



EL TRASTORNO OBSESIVO COMPULSIVO (TOC) EN LA INFANCIA Y ADOLESCENCIA

Alicia Gómez Peinado, Paloma Cano Ruiz, Marta Lucas Pérez-Romero, Patricia Romero Rodenas, María Teresa Tolosa Pérez, Araceli Martínez Carrascosa.

alicia.gpeinado@gmail.com

Trastorno obsesivo compulsivo, infancia, adolescencia.

RESUMEN

Varón de 17 años con antecedentes de estreñimiento y fisuras anales, sin antecedentes psiquiátricos, que acude a urgencias por rectorragia. En la exploración, se evidencia prolapso rectal que precisa de reducción manual por parte de Cirugía General. Asimismo, se observan manos con piel agrietada y heridas. El paciente refiere en la entrevista que pasa hasta diez horas al día, a días alternos, sentado en el wc con intención de defecar y eliminar todas las heces. No puede evitarlo pues, si no lo hace, tiene miedo de sentir necesidad de defecar cuando se encuentre fuera de casa, lo que le angustia. Ha eliminado la fibra de su alimentación y no acude a clase. Igualmente, reconoce lavarse las manos hasta cincuenta veces al día y tener un ritual para ducharse, actividad en la que emplea unas dos horas y gasta 1L de gel. Se realizó diagnóstico de TOC y se procedió a ingreso en la Unidad de Salud Mental Infanto-Juvenil de referencia.

El TOC es una de las patologías más incapacitantes, su origen es multifactorial y su diagnóstico llega a demorarse hasta diez años tras los primeros síntomas. La mayoría de pacientes diagnosticados reconoce haber presentado síntomas desde la infancia o adolescencia, época en la que no obstante algunos rituales o comportamientos repetitivos se consideran normales según el momento evolutivo. El tratamiento más eficaz continúa siendo la psicoterapia junto con ISRS. La importancia de un diagnóstico correcto y precoz es fundamental, mayor aún en estas franjas de edad.

INTRODUCCIÓN

El Trastorno Obsesivo Compulsivo (TOC en adelante) es una patología mental de curso crónico e invalidante. Según la OMS el TOC ocupa, de hecho, el décimo lugar entre las enfermedades más incapacitantes. Ya se encuentran referencias a esta patología en el s. XVII en el campo de la literatura general, recogándose por primera vez en la literatura psiquiátrica a finales del siglo XIX. Tradicionalmente considerado en el ámbito de lo psicótico, fue con Janet y Freud cuando comenzó a encuadrarse en el marco de lo neurótico.

Las cifras de prevalencia del TOC varían en función de la fuente consultada, pero podríamos decir que, en general, se considera que oscila entre el 2 y el 3% de la población general.

EL TRASTORNO OBSESIVO COMPULSIVO (TOC) EN LA INFANCIA Y ADOLESCENCIA

MATERIAL Y MÉTODO

Para la realización de este trabajo, se ha recogido un caso clínico y realizado una revisión bibliográfica, utilizándose varios libros y artículos encontrados en bases de datos científicas.

CASO CLÍNICO

Se trata de un varón de 17 años que acude a Urgencias por rectorragia. Entre sus antecedentes personales destacan un hábito estreñido y antecedentes de fisura anal. No refería antecedentes psiquiátricos. Hijo único, presentó desarrollo evolutivo normal. Completó hasta 4º de ESO, abandonando el instituto en 1º de Bachillerato. En el momento de la urgencia, preparaba prueba de acceso al módulo de Técnico de Animación de Actividades Físicas y Deportivas (TAFAD). Niega consumo de tóxicos. Tanto su madre como su padre estaban en tratamiento por síndrome ansioso-depresivo. Ambos tenían estudios superiores.

En Urgencias, refiere hallazgo de sangre roja en la taza del wc acompañado de episodio de dolor anal agudo de gran intensidad mientras intentaba defecar. En la exploración, se observa un prolapso rectal que precisó reducción manual por Cirugía General. Además, en el dorso de ambas manos se observaban grietas y heridas que el paciente atribuía a lavarse las manos unas cincuenta veces al día.

Se realizó interconsulta a Psiquiatría. El paciente se describía como "maniático" desde siempre, con conductas de lavado y comprobación desde la infancia. Presentaba obsesiones de contaminación y limpieza con compulsiones de lavado (en la ducha empleaba más de una hora y un litro de gel al día, además del citado lavado de manos) además de permanecer sentado en el wc más de diez horas al día para defecar. Esta conducta la mantenía a días alternos, explicando que, los días que le "tocaba", debía limpiarse por dentro lo máximo posible para asegurarse que los días que seguían a éstos podrían hacer vida sin que le entraran ganas de defecar. Llegaba, cuando se duchaba, a introducir parte de la toalla por el ano para "limpiarse mejor". Todas estas compulsiones impedían, como puede deducirse, la realización de una rutina normalizada, habiendo abandonado hacía un año la asistencia a clase. Había disminuido la ingesta y dejado de comer alimentos con fibra, con pérdida de 12kg de peso en los 2 meses previos a la consulta en urgencias. Se cursó ingreso en la Unidad de Hospitalización Breve Infanto-Juvenil de referencia con impresión diagnóstica de TOC.

Durante el ingreso, se pusieron pautas para la ducha y uso del wc a la vez que se realizó cambio en la dieta hacia la normalización de la misma y se motivó un consumo adecuado de agua, que se observó también era deficiente. Asimismo, se aumentó la dosis de fluvoxamina hasta 100mg/12h y se pautó lorazepam (0.5mg/8h más 0.5 ó 1mg si ansiedad elevada).

Al inicio, el paciente cumplía, no sin incremento en su ansiedad basal, las pautas que se le habían puesto. No obstante, posteriormente inició actitud chulesca y negativista, retardadora, con faltas de respeto hacia el personal, centró su interés en recibir un permiso al domicilio en el menor tiempo posible para ver a su familia y amigos y, pese al abordaje multiprofesional, no

EL TRASTORNO OBSESIVO COMPULSIVO (TOC) EN LA INFANCIA Y ADOLESCENCIA

se consiguió un cambio en la actitud. Además, refería no estar preocupado por la clínica obsesiva-compulsiva ni la repercusión de la misma en su funcionamiento normalizado, los problemas físicos que también le estaba provocando...

Finalmente, de acuerdo con los padres y, viendo la evolución, se optó por dar permiso terapéutico con pautas en domicilio y realizar revisión. Se realizaron un total de tres antes de dar el alta definitiva para seguimiento en consultas externas por Psiquiatría y Psicología Clínica. El paciente respetaba parcialmente las pautas indicadas, pero mantenía cierto progreso. La conciencia de enfermedad era nula. El diagnóstico fue, como puede deducirse de todo lo anterior, el de Trastorno obsesivo compulsivo con poca introspección (F42 de la CIE-10).

DISCUSIÓN

TOC: definición y diagnóstico

El TOC es un trastorno que cursa con gran ansiedad en relación a obsesiones recurrentes y/o compulsiones que requieren al paciente gran cantidad de tiempo o causan marcado malestar o deterioro significativo en el mismo. Su diagnóstico es clínico, pudiéndose utilizar algunas escalas valorar su gravedad.

Desde la introducción del DSM-5, el TOC se encuadra fuera de los trastornos de ansiedad, en una categoría propia, "Trastorno obsesivo-compulsivo y trastornos relacionados", que incluye TOC, trastorno dismórfico corporal, trastorno de acumulación, tricotilomanía, trastorno de excoriación, TOC y trastornos relacionados inducidos por sustancias/medicamentos, TOC y trastornos relacionados especificados, y otros TOC y trastornos relacionados no especificados. No obstante, sigue manteniendo una estrecha relación en el manual con los trastornos de ansiedad, con los que es muy frecuentemente comórbido.

Actualmente, los criterios diagnósticos de TOC son, según el DSM-5:

- Presencia de obsesiones, compulsiones o ambas:
 - Las obsesiones se definen por (1) y (2):
 - Pensamientos, impulsos o imágenes recurrentes y persistentes que se experimentan como intrusas o no deseadas, y que suelen causar ansiedad/malestar importante.
 - El sujeto intenta ignorarlas, suprimirlas o neutralizarlas con algún otro pensamiento o acto.
 - Las compulsiones se definen por (1) y (2):
 - Comportamientos o actos mentales repetitivos que el sujeto realiza como respuesta a una obsesión o por reglas que ha de aplicar de manera rígida.
 - Su objetivo es prevenir o disminuir la ansiedad/malestar, o evitar algún suceso o situación temida.

EL TRASTORNO OBSESIVO COMPULSIVO (TOC) EN LA INFANCIA Y ADOLESCENCIA

- Las obsesiones o compulsiones requieren mucho tiempo o causan malestar clínicamente significativo o deterioro en lo social, laboral u otras áreas importantes del funcionamiento.
 - Los síntomas no se pueden atribuir a los efectos fisiológicos de una sustancia o a otra afección médica.
 - La alteración no se explica mejor por los síntomas de otro trastorno mental.
- Debe especificarse, además, el grado de introspección, y si hay o no historia de trastorno de tics, con los que la comorbilidad también es frecuente.

Epidemiología

Si bien en adultos es igual de frecuente en ambos sexos, en la infancia y adolescencia es más prevalente en varones, al producirse en este sexo un inicio más temprano. Se estima que aproximadamente el 20% de TOC se inicia antes de los 15 años y hasta el 50-60% antes de los 20 años, siendo raro el debut después de los 35. La etiología del TOC es multifactorial, pudiéndose diferenciar en la misma factores biológicos, conductuales y psicosociales.

Clínica: inicio y características en la población infanto-juvenil

Es frecuente que los síntomas de TOC se inicien en la adolescencia, incluso en la infancia. No obstante, es también habitual que se produzca un retraso en el diagnóstico de dicha patología por varios motivos: por un lado, en los niños más pequeños no existe generalmente la creencia de que sus obsesiones son exageradas o ilógicas y a menudo se produce una normalización de la clínica por las familias, que en ocasiones promueven inconscientemente la continuación de la clínica; por otro, niños más mayores o adolescentes pueden presentar sentimientos de vergüenza respecto a las obsesiones y compulsiones al tener conciencia de la irracionalidad de ambas.

No tenemos que perder de vista que, en la infancia y adolescencia, es normal la existencia de conductas repetitivas y reiteradas. Según Kessler, la edad de 2 años, el periodo comprendido entre los 7 y 8 y el inicio de la adolescencia, constituyen periodos de máxima frecuencia de comportamientos repetitivos. Por esto, la descripción sintomática y el establecimiento o no de un diagnóstico deben hacerse siempre ligados al contexto y teniendo en cuenta el momento evolutivo, ya que cualquier manifestación estereotipada o ritualizada puede ser considerada normal o anormal en función del momento.

Algunos aspectos a tener en cuenta para distinguir los rituales normales de los patológicos podrían ser:

- El ritual obsesivo-compulsivo va acompañado de ansiedad; el ritual normal es experimentado como placentero, como experiencia lúdica.
- La interrupción del ritual obsesivo produce irritabilidad y desencadena la agresividad del niño; la interrupción del ritual normal no las provoca.

EL TRASTORNO OBSESIVO COMPULSIVO (TOC) EN LA INFANCIA Y ADOLESCENCIA

- El ritual obsesivo interfiere en la organización de la vida cotidiana, en el funcionamiento corriente del niño e incluso en su desarrollo general; el ritual normal carece de consecuencias negativas.
- El ritual obsesivo suele ser finalista, en el sentido de suprimir o mitigar, mediante su práctica, sentimientos, actos o cualquier otro fenómeno negativo; el ritual normal sólo tienen finalidad lúdica o práctica.
- El ritual obsesivo suele ser juzgado como un perturbador por padres y maestros; el ritual normal no es percibido así.

Curso

En cuanto al curso del TOC, en general se acepta que es crónico con fluctuación en los síntomas. Empeora con el estrés. En el caso de los niños, factores como cambio de colegio, inicio del curso escolar, mudanza, separación parental, enfermedad o muerte de algún familiar... son factores que pueden producir exacerbación de obsesiones y compulsiones. Algunos autores han dividido el curso del TOC en tres posibles categorías:

- TOC crónico, sin remisión.
- TOC fásico con periodos de remisión completa.
- TOC episódico con remisión incompleta.

El contenido de las obsesiones es similar al que podemos encontrar en adultos, predominando en frecuencia las de contaminación. Tras éstas, tendríamos la preocupación por dañarse a sí mismos o a otros, la simetría, la certeza de que algo malo puede ocurrir en caso de que no se cumpla un ritual y, en menor medida, podemos encontrar obsesiones de contenido sexual y religioso. Las compulsiones más frecuentes serían las conductas de lavado, comprobación y rituales de ordenación.

Tratamiento

Ha de fundamentarse en las características individuales de cada sujeto (severidad de los síntomas, comorbilidad, personalidad, impacto de la patología...). Uno de los primeros objetivos ha de ser la reducción de la ansiedad para poder reducir la severidad de los síntomas obsesivo-compulsivos y disminuir la afectación funcional.

Hoy día se considera que el mejor tratamiento es la combinación de terapia cognitivo-conductual (son muy usadas las técnicas de exposición con prevención de respuesta) y fármacos.

En lo referente al abordaje psicoterapéutico, la terapia cognitivo-conductual se complementa habitualmente con recursos como la entrevista motivacional y la psicoeducación. La terapia de grupo puede favorecer, en niños y adolescentes, la adherencia al tratamiento.

En cuanto al abordaje farmacológico, serían fármacos de primera elección los inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina (ISRS), usándose en esta franja de edad la fluvoxamina, fluoxetina y sertralina. Otros fármacos, como la clomipramina, también pueden

EL TRASTORNO OBSESIVO COMPULSIVO (TOC) EN LA INFANCIA Y ADOLESCENCIA

utilizarse, si bien se desestiman habitualmente como primera elección dados los potenciales efectos secundarios graves.

CONCLUSIONES

El TOC es una patología crónica e invalidante que se inicia a menudo en la infancia/adolescencia. Un diagnóstico y tratamiento correcto y temprano proporcionará al paciente, en muchos casos, la posibilidad de recuperar su funcionamiento premórbido y desarrollarse de la forma más normalizada posible.

BIBLIOGRAFÍA

1. Salcedo M, Vázquez R, Calvo M. Trastorno obsesivo compulsivo en niños y adolescentes. Rev. Colomb. Psiquiatr. 2011; 40(1):131-144.
2. Ulloa RE, Palacios L, Sauer TR. Trastorno obsesivo-compulsivo en niños y adolescentes: una revisión del tratamiento. Salud Mental. 2011; 34(5):415-420.
3. Sanz P, Fernández-Cuevas A. Trastorno obsesivo compulsivo. Medicine. 2015; 11(84):5008-14.
4. Rosa AI. El trastorno obsesivo-compulsivo en la infancia. Una guía de desarrollo en la familia. Edición en versión digital. Ediciones Pirámide; 2012.
5. Jenike MA, Baer L, Minichiello WE. Trastornos obsesivo-compulsivos. Manejo práctico. Madrid: Ediciones Harcourt S.A; 2001.
6. Sadock B, Alcott v, Ruiz P. Kaplan & Sadock: Sinopsis de Psiquiatría. 11ª edición. Lippincott Williams and Wilkins, Wolters Kluwer Health: Barcelona; 2015.