

TRASTORNO OBSESIVO COMPULSIVO EN LA INFANCIA Y ADOLESCENCIA. A PROPÓSITO DE UN CASO

Isabel Sánchez Lorenzo. Psiquiatra. 14º Congreso virtual de Psiquiatría.com
(Interpsiquis 2013)

INTRODUCCIÓN

El trastorno obsesivo-compulsivo (TOC) es una enfermedad de origen heterogéneo, que afecta alrededor del 1-3% de los niños y adolescentes, y que se caracteriza por pensamientos obsesivos y comportamientos compulsivos que son angustiosos y alteran la vida diaria. A menudo se acompaña por una amplia comorbilidad, como alteraciones del estado de ánimo, ansiedad, alteraciones de la atención y el aprendizaje y/o tics. La edad de presentación temprana da forma al contenido y la manifestación de los síntomas de esta enfermedad.

El objetivo del presente trabajo es realizar una revisión bibliográfica del TOC en la infancia y adolescencia y exponer un caso clínico explicando el tratamiento que se llevó a cabo. (1)

INICIO DEL TRASTORNO

Los primeros estudios concernientes al TOC se realizaron sobre una población adulta. En el transcurso de las investigaciones sobre este problema, apareció que los pacientes sufrían TOC desde la infancia o adolescencia. Así pues se han utilizado estudios retrospectivos. Ya en 1902, Pitres y Régis demostraron que “en más de la mitad de los casos, las obsesiones sobrevienen en la infancia y adolescencia”. Karno y Golding, en 1991, mostraron que un 50% de los adultos que padecían TOC les apareció el trastorno antes de los 15 años.(2) Otros estudios retrospectivos más recientes han demostrado igualmente la existencia de una proporción de un tercio a la mitad de los pacientes que padecían TOC ya en la infancia. (3)

Las investigaciones del National Institut of Mental Health demostraron en el año 1992 que la edad media de aparición del TOC se sitúa alrededor de los siete años para una edad de diagnóstico alrededor de los 10 años en América del Norte. Se considera que, globalmente, el niño ve aparecer su trastorno durante la escolarización primaria.(4) Se encuentra una subpresentación masculina de las formas precoces (antes de los 7 años). (2)

En el desarrollo de los niños y hasta la adolescencia es frecuente la existencia de pensamientos y comportamientos de características aparentemente similares a los síntomas obsesivos y compulsivos, pero que no son ni un indicador de riesgo ni una manifestación precoz de la enfermedad, sino elementos comunes en la evolución

psíquica. Una síntesis de gran interés práctico para diferenciar los síntomas patológicos de los evolutivos que se ha esquematizado en la tabla 1 (5)

Comportamiento	Normalidad	TOC
Rituales de acostarse	Sólo niños pequeños.	Complejos, largos, Incapacitantes, no suelen relacionarse funcionalmente con el ir a la cama.
Comprobaciones	Leves	
Contar y número de la suerte	Etapa evolutiva normal	Prolongadas e incapacitantes
Exactitud/orden	Breve, en niños pequeños infrecuente	Complejo, incapacitante, pero no muy frecuente
Tocar	Escaso, en juegos escolares	Complejo, incapacitante, muy frecuente
Coleccionar, almacenar	Colecciona cosas significativas, propias de su nivel escolar.(7 años)	Complejo, incapacitante
Bañarse, lavarse	Preescolares, no común en adolescentes	Almacena objetos inútiles, quizás de desecho, infrecuentes.
Miedo al contagio, a gérmenes	Breve, intensidad mínima, si lo hay	Ritual muy frecuente
		Complejo, incapacitante, muy frecuente

Tabla 1: Diferencias de rituales y supersticiones entre el desarrollo normal y el TOC (*adaptado por Leonard et al 1998*)

EPIDEMIOLOGÍA

La prevalencia en la infancia y adolescencia es del 1% y a lo largo de la vida es del 3%, siendo más frecuente en varones igualándose posteriormente en la vida adulta. Existe asociación familiar. Se puede asociar con otras enfermedades mentales o con enfermedades médicas como la infección por estreptococo.

La literatura describe que pocos adolescentes reciben un diagnóstico correcto y aún menos, un tratamiento adecuado. Aunque es un trastorno relativamente persistente en la vida adulta, se ha demostrado una remisión completa del TOC de la infancia de entre el 10-50% al llegar la adolescencia.

La incidencia de TOC está aumentada en familiares de primer grado. Un subgrupo de pacientes y niños tienen TOC de comienzo agudo después de una infección por *Streptococcus* b-hemolítico del grupo A. se ha postulado que es por un mecanismo autoinmune con daño de los ganglios basales. Este síndrome se ha denominado PANDAS (Autoimmune Neuropsychiatric Disorder Associated with Streptococcal Infection). (6)

CLÍNICA DEL TOC EN NIÑOS Y ADOLESCENTES

Los síntomas más importantes son las obsesiones y compulsiones que interfieren en la vida diaria del niño, cambiando su comportamiento y su carácter, aislando de sus amigos y disminuyendo su rendimiento escolar.

Una obsesión es una idea o pensamiento repetitivo inquietante, desagradable y no deseado, que surge reiteradamente y de forma incontrolable en la mente del niño con TOC, causándole un temor persistente y un alto nivel de ansiedad.

La compulsión es un comportamiento ritual estereotipado que se lleva a cabo, durante mucho más tiempo de lo normal, de forma repetitiva e ininterrumpidamente, y al que el niño con TOC recurre para reducir la ansiedad provocada por una idea obsesiva. El niño con TOC se ve atrapado en un esquema de pensamientos inquietantes y desagradables (obsesiones) o por conductas repetitivas y rituales (compulsiones) que no puede controlar. El niño las percibe como no necesarias y ridículas y al igual que las obsesiones, suelen intentar ocultarlas o justificarse con razonamientos minimizadores.

Los síntomas más frecuentes en la infancia se resumen en la tabla 2. (7)

OBSESIONES	COMPULSIONES
Contaminación y miedo al contagio de enfermedades (40%)	Ritual de limpieza excesiva (lavado de manos, duchas, baños o cepillado de dientes) (85% de los casos)
Miedo a dañarse a sí mismo o a otros (24%)	Rituales de repetición como entrar y salir repetidamente de un mismo sitio, levantarse de la silla y volver a sentarse, repetir frases y releer (51%) .
Preocupación por el orden, la exactitud y la simetría (17%)	Rituales de comprobación, verificar puertas y ventanas, electrodomésticos desconectados o deberes están “bien” (46%)
Sexo	Tocar
Escrúpulos de orden religioso y moral (13%)	Contar Ordenar Almacenar
Pensamientos “prohibidos”	Rezar
Agresiones	
Decir, preguntar, confesar	

Tabla 2: Obsesiones y compulsiones más frecuentes en niños y adolescentes con TOC

Los niños a diferencia de los adultos, pueden no ser capaces de explicar las terribles consecuencias que podría tener el no repetir sus rituales, y lo único que perciben es la vaga sensación de que algo malo podría ocurrir.

Es bastante frecuente la exigencia vehemente a los padres para convertirlos en “ayudarles” de sus rituales, mostrándose irritados si éstos no acceden a sus exigencias de cooperación, lo que perturba de forma persistente la vida cotidiana de la familia.

CRITERIOS DIAGNÓSTICOS

Para el diagnóstico del TOC se utilizan en la actualidad tanto la clasificación CIE-10 como la DSM-IV. En ambas no existen criterios diferentes entre el TOC de niños y adolescentes y el TOC de adultos, lo que refleja que muchos casos de TOC del adulto se iniciaron en la infancia o adolescencia.

Las principales diferencias entre ambas clasificaciones son:

- La duración de los síntomas mínima es de dos semanas para la CIE-10, no siendo recogido en la DSM-IV.
- La diferenciación entre obsesión y compulsión, según la DSM-IV se basa en si el síntoma produce ansiedad (obsesión) o la reduce (compulsión).
- En la clasificación DSM-IV los síntomas pueden ser egodistónicos en el caso de los niños, diferencia que no es recogida por la CIE-10. (3)

EVALUACIÓN

Para la evaluación del TOC en niños y adolescentes las pruebas psicométricas más usadas son:

- Leyton Obsessional Inventory-Child Version (LOYCV) de Berg y cols. (1988) Versión española: Benjumea, P y Mojarro,MD.
- Childrens Yale-Brown Obsessive-Compulsive Scale (CY-BOCS) de Schahill y cols (1997) Traducción y adaptación: JL.Pedreira.
- Thomsen (1998) sugiere que con las 5 preguntas siguientes se puede indentificar síntomas obsesivos y compulsivos a cualquier edad. Estas preguntas pueden realizarse fácilmente en la consulta pediátrica siendo un importante marcador de posible TOC:
 1. ¿Te lavas las manos mucho?
 2. ¿Compruebas mucho las cosas (o lo que sea)?

3. ¿Tienes algún pensamiento que te molesta y te gustaría eliminar, pero no puedes hacerlo?
4. ¿Tardas mucho tiempo en acabar tus tareas diarias?
5. ¿Estás preocupado por el orden o la simetría de las cosas?

Pruebas complementarias

Las pruebas complementarias no muestran hallazgos específicos del TOC, salvo en el caso de los PANDAS que es característico la presencia de antiestreptolisina-O.

En cuanto a las técnicas de neuroimagen, los estudios con TAC (lexenberg y cols) muestran una reducción bilateral del núcleo caudado, y en la RMN se vió además alteraciones de lóbulos frontales, glio lingulado y núcleo lenticular, sin que la intensidad del hallazgo se correlacionase con gravedad o duración del TOC (Robinson y cols. 1995) En estudios de neuroimagen con PET, se encuentra aumento de la actividad metabólica fronto-orbitaria y cíngulo (Perani y cols 1995), así como hipofunción de los ganglios de la base con SPECT (Adams y cols 1993). Todo ello va a favor de un hipermetabolismo fronto-orbitario por hipofunción en núcleos basales (MT. De Lúcas 2002) (8)

DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL

Ante síntomas obsesivo compulsivos hay que valorar si son normales para la edad; descartar esquizofrenia, depresión, ansiedad, tics (Síndrome de Gilles de la Tourette), trastorno generalizado del desarrollo, anorexia, fobias y que secundario a enfermedades. Es muy frecuente que la comorbilidad del TOC con algunos de los trastornos previos. (9)

TRATAMIENTO DEL TOC EN NIÑOS Y ADOLESCENTES

Tanto los tratamientos psicoterapéuticos (terapia cognitivo conductual, terapia breve estratégica) como los tratamientos farmacológicos muestran las eficacias mayores y más contrastadas a estas edades. El tratamiento multimodal es el que mejores resultados obtiene.

Los Inhibidores de la Recaptación de Serotonina, por su mejor perfil de efectos adversos, son los que se aconsejan como el primer fármaco en el tratamiento del TOC. Otras opciones son la Clomipramina y en los casos más severos y resistentes se han utilizado combinaciones de estos fármacos o también asociaciones con neurolépticos (haloperidol, risperidona), especialmente en los casos asociados con agresividad o tics. (10)

CASO CLÍNICO

José Manuel es un adolescente de 13 años que acude a las consultas de psiquiatría infanto-juvenil derivado por su médico de atención primaria por “síntomas de ansiedad y bajo rendimiento escolar”.

Antecedentes personales:

- Embarazo no deseado**, extramatrimonial. Madre con problemas mentales con tratamiento psicofarmacológico y consumo de tóxicos durante el embarazo. PN: 3 Kg. Talla: 40 cm. Temperamento indeciso. Lactancia artificial.

Desarrollo evolutivo:

- Psicomotor: deambulación 12 meses.
- Lenguaje: 18 meses. Espasmofemia.
- Control de esfínteres: 3 años. Enuresis nocturna 2^a a los 5 años. **Episodios ocasionales de encopresis a los 5 años**.
- Sueño normal. Duerme en la habitación de los abuelos y con una luz encendida.
- Lateralización: diestro

Carácter y rasgos de personalidad:

Introvertido. Miedoso. Inseguro. Perfeccionista. Rasgos obsesivos.

Relaciones sociales:

Escasas, dificultad en las relaciones interpersonales con pares.-

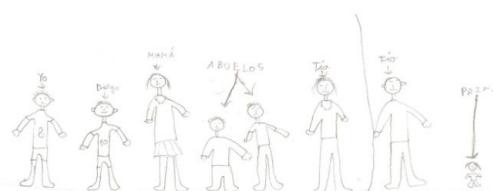
Escolaridad:

Guardería: 2 años. Colegio: 3 años. Retraso en el aprendizaje escolar, repite 6^ºEP y 1^º ESO. Curso actual: 1^º ESO.

Antecedentes familiares

- Convivencia con sus abuelos maternos y su madre. Padres separados desde que nació.
- **Madre: trastorno límite de la personalidad y abuso de alcohol. 3 ingresos en psiquiatría (último hace 7 meses).**
- Padres separados. Escaso contacto con figura paterna. 2 hermanos de 22 y 20 años por parte de padre que no ve hace 3 años. No los dibuja en el dibujo de “La Familia”.

DIBUJO “LA FAMILIA”



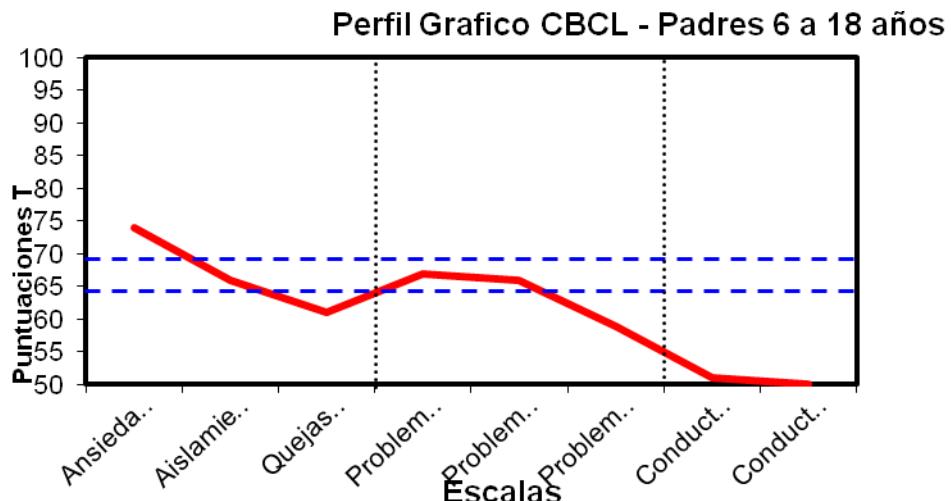
Enfermedad actual:

- Síntomas iniciales hace 2 años: “tenía que coger la videoconsola todos los días a la misma hora y jugar el mismo tiempo diario, solamente comía algunos alimentos y tenía que escupir 3 veces después de comer”.
- Síntomas actuales: Importante miedo a la contaminación y contagio de enfermedades. Rituales de limpieza (lavado de manos hasta 20 veces al día, excoriaciones en zona anal) y de comprobación, verifica hasta 3 veces que las cosas están bien hechas. Evita tocar cosas que no ha limpiado previamente. “Soy un poco escrupuloso, a veces no me fió de que no hayan bebido de mi vaso...”. Dificultad en las actividades de la vida diaria. El tiempo que pasa haciendo los rituales le impide seguir unos hábitos de estudio. Relata un episodio importante para él este verano en un campamento “ me pusieron el mote de Joselito cacotas porque iba al baño muchas veces...aunque no hacía nada tenía que ir a limpiarme...llegaron a contar el número de veces al día....”. Refiere sentirse incómodo cuando sus compañeros de clase le hablan de “temas sexuales” “me han preguntado que si me masturbo con lo asqueroso que es eso...ellos lo hacen...”
- Intereses restringidos: Pasa horas buscando información sobre pueblos de España y conoce hasta el número exacto de habitantes de los mismos. Buenas notas en la asignatura de sociales. Los abuelos le restringen el tiempo que pasa en esta tarea.

Exploración psicopatológica: Consciente y orientado en las tres esferas. Abordable y colaborador con un contacto sintónico. Discurso fluido y coherente adecuado a su nivel de desarrollo, con tono de voz bajo infantilizado. Ánimo de apariencia subdepresiva. Ansiedad derivada de la existencia de pensamientos intrusivos. Rumiaciones obsesivas de contaminación Rituales de limpieza y compulsiones de revisión que le ocasionan una importante angustia. Conductas de apego de tipo desorganizado con figura materna. No trastornos sensoperceptivos. FIS conservadas.

Exploraciones complementarias: (Importante recurrencia de pensamientos obsesivo-ideas en el momento de ejecución de las pruebas)

- Test Guestáltico visomotor de BENDER: Excelente percepción visomotora.
- Escala de inteligencia general WISC-IV: CIT 84; VP 67; MT 91; RP 91; CV 101.
- MACI: puntuaciones significativas en deseabilidad, conformismo, incomodidad respecto al sexo e incomodidad con los demás
- CBCL padres (abuelos maternos)



- Escala de Yale-Brown aplicada a la infancia CY-BOCS: 30 (Traducción y adaptación J.I. Pedreira)
- Maudsley (Racinman y Hodgson, 1980): PT obsesión total: 19/30; comprobar 9/6, lavado 7/11, lentitud-repetición 3/7, Duda-conciencia: 5/7.

Diagnóstico

Según el Sistema de Clasificación CIE-10, multiaxial para infancia y adolescencia (OMS,1996):

- EjeI: F42.2 Trastorno obsesivo-compulsivo con mezcla de pensamientos y actos obsesivos. Eje II-IV XX
- Eje V: 2.0 Trastorno mental o alteración de los padres. 5.1 Situación parental anómala (Z80.0)
- Eje VI: 3

Evolución y Tratamiento:

Mejoría progresiva de la clínica psicopatológica con Psicoterapia cognitivo-conductual y Sertralina 100mg/día. Se trabaja sobre el patrón de relaciones familiares e interpersonales evolucionando positivamente en adaptación social.

Formulación del caso clínico

Los abuelos de José Manuel le comentan a su médico de atención primaria su preocupación por “las obsesiones” que tiene, que lo notan muy nervioso y triste últimamente “aunque él dice que está bien porque es muy reservado”. Solicitan derivación al equipo de salud mental por recomendación del equipo de orientación del colegio.

Lista Problemas que presenta el paciente

- Pensamientos de carácter obsesivo relacionados con el miedo a la contaminación y al contagio de enfermedades que irrumpen en la actividad mental de José Manuel de forma estereotipada.
- Compulsiones y rituales de comprobación. Gran dificultad en actividades de la vida diaria (hábitos de estudio, salidas de casa al tener que ir al baño y hacer todo el ritual correspondiente previamente...)
- Intereses restringidos que interfieren en el adecuado rendimiento escolar.
- Ánimo hipotímico reactivo. Baja autoestima.
- Ausencia de apego hacia figura paterna. Apego desorganizado hacia figura materna por enfermedad mental de la misma.
- Dificultad en las relaciones sociales con pares. Ausencia de una red social eficaz.
- Dificultad en la expresión de sentimientos y emociones.

Parece que los síntomas obsesivo compulsivos tienen su inicio hace dos empeorando en el último año. La dificultad en el manejo de conflictos sociales (posible acoso escolar) y los ingresos en la unidad de agudos en el último año de su madre han podido influir en el malestar de José Manuel.

Interpretación del caso

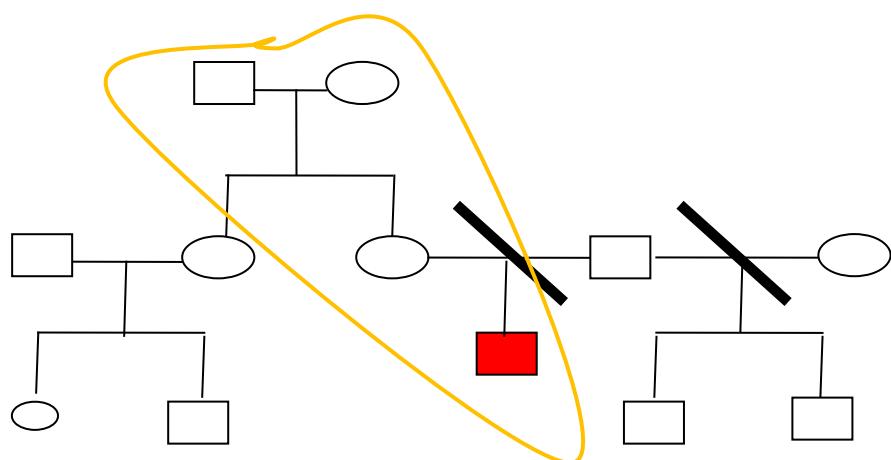
José Manuel es un chico de 13 años que entra en una etapa crítica en su vida como es la adolescencia. La ausencia de figuras de apego parentales estables con el abandono de su padre cuando era pequeño, el rechazo de sus hermanos y la grave enfermedad mental de la madre que ingresa con frecuencia en Psiquiatría, son factores importantes a tener en cuenta en la interpretación psicopatológica.

Utiliza diversos mecanismos de defensa para enfrentarse a la ansiedad que le provocan impulsos o deseos inaceptables para él, educado por unos abuelos mayores que le han impartido disciplina y rigidez desde pequeño. Las exigencias de limpieza constituyen una formación reactiva a su deseo inconsciente de “manchar” y desviarse de la norma,

para defenderse de la angustia que le provoca el miedo a su vez a la contaminación y contagio. Relacionado ello también con la sublimación de la pulsión sexual en esa etapa de descubrimiento como es la adolescencia. Para defenderse de la rabia que le ocasiona ese impulso agresivo hacia sus padres, que lo “abandonan”, hacia sus “rígidos” abuelos y hacia los compañeros que le insultan tiende al aislamiento afectivo, separando la representación molesta del afecto. La contención emocional y dificultad de expresión de sentimientos y necesidades es fruto de ese miedo al abandono y el deseo de ser cuidado y querido. Presenta ansiedad anticipatoria ante el miedo de abandono y de que le pase algo malo y a su vez tiende a justificar sus conductas compulsivas y rituales mediante la racionalización y negación. Proyecta en su madre el sentimiento de control que sus abuelos ejercen sobre él.

José Manuel es hijo de una relación sexual esporádica que tuvo su madre con un hombre casado (y posteriormente separado) hace 13 años. Vive con sus abuelos maternos y con su madre. Su padre vive en otra ciudad y lo ha visto en contadas ocasiones. Tiene otros dos hermanos mayores (De 20 y 22 años) por parte de padre a los que ha visto una vez. Posteriormente ha intentado tener mayor contacto tanto con su padre como con ellos y ha sido rechazado. Su madre tiene problemas con el alcohol desde la adolescencia, está diagnosticada de trastorno límite de la personalidad e inteligencia *borderline*. Ha tenido varios ingresos en la Unidad de Agudos de Psiquiatría, el último un mes antes de la primera consulta en psiquiatría de su hijo.

Sus abuelos maternos (de 70 y 75 años) lo han educado en un ambiente rígido y bajo unas normas que desde que comenzaron los problemas mentales de la madre, han intentado establecer en el domicilio. Su madre en realidad es como si fuera su hermana mayor, e incluso durante las entrevistas se puede objetivar como el propio José Manuel intenta “controlar” a su madre en varias ocasiones encargándose de que tome de forma adecuada la medicación y escondiéndole los cigarros para que fume menos. (Inversión de roles)



La ausencia de un padre y la presencia de una madre enferma mental (déficit), en un entorno de control por parte de unos abuelos que ejercen de padres hacen que se sienta vulnerable ante los cambios. La ausencia de un adecuado vínculo afectivo en su familia dificulta el establecimiento de una red social estable externa. Su miedos (sexualidad, contaminación...) y la resistencia al cambio son los principales factores que facilitan el mantenimiento de sus síntomas.

Objetivos del tratamiento

- En la primera fase de la terapia el objetivo fundamental es establecer un buen contacto con el paciente, ya que si no se consigue un nivel de confianza adecuado será inútil intentar cualquier tipo de intervención terapéutica.
- Trabajar con los pensamientos obsesivos y el malestar que le ocasionan, así como con las conductas compulsivas y rituales de comprobación con el objetivo de minimizarlos o suprimirlos.
- Tratamiento del estado de ánimo depresivo y de la sintomatología ansiosa asociada al punto anterior.
- Funcionamiento más autónomo teniendo en cuenta la edad del paciente. Trabajar con las figuras de apego principales que son los abuelos.
- Abordar la relación actual con la madre enferma mental y la relación de “abandono” del padre, así como el rechazo de los hermanos.
- Abordaje de la temática sexual en la adolescencia. Rechazo a la sexualidad.
- Trabajar habilidades sociales.
- Trabajar los estados mentales coincidentes con los pensamientos obsesivos y las conductas compulsivas. Explorar recuerdos y acontecimientos traumáticos (abandono del padre, acoso escolar).
- Hacer una alianza terapéutica intentando reconstruir una base segura de apego. Desarrollar una relación con el paciente que facilite el mantenimiento de la terapia y la expresión de sentimientos y necesidades.

Factores terapéuticos, estrategias y técnicas.

- Tratamiento farmacológico con un ISRS (Sertralina) que actúe sobre el ánimo hipotímico y la sintomatología obsesivo compulsiva.
- Psicoterapia: enfoque integrativo:

➤ Tratamiento del TOC desde la terapia breve estratégica:

EL modelo estratégico es un enfoque basado en el concepto de cómo funciona una patología determinada, en lugar de por qué existe. El tratamiento no va dirigido a la dificultad sino en lo que la persona hace para enfrentarse a ella. El modelo estratégico a diferencia de otros modelos (como el cognitivo-conductual) en los que los síntomas son considerados efectos de una o más causas, plantea una modalidad circular: cuando se produce una situación problemática el individuo o su entorno, ponen en marcha una serie de actuaciones para intentar solucionarlo. Este modelo se centra en la persistencia de los problemas, es decir, cómo la persona delante de una situación, percibida como problemática, utiliza soluciones disfuncionales que a su vez mantienen el problema creándose un “círculo vicioso”. Este círculo se rompe a través de estrategias determinadas que hacen experimentar a la persona nuevas situaciones, modificando su percepción de la realidad y produciéndose así el cambio. La comunicación se utiliza en el modelo estratégico como maniobra terapéutica desde el primer momento, teniendo siempre en cuenta el lenguaje del paciente. El objetivo es primero conseguir el cambio a través de distintas estrategias para producir un cortocircuito en el mecanismo disfuncional. Comprensión del problema a través de su solución. (11)

Primera fase

- Registro de pensamientos obsesivos , compulsiones y rituales (hoja de registro).
- Reestructuración cognitiva de pensamientos obsesivos. Introduciendo distintas perspectivas de enfoque a dichos pensamientos. Se le permite al niño dedicar un tiempo de media hora al día para hablar o pensar en sus miedos.

Segunda fase: Desbloqueo de la sintomatología

- Su objetivo es producir la primera “experiencia emocional correctiva”, introducir el primer cambio de importancia a través de la experiencia concreta que lleve al paciente a percibir de una manera distinta la realidad, hasta entonces vivida como algo incontrolable y que a partir de esa experiencia pueda empezar a ser experimentada como algo asumible. (Nardone, G y Watzlawick, P, 1999).
- La prescripción cognitiva consiste en pedirle a José Manuel que cada día, una hora acordada y fija, se siente cómodamente en una habitación a solas y ponga un despertador para que suene al cabo de media hora. Durante esta media hora, debe imaginar todo lo malo que se le ocurra con relación a su problema intentando

sentirse realmente mal. Durante ese tiempo puede llorar, gritar, echarse al suelo o hacer lo que se le ocurra. En cuanto suene el despertador deberá lavarse la cara y continuar con su vida. En las siguientes sesiones se analiza lo que ha ocurrido en esta media hora, cómo se siente fuera de esa media hora y la evolución a lo largo de los días. José Manuel refiere que el primer día llegó a angustiarse mucho, lloró e incluso su abuela al ver ese malestar le dijo que lo dejara pero él continúo hasta que sonó el despertador. En la segunda sesión se produjo un malestar similar e incluso refiriendo que el resto del día le resultó complicado no pensar en esa media hora. A partir del tercer día el malestar se redujo a esa media hora estando más tranquilo el resto de los días.

- La técnica específica empleada para anular los rituales compulsivos es también una prescripción paradójica: la repetición del ritual un número determinado de veces. Se le pide en la primera sesión que hasta la siguiente, cada vez que sienta ganas de hacer el ritual debe hacerlo exactamente cinco veces, ni una más ni una menos. Se le recuerda que puede no hacerlo, pero si lo hace una vez debe realizarlo cinco veces. Lo que se pretende con esta maniobra es el dominio sobre el síntoma para que deje de ser algo incontrolado e involuntario. En el momento en el que un síntoma se convierte en voluntario pierde por completo su valor sintomático y se anula. . (Nardone, G y Watzlawick, P, 1992). Teniendo en cuenta la hoja de registro realizada por mí paciente, le explico la técnica y los primeros días con el ritual que realiza para ir al baño (lavarse las manos varias veces, ir al baño, limpiarse varias veces, lavarse las manos...) refiere que los cuatro primeros días lo hacía las cinco veces pero que luego comenzó a cansarse y que al pensar que tenía que hacerlo cinco veces había días que no lo llegó a hacer. Su sistema perceptivo está empezando a funcionar de otra manera.

Tercera fase:

- Se consolidan los cambios producidos y se hace una redefinición de la percepción del paciente, procurando que tome conciencia de lo que está funcionando. Con un lenguaje de tipo explicativo se revela al paciente las técnicas utilizadas y cuál ha sido su funcionamiento, destacando los recursos personales e incentivando su autonomía.
- Las compulsiones y las tensiones producidas por ellas han disminuido. Las prescripciones de comportamiento continúan

añadiendo algunas nuevas como la prescripción de una recaída en las próximas semanas. De esta forma paradójica se intenta convertir en voluntario algo que el sujeto intenta evitar. De esta forma el terapeuta se anticipa a los acontecimientos para que, si realmente sucede, la persona no lo experimente como un fracaso. (11). En nuestro caso la recaída no aparece.

Cuarta fase:

- Objetivos: autonomía personal total por parte del paciente y flexibilidad de su sistema perceptivo-reactivo.
- Se van espaciando las sesiones gradualmente y se empieza a utilizar un lenguaje no ya sugestivo, sino que se trata de una comunicación descriptiva y coloquial

➤ Psicoterapia breve de orientación dinámica:

El objetivo de la terapia es destruir los mecanismos de defensa obsesivos y reforzar y estimular la fuerza del ego del paciente. Tratar la influencia del TOC en la autoestima del individuo y las relaciones interpersonales y las expectativas para potenciar el cumplimiento de la terapia cognitivo-conductual o en nuestro caso la estratégica, o psicofarmacológicas que van dirigidas a la sintomatología del TOC, tratando las conductas evitativas de José Manuel.

Se analizan las relaciones interpersonales presentes y pasadas con los síntomas obsesivos, la transición al nuevo rol como es el de la adolescencia y los déficits interpersonales.

Se aborda el tema de la sexualidad a la vez que se trata la transición al nuevo rol de adolescente.

➤ Relajación

➤ Habilidades sociales

Curso de la terapia, pronóstico, dificultades.

Es clave para el transcurso de una buena terapia prestar especial atención a la alianza terapéutica y al manejo de la transferencia y contratransferencia. Al tratarse de un chico de 13 años en una etapa de cambio, cuyos abuelos son los principales vínculos afectivos, es imprescindible explicarles las estrategias empleadas e involucrarlos en la terapia.

La sintomatología obsesivo-compulsiva mejoró de forma satisfactoria en José Manuel lo que a su vez repercutió positivamente en la esfera afectiva. Se fueron abordando progresivamente las relaciones interpersonales. La reconducción positiva se ve facilitada por la presencia de las principales figuras de apego que son los abuelos y a su vez dificultada por la edad y el estilo de vida de los mismos. No obstante la relación con iguales sigue siendo una dificultad importante por lo que en últimas sesiones se plantea la asistencia a grupos de habilidades sociales.

CONCLUSIONES

- Un alto porcentaje de adultos con TOC reconocen haber comenzado a padecer los síntomas en la infancia y/o adolescencia. Si no se trata, la sintomatología clínica puede permanecer prácticamente inmodificada hasta la vida adulta.
- Las figuras parentales cuando padecen algún tipo de trastorno neurótico establecen unos mecanismos de comunicación y un patrón relacional que comportan un sustrato neurótico que el niño incorpora y amplifica evolutivamente.
- Los factores biológicos predisponentes, combinados con los aspectos psicológicos de la crianza y/o con acontecimientos traumáticos desencadenantes, ofrecen una explicación más aceptable de la génesis, desarrollo y mantenimiento.
- En el diagnóstico es importante realizar una historia clínica detallada acerca de los síntomas, así como de otros aspectos psicológicos y del desarrollo, historia familiar y médica (incluyendo descartar una causa infecciosa).
- El tratamiento incluye la terapia cognitivo-conductual y medicaciones como los ISRS. Es importante tener en cuenta otras intervenciones como la psicoterapia familiar.

BIBLIOGRAFÍA:

1. Snider LA, Swedo SE. Pediatric obsessive-compulsive disorder. *JAMA* 2000; 284: 3104-3106.
2. Eichsted, J.A.; Arnold, SL (2001) "Childhood-onset obsessive compulsive disorder: a tic-related subtype of OCD?" *Clin Psychol Rev*; 1:137-58.
3. Kaplan y Sadock's (2000) *Comprehensive textbook of psychiatry*. 7^a edición, vol II, Lippincott Williams and Wikins, Philadelphie.
4. Stewart, SE,; Geller, DA,; Jenike,M,; Pauls, D.;Shaw.D,; Mullin B,; Faraone, SV; (2004). "Long-term outcome of pediatric obsessive-compulsive disorder: a meta-analysis and qualitative review of the literature." *Acta Psychiatr Scand*, Jul; 110 (1): 4-13.
5. Leonard HL, Swedo SE, Lelane MC et al. A 2-to 7 year Follow up-study of 54 obsessive-compulsive children and adolescents. *Arch. Gen. Psychiatry* (1993); 50; 429-439.
6. Mardomingo Sanz MJ. Trastorno obsesivo-compulsivo. En: Mardomingo Sanz MJ. *Psiquiatría del niño y del adolescente*. Madrid: Díaz de Santos, SA., 1994 p 315-347.
7. Zinder LA, Swedo SE Pediatric obsessive-compulsive disorder. *JAMA* 2000: 284; 3104-3106.
8. De Lucas MT; Trastorno obsesivo-compulsivo. Protocolos en Psiquiatría del niño y del adolescente. *Revista de Psiquiatría Infanto-Juvenil* 2002; 19: 146-155.
9. Rapoport JL, Swedo S. Obsessive-Compulsive Disorder. En: *Child and Adolescent Psychiatry*, Rutter M y Taylor E, editors. Oxford: Blackwell Publ. 2002; pp, 571-592
10. Toro J. Trastorno obsesivo compulsivo en niños y adolescentes. *Psicopatología y tratamiento*, 2001.
11. Trastorno obsesivo-compulsivo en la infancia y adolescencia. Josep Tomás y Miguel casas (eds) Laertes.2004. Pág 201-213