-46.
5. Nicolini H, Orozco B, Giuffra L, et al. Age of onset, gender and severity in obsessive-compulsive disorder: a study on a Mexican population. *Salud Mental*. 1997;20:1-4.
6. Geller DA, Biederman J, Faraone S, et al. Developmental aspects of obsessive compulsive disorder: findings in children, adolescents, and adults. *J Nerv Ment Dis*. 2001;189:471-7.
7. Hollander E, Kwon JH, Stein DJ, et al. Obsessive-compulsive and spectrum disorders: overview and quality of life issues. *J Clin Psychiatry*. 1996;57:3-6.
8. Rueda-Jaimes GE, Díaz-Martínez LA, Escobar-Sánchez M, et al. Validación del Inventario de Obsesiones de Leyton, versión corta, en niños y adolescentes de Bucaramanga (Colombia). *Aten Primaria*. 2007;39:75-80.
9. Micali N, Heyman I, Pérez M, et al. Long-term outcomes of obsessive-compulsive disorder: follow-up of 142 children and adolescents. *Br J Psychiatry*. 2010;197:128-34.
10. Ulloa RE, Nicolini H, Ávila M, et al. Age onset subtypes of obsessive compulsive disorder: differences in clinical response to treatment with clomipramine. *J Child Adolesc Psychopharmacol*. 2007;17:85-96.
11. Masi G, Miliepièdi S, Perugi G, et al. Pharmacotherapy in paediatric obsessive-compulsive disorder: a naturalistic, retrospective study. *CNS Drugs*. 2009;23:241-52.
12. Eisen JL, Pinto A, Mancebo MC, et al. A 2-year prospective follow-up study of the course of obsessive-compulsive disorder. *J Clin Psychiatry*. 2010;71:1033-9.
13. Janowitz D, Grabe HJ, Ruhmann S, et al. Early onset of obsessive-compulsive disorder and associated comorbidity. *Depress Anxiety*. 2009;26:1012-7.
14. Vargas Álvarez LA, Palacios Cruz L, González Thompson G, et al. Trastorno obsesivo compulsivo en niños y adolescentes: una actualización. Segunda parte. *Salud Mental*. 2008;31:283-9.
15. Vásquez R, Ortiz JJ, Rodríguez-Losada J, et al. TOC en niños y adolescentes. *Rev Colomb Psiquiatr*. 1999;28:99-110.
16. Castillo AR, Buchpiguel CA, de Araújo LA, et al. Brain SPECT imaging in children and adolescents with obsessive-compulsive disorder. *J Neural Transm*. 2005;112:1115-29.
17. Asbahr FR, Castillo AR, Ito LM, et al. Group cognitive-behavioral therapy versus sertraline for the treatment of children and adolescents with obsessive-compulsive disorder. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. 2005;44:1128-36.
18. Delorme R, Bille A, Betancur C, et al. Exploratory analysis of obsessive compulsive symptom dimensions in children and adolescents: a prospective follow-up study. *BMC Psychiatry*. 2006;6:1.

19. Stewart SE, Rosario MC, Baer L, et al. Four-factor structure of obsessive-compulsive disorder symptoms in children, adolescents, and adults. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. 2008;47:763-72.
20. Mataix-Cols D, Nakatani E, Micali N, et al. Structure of obsessive-compulsive symptoms in pediatric OCD. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. 2008;47:773-8.
21. Walitza S, Wendland JR, Gruenblatt E, et al. Genetics of early-onset obsessive-compulsive disorder. *Eur Child Adolesc Psychiatry*. 2010;19:227-35.
22. Hemmings SM, Stein DJ. The current status of association studies in obsessive-compulsive disorder. *Psychiatr Clin North Am*. 2006;29:411-44.
23. Cortés Duque C, Uribe CA, Vásquez R. Etnografía clínica y narrativas de enfermedad de pacientes afectados con trastorno obsesivo-compulsivo. *Rev Colom Psiquiatr*. 2005;34:190-219.
24. Ginsburg GS, Kingery JN, Drake KL, et al. Predictors of treatment response in pediatric obsessive-compulsive disorder. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. 2008;47:868-78.
25. García AM, Sapyta JJ, Moore PS, et al. Predictors and moderators of treatment outcome in the Pediatric Obsessive Compulsive Treatment Study (POTS I). *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. 2010;49:1024-33.
26. Storch EA, Larson MJ, Muroff J, et al. Predictors of functional impairment in pediatric obsessive-compulsive disorder. *J Anxiety Disord*. 2010;24:275-83.
27. Piacentini J, Bergman RL, Keller M, et al. Functional impairment in children and adolescents with obsessive-compulsive disorder. *J Child Adolesc Psychopharmacol*. 2003;13:S61-9.
28. Freeman JB, Choate-Summers ML, García AM, et al. The Pediatric Obsessive-Compulsive Disorder Treatment Study II: rationale, design and methods. *Child Adolesc Psychiatry Ment Health*. 2009;3:4.
30. Freeman JB, García AM, Coyne L, et al. Early childhood OCD: preliminary findings from a family-based cognitive-behavioral approach. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. 2008;47:593-602.
31. Merlo LJ, Storch EA, Lehmkuhl HD, et al. Cognitive behavioral therapy plus motivational interviewing improves outcome for pediatric obsessive-compulsive disorder: a preliminary study. *Cogn Behav Ther*. 2010;39:24-7.
32. Storch EA, Merlo LJ, Larson MJ, et al. Impact of comorbidity on cognitive-behavioral therapy response in pediatric obsessive-compulsive disorder. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. 2008;47:583-92.
33. Masi G, Millepiedi S, Mucci M, et al. A naturalistic study of referred children and adolescents with obsessive-compulsive disorder. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. 2005;44:673-81.

Conflictos de interés: Los autores manifiestan que no tienen conflictos de interés en este artículo.

*Recibido para evaluación: 15 de octubre del 2010
Aceptado para publicación: 20 de diciembre del 2010*

Correspondencia
Rafael Vásquez
Universidad Nacional de Colombia
Bogotá, Colombia
ravasquezr@bt.unal.edu.co