

Trastorno obsesivo- compulsivo en niños y adolescentes:

Revisión del tratamiento



CAPITULO I

El TOC en niños y adolescentes



Lilí es una adolescente de 15 años que siempre ha tenido buenas calificaciones y ha sido señalada como una niña extremadamente cuidadosa con sus objetos personales. La madre describe que desde que tenía 10 años su cuarto y sus pertenencias están más ordenadas que el resto de la casa. Es tan meticulosa al hacer sus trabajos escolares, que si comete errores de escritura empieza de nuevo todo el trabajo para evitar que se vea la corrección. Ella revisa y ordena los libros de su mochila varias veces durante el día, y se molesta mucho si alguien cambia sus cosas de lugar.

Sus compañeros de la escuela piensan que Lilí es un poco rara porque exagera el cuidado de sus cosas. Tiene pocas actividades con amigos fuera de casa y frecuentemente discute con sus papás y hermanos, por lo que ellos llaman "sus manías". Lilí presenta una frecuente ansiedad ocasionada por pensamientos sobre contraer una grave enfermedad si no revisa, ordena y corrige continuamente sus cosas. A pesar de saber que esta idea es exagerada y absurda, no logra sacarla de su mente. Sólo se tranquiliza temporalmente mientras ordena y revisa.

Lilí padece un trastorno que afecta a 2 de cada 100 personas a nivel mundial, llamado Trastorno Obsesivo Compulsivo (TOC). Es una enfermedad que se caracteriza por la presencia de obsesiones, que son ideas, imágenes o impulsos no deseados y recurrentes que causan angustia y compulsiones, actos repetitivos o en forma de ritual, que se realizan para disminuir la ansiedad que las obsesiones generan.

Las obsesiones rondan, frecuentemente, en torno

- La muerte
- El sexo
- Las enfermedades
- Miedo a contaminarse
- Temor a equivocarse o hacer las cosas incorrectamente

Las compulsiones más frecuentes, son:

- Lavarse continuamente

www.psicoadolescencia.com.ar

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



Al igual que en los adultos, el TOC en los niños y adolescentes es una enfermedad crónica e incapacitante, que puede sufrirse durante años sin buscar atención médica especializada. Esto se debe a que, aunque los pacientes tengan conciencia de sus síntomas, no los consideran parte de una enfermedad. Buscan esconderlos y pueden negarlos en la consulta médica, por considerarlos vergonzosos. También es frecuente que las personas que sufren este trastorno consideren que pueden controlar sus síntomas y que la mejoría vendrá por sí sola. Se ha estimado que los adolescentes mexicanos permanecen en promedio un año y medio con la enfermedad antes de buscar ayuda especializada. Además, con frecuencia estos pacientes tienen problemas de depresión y ansiedad, lo que empeora su condición y empobrece su calidad de vida.

Causas del TOC

La investigación médica ha mostrado que este padecimiento se debe a una alteración en el funcionamiento cerebral que tiende a heredarse entre familiares, existe una probabilidad de hasta 25% de que un niño o adolescente con TOC tenga un familiar con la enfermedad. Esta enfermedad puede tratarse en forma eficaz con psicoterapia y medicamentos; la información a los pacientes y sus familiares es muy importante, a fin de que la familia apoye al niño o adolescente a lo largo de su tratamiento.

Psicoterapia alivia el trastorno obsesivo-compulsivo en niños

Combinada con tratamiento farmacológico

"Si se indican fármacos y no se obtienen los avances esperados, la terapia (cognitiva conductual) marca una diferencia".



Combinar el tratamiento farmacológico con la psicoterapia sería beneficioso para los niños y adolescentes con trastorno obsesivo-compulsivo (TOC).

"La mayoría de los niños que toman medicamentos siguen teniendo síntomas", dijo John Piacentini, director del Programa de Tratamiento del TOC, la Ansiedad y los Tics infantiles del Instituto Semel para la Neurociencia y Conducta Humana, de la University of California en Los Angeles.

Los resultados de un nuevo estudio demuestran que "si se indican fármacos y no se obtienen los avances esperados, la terapia (cognitiva conductual) de buena calidad marca una diferencia", sostuvo Piacentini, que no participó de la investigación.

Uno de cada 100 niños tiene TOC. A menudo, se manifiesta a través del lavado de manos excesivamente reiterado o el control desmedido de los deberes escolares hasta el punto de no tener tiempo para hacerlos, detalló el autor principal, Martin Franklin, de la Escuela de Medicina de la University of Pennsylvania en Filadelfia.

Franklin agregó que lo que define el TOC es la sensación de tener que reiterar conductas para tranquilizarse o asegurarse de que todo está bien. Esta es la parte compulsiva del trastorno.

A menudo, según comentó el autor, cuando un fármaco no da resultado, los médicos agregan otro o cambian el medicamento. Pero dada la preocupación por posibles efectos adversos, el equipo trató de determinar si la terapia cognitiva conductual (TCC) serviría para esos niños.



El estudio incluyó a 124 chicos con TOC de entre 7 y 17 años. Todos habían utilizado por lo menos un medicamento para el trastorno (la mayoría, durante más de un año), pero seguían con algunos síntomas.



Durante el estudio, los participantes continuaron el tratamiento farmacológico indicado, pero el equipo los organizó al azar en tres grupos: uno no recibió tratamiento adicional; a otro se le asignó una sesión semanal de una hora de TCC, y el tercer grupo sólo conversó con el médico de cabecera sobre la TCC durante la consulta clínica regular.

A los tres meses, el grupo tratado con TCC había evolucionado mejor que el resto: casi el 70 por ciento sintió un alivio de los síntomas de TOC, comparado con el 35 por ciento del grupo que había conversado con el médico sobre la TCC y el 30 por ciento del grupo sin tratamiento extra.

Estos resultados, según señalan los autores en *Journal of the American Medical Association*, significan que sería necesario tratar con TCC a tres niños para que uno responda a la combinación terapéutica, comparado con el uso de fármacos únicamente.

Jonathan Abramowitz, experto en TOC de la University of North Carolina en Chapel Hill, dijo que "en un escenario de igualdad", la TCC sería la mejor opción para el tratamiento del TOC. "Es un tratamiento relativamente corto y la persona adquiere habilidades que no va a perder", agregó.

No obstante, aclaró que es difícil encontrar TCC de buena calidad y que, en el corto plazo, es más costosa que la medicación. "Los fármacos son más accesibles y fáciles de usar", dijo Abramowitz, que no participó del estudio.

Franklin comentó que la sesión de una hora de psicoterapia cuesta entre 100 y 200 dólares, mientras que los genéricos de algunos fármacos cuestan 10 dólares o menos por mes.

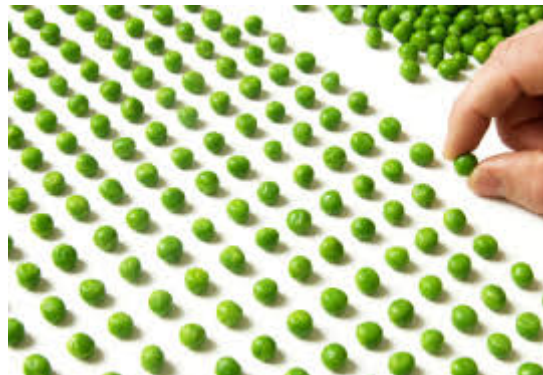


<http://www.intramed.net/contenidover.asp?contenidoID=72830>

Terapia conductual para niños pequeños con TOC

Mejora significativamente los síntomas.

Una terapia cognitiva conductual familiar mejora significativamente los síntomas en niños de cinco años con trastorno obsesivo compulsivo (TOC).




El tratamiento conductual, que incluye la participación activa de los padres y es efectivo en niños y adolescentes, logró buenos resultados en casi tres cuartos de los niños pequeños que participaron de un nuevo estudio, según revelaron las evaluaciones objetivas.

"Los resultados realmente destacan este modelo de terapia cognitiva conductual (TCC) familiar como tratamiento de primera elección para niños con TOC", sostuvo la autora principal, Jennifer Freeman, de la Escuela de Medicina Alpert de Brown University, la Clínica de Investigación de la Ansiedad Pediátrica del Hospital de Rhode Island y del Programa Intensivo para el Trastorno Obsesivo Compulsivo del Hospital Bradley, Providence, Rhode Island.

Las personas con TOC padecen un conjunto de compulsiones que les alteran las actividades diarias.

Por ejemplo, un temor intenso a que algo malo suceda, a menos que repitan ciertas acciones. Es un trastorno que se hereda en la familia, según informaron los Institutos Nacionales de Salud de Estados Unidos (NHI, por su sigla en inglés). Aún se desconoce su causa.

El TOC en niños y adolescentes



- Puede empezar a manifestarse cuando el niño tiene entre 8 y 9 años.
- La edad de inicio más frecuente se sitúa entre los 15 y los 20 años.
- Resulta difícil identificar el TOC por dos motivos:
 - 5) Los padres no conocen la enfermedad o la niegan.
 - 6) Al estar aunado este trastorno con otros trastornos es difícil diferenciarlo.

Las repercusiones de TOC tienen lugar en tres áreas importantes de la vida del niño: en su carácter, en su socialización y en su rendimiento escolar.

El TOC afecta a 2,2 millones de adultos estadounidenses; los NHI estiman que un tercio tuvo síntomas en la niñez.

El equipo de Freeman publica en JAMA Psychiatry que, hasta ahora, existía poca evidencia de qué estrategia es efectiva en los más pequeños con TOC. Entonces, los investigadores, que son de tres hospitales universitarios de Estados Unidos, organizaron en dos grupos a 127 niños de entre cinco y ocho años.

El TOC en niños y adolescentes



- Puede empezar a manifestarse cuando el niño tiene entre 8 y 9 años.
- La edad de inicio más frecuente se sitúa entre los 15 y los 20 años.
- Resulta difícil identificar el TOC por dos motivos:
 - 5) Los padres no conocen la enfermedad o la niegan.
 - 6) Al estar aunado este trastorno con otros trastornos es difícil diferenciarlo.

Las repercusiones de TOC tienen lugar en tres áreas importantes de la vida del niño: en su carácter, en su socialización y en su rendimiento escolar.

Un grupo de 63 niños recibió una versión de la TCC familiar diseñada para atender las necesidades de los niños y sus padres. La terapia refuerza la comprensión, el manejo y la reducción de los síntomas del TOC mediante la teoría y la práctica con ejercicios.

Otro grupo de 64 niños realizó terapia de relajación en familia, pero sin ocuparse del TOC (grupo control).

Ambas intervenciones duraron 14 semanas. Luego, un evaluador independiente informó que el 72 por ciento de los niños tratados con la TCC había mejorado "mucho" o "bastante", comparado con el 41 por ciento de los niños del grupo control.



Para Freeman, la evaluación demuestra que la calidad de vida de los niños y los padres mejoró significativamente: las compulsiones de los niños disminuyeron y no alteraban tanto sus actividades cotidianas. También se redujo la gravedad de los síntomas del TOC con la TCC versus la relajación.

La autora comentó que con su equipo está analizando los resultados en los niños después de las 14 semanas de estudio para determinar si los efectos de la TCC se mantienen durante meses o años.

"Eso nos ayudará a comprender los próximos pasos a seguir", indicó Anne Marie Albano, directora de la Clínica de Ansiedad y Trastornos Asociados de Columbia University, Nueva York, que no participó del estudio.

FUENTE:

JAMA Psychiatry

<http://www.intramed.net/contenidoover.asp?contenidoID=83865>

Trastorno obsesivo-compulsivo en niños y adolescentes: una revisión del tratamiento

RESUMEN

El trastorno obsesivo-compulsivo (TOC) en niños y adolescentes es una enfermedad crónica caracterizada por obsesiones y compulsiones con mal pronóstico, que con frecuencia se detecta meses o años después de su inicio. Los trastornos comórbidos dificultan la atención especializada a niños y adolescentes con este padecimiento. El presente artículo incluye recomendaciones para

la evaluación y una actualización del tratamiento de pacientes pediátricos con TOC. La evaluación debe incluir una entrevista diagnóstica, la valoración de los síntomas y el deterioro funcional por medio de escalas (Yale Brown y de deterioro por TOC).

El tratamiento debe ser multimodal, contemplando medicamentos e intervenciones psicosociales. El tratamiento farmacológico debe considerar la comorbilidad y se basa en el uso de antidepresivos (clomipramina, sertralina, fluvoxamina y fluoxetina) eficaces y seguros a largo plazo, y se exploran otros medicamentos como el ruzilol.

El tratamiento psicosocial incluye la psicoeducación y la psicoterapia. La terapia cognitivo conductual (TCC) ha demostrado eficacia en ensayos clínicos controlados, y se considera la primera opción terapéutica en algunos consensos y guías clínicas; su objetivo es que el paciente sea capaz de controlar su pensamiento y restaurar su funcionalidad. Entre los factores pronósticos de la respuesta al tratamiento se encuentran los antecedentes familiares de la enfermedad, escasa introspección, déficits cognoscitivos, deterioro funcional, mayor duración de la enfermedad y acomodamiento familiar a los síntomas del paciente.

Este artículo propone un algoritmo que recomienda iniciar el tratamiento con sertralina (12 semanas). De no alcanzarse una respuesta, se propone emplear otro medicamento durante ocho semanas; si no se obtiene mejoría, se recomienda incluir un programa de TCC. Una vez alcanzada la respuesta, se extiende el tratamiento farmacológico durante un año. Conclusiones El tratamiento de elección para TOC pediátrico son IRSS. Se deben incluir intervenciones psicosociales y tratar los trastornos comórbidos. Palabras clave: Trastorno obsesivo-compulsivo, pediátrico, tratamiento, antidepresivos, terapia cognitivo conductual.

INTRODUCCIÓN

El trastorno obsesivo-compulsivo (TOC) es un padecimiento neuropsiquiátrico que se presenta de 1.9 a 3.5% de la población general. En los últimos años ha adquirido relevancia para la psiquiatría infantil y de la adolescencia debido no sólo a la prevalencia en niños y adolescentes, sino también al hecho de que de 30 a 50% de los adultos con TOC reportan que sus síntomas iniciaron durante la niñez; este grupo de pacientes presenta tasas altas de respuesta parcial a distintos tratamientos. La disfunción social, familiar y escolar generada por este padecimiento ha sido ampliamente documentada en estudios clínicos. En su informe sobre la salud en el mundo, la Organización Mundial de la Salud reportó que el TOC se encontraba dentro de las 20 principales causas de años perdidos por discapacidad. A diferencia de las características del trastorno en los adultos, los niños refieren obsesiones con menor frecuencia, ya sea porque su nivel de desarrollo cognoscitivo no les permite reconocerlas como ideas absurdas y molestas o porque su contenido les causa temor. Se ha descrito que el inicio del TOC ocurre alrededor de los 10 años de edad; en 64% de los casos hay antecedentes familiares de la enfermedad y en 15% de los casos el inicio de los síntomas se asocia a un evento estresante. Los síntomas persisten en la mayoría de los pacientes y cambian a lo largo del tiempo, es decir, tienen un curso crónico y muchas veces dinámico. Los estudios de seguimiento han mostrado que los pacientes diagnosticados con TOC en la infancia presentan durante la vida adulta diversas psicopatologías comórbidas como trastornos de ansiedad, trastornos afectivos y trastornos de personalidad (trastorno obsesivo, trastorno evitativo, trastorno paranoide).

DETECCIÓN TEMPRANA

A pesar de que ahora se reconoce al TOC como una enfermedad, la mayoría de los médicos generales, e incluso los profesionales de salud mental que trabajan en el primer nivel de atención,

no están capacitados para detectarlo y diagnostican erróneamente en los pacientes otros trastornos ansiosos, trastornos afectivos o algún trastorno de personalidad. La detección oportuna es primordial, ya que, de acuerdo con estimaciones de la Organización Mundial de la Salud, 57.3% de los individuos que sufren trastorno obsesivo-compulsivo no han recibido tratamiento.⁹ Además, muchos de los pacientes que sufren este trastorno no acuden a tiempo a centros de salud mental debido a que no están conscientes que sus síntomas pertenecen a una enfermedad, están avergonzados o temerosos, piensan que no hay tratamiento, están incapacitados por la enfermedad o temen a los efectos colaterales de los medicamentos. Un estudio realizado en una institución de salud mental infantil de la Ciudad de México mostró que 80% de los pacientes diagnosticados con TOC solicitaban atención debido a los síntomas de sus trastornos comórbidos y tenían poca advertencia de la presencia de sus obsesiones y compulsiones. Debido a esto, la identificación oportuna del padecimiento para su diagnóstico y tratamiento se convierte en un reto para la salud pública.



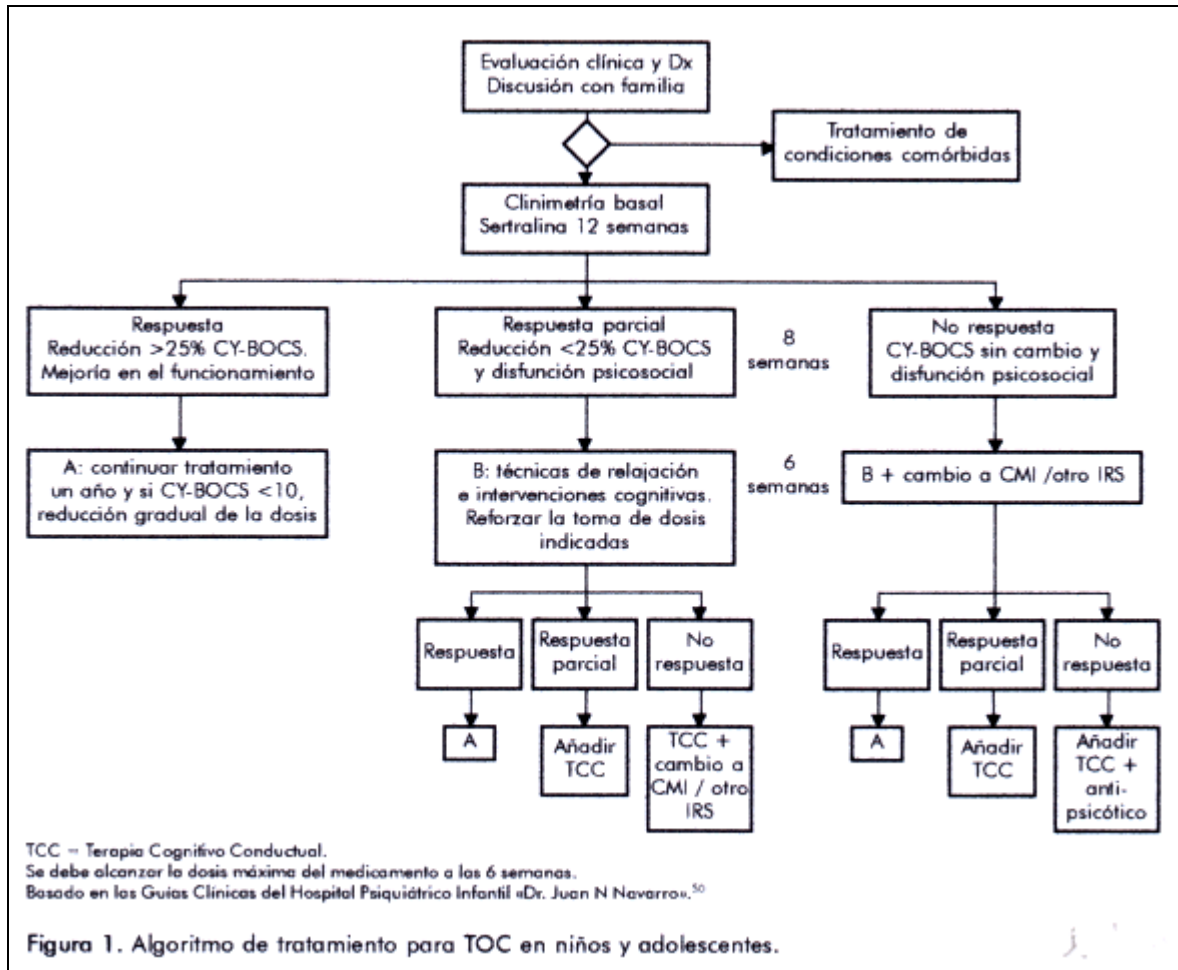
Cuando existe sospecha diagnóstica de este trastorno, se recomienda realizar una historia clínica psiquiátrica y médica general completa. Existen diversas entrevistas diagnósticas estructuradas y semiestructuradas en psiquiatría infantil y de la adolescencia como el Kiddie Schedule for Affective Disorders and Schizophrenia, present and lifetime version (K-SADS-PL), el Mini International Neuropsychiatric Interview para niños (MINI-Kid) o la Entrevista Semiestructurada para Adolescentes (ESA), que resultan herramientas útiles para la detección y confirmación del trastorno obsesivo-compulsivo en pacientes pediátricos, además de otros trastornos psiquiátricos comórbidos.

En cuanto a la evaluación de la gravedad de los síntomas y su impacto sobre las actividades escolares, sociales, familiares y el autocuidado del paciente, se cuenta con instrumentos como la escala de Yale Brown para trastorno obsesivo-compulsivo en edad pediátrica (CY-BOCS, por sus siglas en inglés) y la Escala de Impacto en el Funcionamiento para Pacientes con TOC (**Child Obsessive Compulsive Impact Scale, COIS**).

Un reto adicional a la detección temprana es la detección o al menos sospecha en familiares cercanos, dada la evidencia que muestra que el inicio temprano (antes de los 13 años) de trastornos psiquiátricos como el trastorno obsesivo-compulsivo confiere riesgos más altos en familiares de primer grado, por su aparente mayor carga genética, y respuestas más modestas a los tratamientos farmacológicos y psicoterapéuticos convencionales, tal vez debido, entre otros

factores, a la comorbilidad y a los intervalos más largos entre el inicio de la enfermedad y su detección.

TRATAMIENTO



El tratamiento indicado para los niños y adolescentes con TOC tiene una aproximación multimodal que incluye la utilización de medicamentos e intervenciones psicoterapéuticas, en particular la psicoterapia cognitivo-conductual. La eficacia de estas dos modalidades ha sido expuesta en estudios meta analíticos.

1 El **tratamiento farmacológico se basa en la utilización de antidepresivos cuyo mecanismo de acción incluya la inhibición de la recaptura de serotonina (IRSS), ya que este grupo de medicamentos ha mostrado eficacia en el tratamiento a corto y largo plazo.** Según Watson et al., la magnitud del efecto promedio de los IRSS es de 0.48 (este valor se refiere al porcentaje de cambio promedio en el grupo tratado con el medicamento activo, entre la medición basal y el desenlace). Algunos meta análisis han señalado que el número necesario a tratar (NNT) es de cuatro a seis, es decir que se necesitan de cuatro a seis pacientes para que en uno de ellos se encuentre la respuesta buscada al tratamiento. Este número es menor al requerido para encontrar respuesta utilizando estos medicamentos en el tratamiento de la depresión (NNT=9). A la fecha, la agencia reguladora de fármacos en Estados Unidos (FDA, por sus siglas en inglés) ha aprobado la **clorimipramina, sertralina, fluvoxamina y fluoxetina** como tratamientos para el TOC en este

grupo de edad, ya que se cuenta con información suficiente acerca de su seguridad y eficacia a largo plazo.

En cuanto a la eficacia de cada uno de estos fármacos, se ha mostrado que la **clorimipramina** (CMI) tuvo una magnitud del efecto significativamente superior al de cada uno de los IRSS (0.85 vs. 0.48).¹⁸ Las limitantes para el uso de la CMI se relacionan con sus efectos secundarios ya que, al ser un antidepresivo tricíclico, además de los efectos anticolinérgicos como la sequedad de boca, la sedación o el estreñimiento que pueden provocar el abandono prematuro del tratamiento por parte del paciente, puede alterar la conducción cardíaca, y requiere estudios electrocardiográficos antes de iniciarse el tratamiento y durante el mismo. Debido a su perfil de eficacia y seguridad, la sertralina puede ser una buena opción para iniciar el tratamiento, ya que se ha reportado con una magnitud del efecto de .Ésta debe administrarse durante 12 semanas en dosis terapéuticas antes de hacer cambios de medicamento, ya que se ha mostrado que los pacientes pueden presentar respuesta a los IRSS después de este tiempo. Aunque la paroxetina ha mostrado efecto en estudios apoyados por neuroimagen, no ha sido superior al placebo en estudios controlados. El **citalopram** resultó igualmente eficaz que la fluoxetina en un estudio aleatorizado a seis semanas, pero hasta el momento no se cuenta con estudios comparativos vs. placebo.

Recientemente, múltiples líneas de evidencia de la fisiopatología del TOC (estudios de imagen cerebral, de asociación genética, determinación del neurotransmisor en el líquido cefalorraquídeo y modelos animales) han implicado a la disfunción en la sinapsis glutamatérgica dentro del circuito estriado-tálamo-cortical; esto ha llevado a la evaluación de fármacos moduladores de la transmisión glutamatérgica.

El **rulizol** es un fármaco que inhibe la liberación de glutamato y estimula la síntesis de factores de crecimiento neuronal como el factor neurotrófico derivado del cerebro (BNDF, por sus siglas en inglés). Este fármaco ha mostrado un perfil de seguridad adecuado en un estudio abierto de 46 niños que mostraron mejoría de acuerdo con la Escala de Impresión Clínica Global (CGI, por sus siglas en inglés) y CY-BOCS28 lo que permitió elaborar un estudio doble ciego vs. placebo como terapia adjunta, el cual actualmente se encuentra en curso.

Otros fármacos incluyen la **memantina**, descrita como tratamiento adyuvante exitoso en reportes de casos de TOC pediátrico grave, la **dextro-cicloserina**, un fármaco que en estudios animales y clínicos abiertos favoreció la extinción del aprendizaje por exposición. Fue probada como tratamiento adjunto a una intervención conductual sin que se encontraran diferencias significativas al compararla con placebo

Un punto a tomar en cuenta al considerar el tratamiento farmacológico es la comorbilidad, ya que el TOC es frecuentemente comórbido con Trastorno por tics/Gilles de la Tourette (27 a 60%), trastorno por déficit de atención e hiperactividad (TDAH) (33%), trastorno negativista desafiante (TND) (9 a 43%), depresión (20 a 70%); trastorno por ansiedad generalizada (30%), trastorno por ansiedad de separación (50%), psicosis (30%), esquizofrenia (26%) y trastorno bipolar (36%).³²⁻³⁴ La comorbilidad tiene efecto sobre la respuesta al tratamiento. Se ha reportado que el número de trastornos comórbidos, y particularmente la presencia de TDAH, TND y el trastorno disocial, se asocian con mala respuesta al tratamiento.³⁵ De tal manera, que los pacientes comórbidos pueden recibir además del IRS, el fármaco indicado, por ejemplo, estimulantes para TDAH.

TRATAMIENTO PSICOSOCIAL

Los tratamientos psicosociales del TOC incluyen la psicoeducación y la psicoterapia. La psicoeducación comprende las medidas dirigidas a que el paciente y sus familiares tengan

conocimiento acerca de las características de la enfermedad, sus causas y las opciones de tratamiento.

LOS OBJETIVOS DE LA PSICOEDUCACIÓN SON:

- 1. Mejorar el conocimiento y entendimiento del TOC y sus implicaciones en la vida diaria.**
- 2. Ofrecer posibilidades de ajuste en el ambiente conforme al nivel de funcionamiento del paciente.**
- 3. Ofrecer una guía para facilitar y promover una interacción y patrones de conducta positivos padre-hijo.**
- 4. Ofrecer una introducción sobre cómo las modificaciones conductuales pueden aplicarse en el manejo de los problemas de conducta.**
- 5. Guiar e informar sobre los apoyos sociales, educativos y de salud disponibles.**

Es la primera intervención que debe realizarse una vez establecido el diagnóstico. Los modelos de intervención psicoeducativa incluyen a los padres, los pacientes y a otras personas involucradas en el tratamiento como los maestros. Los programas psicoeducativos han sido utilizados como parte del tratamiento multimodal en diferentes psicopatologías, especialmente del espectro afectivo y con adulto. La psicoeducación puede llevarse a cabo por trabajadores sociales, psicólogos, enfermeras y psiquiatras, enfatizando que la enfermedad no es una cuestión de voluntad y que el tratamiento a largo plazo no crea dependencia a los medicamentos. Es importante incluir a los maestros en el proceso de psicoeducación, con el fin de brindar apoyo al paciente con TOC. Se deberá instruir a los maestros para que identifiquen las habilidades del menor y hagan uso de ellas durante el día escolar, otorguen plazos mayores para completar o terminar los trabajos escolares e incluso permitan que el estudiante elija sus proyectos si tiene dificultades para iniciarlos, o que llegue tarde a la escuela si los síntomas en casa lo retrasan. También se recomienda ajustar la cantidad de tareas para prevenir que el paciente se abruma, evitando estresores académicos.³⁹ La psicoterapia cognitivo conductual (TCC) ha sido la intervención psicosocial más estudiada en niños y adolescentes con TOC. Su eficacia ha sido mostrada en ensayos clínicos controlados y constituye la primera elección terapéutica en algunos consensos y guías clínicas.^{32,40,41} Sin embargo, en México y en otros países de desarrollo intermedio o bajo, la poca disponibilidad de especialistas que puedan aplicarla en instituciones psiquiátricas y la alta demanda de servicios la coloca como un tratamiento para los pacientes que ya están recibiendo psicofármacos y requieren otras intervenciones para incrementar el control de los síntomas. El objetivo de este tratamiento es que el paciente sea capaz de controlar sus síntomas y restablezca su funcionalidad a través de un programa de 10 a 12 sesiones que incluyen el aprendizaje de técnicas de exposición y prevención de la respuesta. Algunos programas de terapia cognitivo conductual incluyen sesiones también para los padres. Los programas más completos incluyen la psicoeducación, el entrenamiento cognitivo, la exposición y prevención de la respuesta y las sesiones familiares.

La TCC ha sido evaluada en comparación con el tratamiento farmacológico, mostrando eficacia similar después de 12 semanas y mantenimiento de la mejoría después de 9 meses.⁴⁴ En un estudio de seguimiento a siete años se examinó la presencia de síntomas TOC en niños y adolescentes después de haber recibido TCC tanto en su modalidad individual como de grupo. Los resultados mostraron que 79% de los pacientes que habían recibido la terapia individual y 95% de los que habían recibido la terapia de grupo estaban libres de síntomas. El estudio POTS examinó las diferencias en cuanto a respuesta y remisión en pacientes que eran tratados con sertralina, TCC, la combinación de ambas o el placebo. Los tres primeros tratamientos fueron superiores a placebo, y los autores sugieren que la combinación puede ser más efectiva para alcanzar la remisión de los síntomas. Estudios recientes han identificado factores asociados a una mala

respuesta a la TCC. Estos son: deficiente capacidad de introspección, comorbilidad con trastornos externalizados, déficits cognoscitivos, deterioro funcional.

Respuesta

Respuesta parcial No respuesta A Añadir TCC Añadir TCC + antipsicótico B + cambio a CMI /otro IRS
No respuesta CY-BOCS sin cambio y disfunción psicosocial Respuesta parcial Reducción 25% CY-BOCS. Mejoría en el funcionamiento A: continuar tratamiento un año y si CY-BOCS

ALGORITMO DE TRATAMIENTO

Los autores revisaron la evidencia existente hasta el momento acerca de la duración del tratamiento y los criterios de respuesta en los ensayos clínicos controlados y elaboraron una guía clínica,⁵⁰ que incluye un algoritmo para la atención integral de pacientes en centros de atención a la salud mental infantil. Éste puede ser resumido de la siguiente manera:

- En la entrevista inicial, además de confirmar el diagnóstico, se debe explicar a la familia la naturaleza del trastorno y la necesidad de tratamiento psicofarmacológico o combinado durante varios meses.
- En la misma entrevista diagnóstica se debe documentar la gravedad del trastorno antes de iniciar el tratamiento.
- Iniciar el tratamiento psicofarmacológico con sertralina durante 12 semanas.
- Se recomienda evaluar la respuesta por medio de escalas de gravedad considerando que 25% de reducción en la sintomatología, a partir de la aplicación basal, será definida como respuesta.
- En caso de respuesta parcial, se sugiere agregar intervenciones cognitivas, y en caso de no respuesta, además, cambiar de medicamento.
- La segunda fase debe durar ocho semanas, antes de reevaluar la respuesta al tratamiento; al cabo de este tiempo se puede añadir TCC.
- Cuando se alcanza la respuesta, el tratamiento debe mantenerse por un año.

Autores:

Rosa Elena Ulloa Flores, Lino Palacios Cruz, Tizbé del Rosario Sauer Vera
Salud Mental, vol. 34, núm. 5, septiembre-octubre, 2011, pp. 415-420

<http://www.redalyc.org/pdf/582/58221288004.pdf>

CAPITULO II

Cómo convivir con un obsesivo compulsivo

Cuando la obsesión es un tema de dos. Las repercusiones entre quienes los padecen, la familia y la pareja. Qué no hacer para evitar conflictos.

Descripción clínica

- El TOC se caracteriza por:
 - pensamientos intrusivos o
 - urgencias compulsivas,
 - los comportamientos son angustiantes,
 - consumen tiempo y/o
 - comportan un deterioro a nivel funcional.
- Lo más frecuente es que el paciente presente
 - una arbitración sintomática de obsesiones y compulsiones.

Si bien no todos los obsesivos comparten el mismo grado de enfermedad, la familia, la pareja y aquellas personas cercanas se ven afectadas por el trastorno. |

La imperiosa necesidad de que todo esté impecable, en su lugar y desinfectado. Los celos extremos, de esos que asfixian. La exigencia de tener todo bajo control. La imposibilidad de desprenderse de los objetos, y guardar por tiempo indefinido prendas que nunca se volverán a usar o infinidad de papeles sin sentido alguno. Convivir con un obsesivo compulsivo no es tarea sencilla, y si bien es importante el tratamiento particular, todo el entorno debe poner su granito de arena para que la vida cotidiana no se torne insoportable.

Obsesiones	Compulsiones
<ul style="list-style-type: none"> ○ Temor a contaminarse ○ Temor a causar daños a otros ○ A que le pase algo a los padres, familia. ○ Ideas agresivas/contenido sexual ○ Escrupulosidad/religiosidad excesiva ○ Pensamientos prohibidos ○ Necesidad de simetría ○ Necesidad de decir o confesar 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Lavarse ▪ Repetir algo, hasta 'hacerlo bien'. ▪ Asegurarse de haber... ▪ Tocar ▪ Contar objetos o hasta un número determinado. Series. ▪ Ordenar ▪ Rezar

Si bien no todos los obsesivos comparten el mismo grado de enfermedad, la familia, la pareja y aquellas personas cercanas se ven afectadas por el trastorno. Según explica el Licenciado Enrique M. Novelli, psicoanalista, miembro titular de la APA y Full Member IPA, “clásicamente el carácter del obsesivo en sus rasgos esenciales sería una tendencia a la escrupulosidad, a la abulia y a la duda”. También, entre otras peculiaridades, están caracterizados por una tendencia a la crisis de la conciencia moral, a la manía por el orden y la meticulosidad, por la timidez, en algunos casos por padecer ciertos trastornos sexuales y por la necesidad de someterse a ciertos imperativos o a prohibiciones.

¿Cómo puede afectar toda esta obsesión en el entorno?



“El entorno lo sufre porque los obsesivos se ponen demasiado rígidos en que el resto haga lo que ellos quieren, y si no lo hacen se enojan, entonces agreden”, explica Novelli. “Alguien que esta con un neurótico obsesivo tiene que tener mucha paciencia para poder aguantarse los embates. Si uno se podría hacer ciertas preguntas como estrategia para

poder pasar los momentos -como por qué y para qué actúa de esta manera- uno podría llegar a entender por qué lo hace y para qué lo hace”, agrega el especialista.

Obsesión	Compulsión relacionada
Miedo a la contaminación por suciedad, gérmenes, fluidos corporales, heces o material peligroso (por ejemplo; asbesto).	Compulsiones sobre el lavado y evitar desencadenantes.
Miedo a causar daño a terceros.	Controles, (por ejemplo; revisar si la puerta está cerrada varias veces) y compulsiones de reaseguro.
Excesiva preocupación por la simetría.	Orden y repetición de compulsiones.
Pensamientos o imágenes prohibidas (por ejemplo: pedofilia, blasfemia, violencia hacia el propio hijo o bebe)	Chequeo mental y evitar desencadenantes.

El esfuerzo del conjunto, entonces, es fundamental. Hay que intentar sortear esos roces. “De todos modos, aunque estén estas preguntas, las personas que están conviviendo con el neurótico obsesivo lo pueden llegar a comprender pero esto no quiere decir que eviten el sufrimiento”.

Qué NO hacer. Hay ciertas cosas que no deben hacerse con un obsesivo. Por ejemplo, decirle que evite algún ritual o burlarse de su intención de querer controlar todo. Y si ese control o esa tendencia a la posesión tiene que ver con una persona, “entonces hay que mostrarle que esa persona o ese hijo no es un objeto. Que esa persona tiene también una personalidad, deseos y que pensar distinto no quiere decir que no se lo quiera”, explica Novelli.



Para el Doctor Pedro Horvat, Miembro Titular de la APA y de la International Psychoanalytical Association (IPA), la familia suele pasar por varias etapas. Primero, aparecen los intentos de racionalizar la situación. Sin embargo, “de a poco, la perplejidad y la angustia van ganando lugar en la familia. Se dan cuenta que algo que pertenece al orden de lo irracional y de lo compulsivo, tiene un espacio importante en la mecánica familiar, y que todos finalmente se obligan a sí mismos a cumplir los rituales del obsesivo porque ya vieron el estallido de angustia que desencadena no hacerlo”, agrega el especialista en psiquiatría y psicoanálisis.

Además de angustia, convivir con la irracionalidad genera violencia. “La familia empieza a cuidarse -a buscar no hacer eso que genera el estallido de angustia-, y crece cierto grado de ritualización pero también de ambivalencia”. Como consecuencia, aparecen los “accidentes”, esas “metidas de pata” que producen un nuevo estallido pero que no son realizadas con intencionalidad. “El estallido empeora la situación del enfermo y la situación de la familia. Por eso en el trastorno obsesivo compulsivo el tratamiento pasa por el enfermo y por la familia. Por una terapia individual y una terapia grupal”.

Para Horvat, el primer paso comienza en el núcleo del hogar. “Nada es más terapéutico que los esfuerzos que la familia emprende por sí misma. Cuando esto no alcanza hay que pedir ayuda. En conjunto, es sentarse a la mesa y decir: ‘Che, miren lo que nos está pasando. Esto le pasa a fulanito o a fulanita, pero ella o él es parte de la familia así que nos pasa un poquito a todos. Charlemos de nosotros como familia’”, explica el especialista. “Esto no quiere decir que se resuelve así, porque el trastorno obsesivo compulsivo es un trastorno relativamente grave, pero va a ayudar mucho”, concluye Horvat.



Un tema de dos. En los casos de pareja, la licenciada Graciela Faiman, psicoanalista y coordinadora de un grupo de investigación sobre psicoanálisis de familia y pareja en la Asociación Psicoanalítica Argentina, analizó por qué una persona se une a un obsesivo compulsivo. “En toda pareja que está armada y que funciona hace algún tiempo, hay dos contratos: uno consciente, que puede firmarse en el registro civil o no; y otro inconsciente, de complementariedad en las neuronas”. Así, la elección de unir la vida a una persona con estas características indica que éstas son, de alguna manera, concordantes con las propias.

Puede, sin embargo, llegar el momento en el que uno de los dos cambie, por lo que uno de los contratos se rompe. “Ahí es donde, en todo caso, un análisis de pareja sirve. Porque el asunto no es tanto cómo convivir sino si una de las dos personas ya no necesita de ese otro obsesivo”.

www.psicoadolescencia.com.ar

Lic. Enrique M. Novelli -Psicoanalista Miembro Titular de la APA y Full Member IPA - MN:3023 Coautor del Libro "Enigmas de la Sexualidad" y "Mascaras del Superyo "

Dr. Pedro Horvat APA/IPA Médico. Especialista en Psiquiatría y Psicoanálisis Miembro Titular de la Asociación Psicoanalítica Argentina y de la International Psychoanalytical Association (IPA)

Lic. Graciela Faiman-(APA) Psicoanalista Didacta de la Asociación Psicoanalítica Argentina (Especialista en psicoanálisis de Familia)

<http://www.intramed.net/contenidover.asp?contenidoID=65883>

Analizan las características del tratamiento farmacológico del trastorno obsesivo compulsivo

El trastorno obsesivo compulsivo es una enfermedad crónica e incapacitante, cuyo tratamiento farmacológico de elección son los inhibidores de la recaptación de serotonina en altas dosis.

Introducción

El trastorno obsesivo compulsivo (TOC) es una enfermedad crónica que se caracteriza por la presencia de obsesiones y compulsiones. Las primeras corresponden a ideas intrusivas que generan gran malestar y ansiedad en el individuo y se clasifican según su contenido en miedo a la contaminación o el contagio de una enfermedad, dudas excesivas en las actividades diarias, pensamientos o imágenes relacionados con el sexo, la religión o la autoagresión, la necesidad de orden, el miedo a enfermar y coleccionismo. Las compulsiones son pensamientos o acciones del individuo realizadas con el fin de neutralizar esas ideas intrusivas; se clasifican en conductas de lavado o limpieza, chequeo, repetición, orden, coleccionismo, rituales mentales y necesidad de aprobación de las conductas propias por parte de otros. Si las obsesiones, las compulsiones, o ambas, le generan al individuo malestar significativo, le consumen más de una hora por día o interfieren con su rutina social o el rendimiento laboral, se establece el diagnóstico de TOC. En general, estos pacientes tienen conciencia de lo que les ocurre, pero en algunos casos eso no sucede, lo que se asocia con riesgo de mal diagnóstico de psicosis.

Para establecer el diagnóstico de TOC se debe descartar la posibilidad de otras enfermedades, como **trastorno de ansiedad generalizada**, que se presenta sin conductas compulsivas y con preocupaciones relacionadas con la vida cotidiana; **la fobia**, en la que hay un objeto fóbico específico; el trastorno de ansiedad, en el que las crisis aparecen de manera espontánea, o la depresión, que presenta cogniciones pesimistas egosintónicas. Además, debe realizarse el diagnóstico diferencial con la **hipocondría**, en la que se malinterpretan las sensaciones corporales y el sujeto tiene poca o nula conciencia de lo que le ocurre; el **trastorno dismórfico corporal**, que se asocia con la preocupación por defectos corporales reales o imaginarios; los **tics**, que no son precedidos por

obsesiones, y los trastornos del control de impulsos (*tricotilomanía, cleptomanía o juego patológico*), cuyas conductas, a diferencia del TOC, le resultan gratificantes al individuo.

La Yale-Brown Obsessive-Compulsive Scale es la herramienta más utilizada para evaluar la gravedad de la sintomatología del TOC. Se trata de una escala semiestructurada que permite evaluar la presencia de obsesiones y compulsiones y clasificar su gravedad según el tiempo que estos síntomas le demandan al individuo, el malestar que generan, la interferencia en las actividades cotidianas, la resistencia del individuo y el control que éste logra. Se considera que un puntaje ≥ 16 indica TOC clínicamente grave y que una reducción de $\geq 35\%$ indica buena respuesta terapéutica.

Según la Organización Mundial de la Salud, la prevalencia de TOC a lo largo de la vida es de 2% a 3%, y corresponde a la cuarta enfermedad psiquiátrica más frecuente.

Este trastorno se asocia con discapacidad significativa, disminución de la calidad de vida y, frecuentemente, en comorbilidad con otros trastornos psiquiátricos, como depresión, trastorno de ansiedad, tics, hipocondría, trastorno dismórfico corporal o trastornos de la conducta alimentaria.

Opciones de primera línea en el tratamiento del TOC

Los fármacos de elección para el tratamiento del TOC son los inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina (ISRS), que mostraron eficacia del 40% a 60%. Hasta el momento, se han aprobado para esta enfermedad, la clomipramina, la fluvoxamina, la fluoxetina, la sertralina y la paroxetina; también parecen eficaces el citalopram, la mirtazapina y la venlafaxina.

De acuerdo con la información disponible, la dosis de antidepresivos para tratar el TOC es mayor a la utilizada para un episodio depresivo u otros trastornos de ansiedad. En general, la respuesta a estos fármacos comienza a las 8 a 12 semanas, por lo que se debe esperar mayor tiempo que en la depresión (máxima respuesta a las 4 a 6 semanas); dado que la respuesta óptima se produce entre las semanas 10 y 12, se recomienda esperar 10 semanas antes de aumentar la dosis. Una vez alcanzada la dosis máxima del fármaco, se recomienda su mantenimiento, al menos por 3 meses.

Varios estudios han demostrado la mayor eficacia de **clomipramina** frente a los ISRS; sin embargo, por su perfil de efectos adversos —que incluyen sedación, efectos anticolinérgicos y reducción del umbral convulsivo—, se considera que la primera opción terapéutica son los ISRS. Dada la ausencia de ventajas notorias de uno sobre otro, la elección específica del fármaco más conveniente dependerá del perfil de efectos adversos y las comorbilidades que presente el paciente. Entre las características particulares de los posibles fármacos a elegir, se debe destacar el riesgo de agitación e insomnio con fluoxetina, los efectos anticolinérgicos con paroxetina, las molestias gastrointestinales con sertralina, la inhibición del CYP2D6 que genera la paroxetina y la fluoxetina y la del

CYP1A2 por fluvoxamina, lo que aumenta las concentraciones de otros fármacos; **por último, debido a la menor interacción entre fármacos de la sertralina, el citalopram y el escitalopram, parecen fármacos de elección en pacientes que reciben otras drogas debido a comorbilidades clínicas o psiquiátricas.**

Cuando no hay respuesta al primer ISRS, la recomendación es cambiarlo por otro fármaco de la misma familia; si esta estrategia fracasa 2 o 3 veces, se recomienda comenzar tratamiento con **clomipramina**. Si tampoco se observa respuesta con esta última, **venlafaxina** podría ser una opción. **Se debe tener en cuenta que para cambiar de un fármaco a otro se recomienda esperar un período de 2 a 4 semanas antes de comenzar con la droga nueva con el fin de minimizar la posibilidad de efectos adversos y de síndrome serotoninérgico.**

Si no se observa respuesta con el tratamiento farmacológico, la opción es comenzar con terapia cognitivo conductual (TCC), aunque se debe aclarar que este tipo de psicoterapia es la elección de primera línea en el TOC leve a moderado, ya sea acompañado por un fármaco o sin él. Según la información disponible, los autores consideran que la combinación de ambos tipos de tratamiento resulta más eficaz que cada uno de ellos por separado.

Se han determinado ciertos factores que podrían predecir mala respuesta al tratamiento: la edad temprana de inicio, un curso continuo y más prolongado, la poca capacidad del individuo de comprender lo que le ocurre, las obsesiones sexuales, las compulsiones de lavado, la presencia de signos neurológicos blandos, comorbilidad con tics o depresión y la asociación con un trastorno de personalidad esquizoide, límite, evitativo u obsesivo compulsivo.

A su vez, se ha observado que los pacientes con obsesiones relacionadas con el coleccionismo, la simetría y el orden presentan peor respuesta a los ISRS, y que podrían mostrar mejores resultados si se agregan bloqueantes dopaminérgicos o antipsicóticos al tratamiento.

Por su parte, los pacientes con tics o esquizotipia parecen beneficiarse con el agregado de bloqueantes dopaminérgicos; por otro lado, en un subtipo particular de TOC incluido en los trastornos neuropsiquiátricos autoinmunes asociados con estreptococos en la población pediátrica, se recomienda el agregado de antibióticos e inmunomoduladores. Por último, los pacientes con depresión o ansiedad en comorbilidad deberían recibir también TCC; además, los últimos posiblemente se beneficiarían con el agregado de benzodiazepinas.

En el caso de observarse respuesta parcial, no se recomienda cambiar de antidepresivo sino agregar otro fármaco. En estos casos, los estudios han mostrado buenos resultados con el agregado de antipsicóticos; por ejemplo, haloperidol para el TOC en comorbilidad

www.psicoadolescencia.com.ar

con tics o trastorno esquizotípico o con antipsicóticos atípicos, mayormente risperidona, aun en pacientes sin comorbilidades.

Finalmente, el agregado de benzodiazepinas estaría justificado en pacientes con alto nivel de agitación, ansiedad, insomnio o trastorno de ansiedad en comorbilidad.

No hay mucha información sobre opciones terapéuticas eficaces frente al TOC refractario. Las opciones farmacológicas abarcan la clomipramina por vía intravenosa y un ISRS en altas dosis, la combinación de un ISRS con clomipramina o el agregado de riluzol.

Las opciones no farmacológicas posibles incluyen la TCC, la terapia electroconvulsiva, la estimulación magnética transcraneal y la estimulación cerebral profunda. Dado que recientemente se ha investigado sobre la implicancia del sistema opioide en la fisiopatología del TOC, los agonistas opioides como tramadol y morfina parecen útiles para tratar esta enfermedad.

Por otro lado, se ha observado que los fármacos que inhiben la transmisión glutamatérgica, como riluzol, memantina o N-acetilcisteína, también podrían ejercer resultados beneficiosos. De todas formas, no son muchas las drogas que han mostrado eficacia, por lo que si sólo se ha probado con un tratamiento farmacológico, se recomienda la combinación con TCC.

En los individuos que mostraron respuesta, se recomienda mantener el tratamiento durante al menos 1 a 2 años, ya que su interrupción se asocia con la reaparición de los síntomas; incluso en pacientes con antecedentes de múltiples recaídas, se recomienda mantener el tratamiento de por vida.

En general, cuando se recomienza un tratamiento debido a las recaídas, se debe tener en cuenta que la respuesta es menor, pero si la decisión es interrumpir la administración del fármaco, ésta debe realizarse gradualmente para evitar la aparición de sintomatología adversa, como desequilibrio, síntomas gastrointestinales, síndrome gripal, alteraciones del sueño, síntomas extrapiramidales, ansiedad, irritabilidad, confusión o agresión.

Con respecto a la dosis de mantenimiento, se debe intentar sostener aquella con la que el paciente mostró buena respuesta, aunque si éste desea interrumpir el tratamiento debido a efectos adversos, al menos debería intentar mantenerlo con dosis bajas tolerables.

Conclusiones

El TOC es un trastorno crónico e incapacitante cuyo tratamiento farmacológico de elección son los ISRS. La elección específica del fármaco depende del perfil de efectos adversos; cuando los pacientes presentan respuesta, se debe mantener la misma dosis al menos 1 a 2 años o toda la vida si se trata de un individuo con antecedentes de

www.psicoadolescencia.com.ar

múltiples recaídas. Si no se observa respuesta luego de intentar con más de un ISRS, se recomienda utilizar clomipramina o, posteriormente, venlafaxina; si no hay respuesta o ésta es parcial, se sugiere el agregado de antipsicóticos atípicos y se debe considerar la TCC. De todas formas, si es posible, la TCC siempre debe ofrecerse como opción para acompañar el tratamiento farmacológico.

Autores: Dres. Math S, Janardhan Reddy Y Fuente: SIIC [International Journal of Clinical Practice 61\(7\):1188-1197, Jul 2007](#)

<http://www.intramed.net/contenidover.asp?contenidoID=66107>