

## Tema 4

### Trastornos por tics.

### Trastorno obsesivo – compulsivo (TOC)

#### Introducción

Los cuadros que se estudian en este temas son sumamente interesantes desde el punto de vista del desarrollo psicológico. Los trastornos por tics guardan relación con la madurez de los procesos de control de la motricidad y de la descarga de los impulsos, base sobre la cual podrá pivotar, en un segundo momento, la conflictividad psíquica lo que, para algunos autores, los dota de continuidad con los síntomas obsesivos, que veremos en la segunda parte del tema.

#### Trastorno por tics

##### Definición

La CIE-11 define los tics como aquellos “movimientos o ruidos vocales de carácter repentino, rápido, arrítmico y recurrente”. Los diferencia así de los otros cuadros que también están incluidos bajo la rúbrica de trastornos del movimiento, agrupados bajo el epígrafe 08 *Enfermedades del sistema nervioso* y no bajo el 06 *Trastornos mentales, del comportamiento y del neurodesarrollo*. A su vez, subdivide los tics en función del tiempo de duración y de la causa eventual. Así, aquellos de origen desconocido conforman el grupo de los trastornos por tics primarios, que incluye el síndrome de Tourette, el trastorno por tic motor crónico, el trastorno por tic fónico crónico y los tics motores transitorios. En los tres primeros casos, los síntomas tienen que haber estado presentes “durante un periodo mínimo de un año, aunque no siempre de manera constante”, mientras que si la duración es inferior quedan clasificados como transitorios. Los tics de origen supuestamente conocido son los tics nerviosos secundarios, bien de naturaleza infecciosa o posinfecciosa, bien debido a trastornos del

desarrollo. Una revisión acerca del estado actual de la cuestión en torno a los tics y el síndrome de Tourette se encuentra en el número especial del volumen 20 de la revista *Child & Adolescent Psychiatry* publicado en 2011 (Cath et al., 2011; Müller-Vahl et al., 2011; Publisher, 2011; Roessner, Plessen, et al., 2011; Roessner, Rothenberger, Rickards, & Hoekstra, 2011; Verdellen et al., 2011)

### **Epidemiología**

De acuerdo con un estudio de revisión reciente (Knight et al., 2012), los trastornos por tics son más frecuentes en población infantil antes de los 18 años que en adultos, en los niños que en las niñas (en proporción de 3:1 a 4,3:1) y en las poblaciones de educación especial frente a los escolarizados en centros ordinarios. Los tics transitorios representan el trastorno por tics más frecuente en la infancia (2,99%), mientras que el síndrome de Tourette tiene una prevalencia menor (0,77%), con una mayor presencia en población masculina (1,06% en varones frente a 0,25% de mujeres). En población adulta, la prevalencia del síndrome de Tourette afecta al 0,05% de la población. Aunque los tics se presentan en todas las razas y culturas, son dos veces más frecuentes en personas blancas no hispanas que en personas negras o hispanas.

Los tics suelen formar parte de un síndrome neuropsiquiátrico más amplio. De forma específica, los niños con síndrome de Tourette presentan un mal funcionamiento en numerosas áreas psicosociales y presentan una tasa de comorbilidad con otros trastornos aumentada: TDA/H, TOC, trastornos del estado de ánimo y de ansiedad, trastornos del aprendizaje y TEA. Estos cuadros también pueden acompañar al resto de cuadros que forma parte de los trastornos por tics. Todo ello –los tics y así como los síntomas neuropsiquiátricos asociados– pueden afectar negativamente la calidad de vida de los pacientes, su funcionamiento social y académico, así como sus logros a lo largo del ciclo vital (Leckman & Harris, 2012).

### Fenomenología y curso natural

Los tics se pueden clasificar según el tipo –motores, fónicos, sensoriales y cognitivos–, la complejidad, la cantidad –aislados o múltiples–, la localización anatómica, la frecuencia y la duración. También varían en términos de intensidad o “contundencia”. Nos limitaremos a describirlos por el tipo.

Los *tics motores* tienen lugar en la musculatura voluntaria e implican músculos concretos o grupos musculares. Pueden considerarse como fragmentos de movimientos motores normales que aparecen fuera de contexto. El parpadeo es el más frecuente.

Los *tics fónicos* consisten en cualquier ruido producido por el movimiento del aire a través de los órganos de fonación y articulación –nariz, boca, faringe...–, lo que los diferencia de otros tics que también pueden ser sonoros, como el chasquido de la lengua, que se clasifica como tic motor. El término 'fónico' se prefiere en lugar de 'vocal', ya que no todos los sonidos (por ejemplo, el olfateo) son producidos por las cuerdas vocales. Mientras que los tics motores sin tics fónicos son muy comunes, la presencia de tics fónicos aislados se da en menos del 5% de pacientes con tics.

*Tics sensoriales.* Hasta el 90% de los pacientes adultos son conscientes de sensaciones premonitorias que preceden a los tics. Estas se experimentan como sensaciones somatosensoriales desagradables, ya sea en los músculos del tic que está por venir, ya sea en algún otro lugar del cuerpo o en la cabeza –cansancio, picazón, presión, dolor punzante, malestar abdominal, calor o frío– y, a veces, es difícil de articular. La ejecución del tic suele aliviar la sensación. Las sensaciones premonitorias se pueden reducir a pequeñas áreas localizadas en “puntos calientes” como el hombro, las manos, los pies y la parte delantera de los muslos. También pueden ser más generalizados y describirse como una sensación de ‘tensión interna’.



Los *tics cognitivos* están descritos en adolescentes y adultos con síndrome de Tourette, y aparecen predominantemente en esos grupos de edad. Se trata de pensamientos repetitivos que aparecen en respuesta a la necesidad intensa de actuar sobre determinados estímulos auditivos, visuales, táctiles o internos que los provocan. Los tics cognitivos pueden ser ecofenómenos en el pensamiento, juego mental, conteo y pensamientos repetitivos con contenido sexual o agresivo que no producen malestar. Se les ha denominado “impulsiones” para diferenciarlos de las “obsesiones” provocadas por la ansiedad que se produce en pacientes con TOC “puros”.

Los tics motores y fónicos suelen cursar a brotes a lo largo del día, con mejorías y empeoramientos en su intensidad en el transcurso del tiempo, lo que puede confundir el tratamiento: por ejemplo, si este se inicia durante un período álgido, cuando los tics son graves, y luego se produce una mejoría significativa durante los meses siguientes, un clínico desinformado puede suponer que dicha mejoría se debe al empleo del fármaco cuando, en realidad, forma parte del curso natural del trastorno. Los tics suelen empeorar durante los períodos de excitación, estrés y fatiga y mejorar en los momentos de conducta dirigida a un objetivo que requiere el control motor, como cuando se toca un instrumento musical.

Los tics motores y fónicos suelen alcanzar su punto álgido a principios de la segunda década de vida, con una marcada reducción en torno a los 19-20 años. Sin embargo, en la mayoría de los casos, los tics persisten hasta bien entrada la edad adulta. Los casos más graves son de por vida y pueden estar asociados con comportamientos autolesivos.

### **Psicopatogenia**

Los tics, aunque se pueden suprimir durante períodos breves, suelen ser impulsos irresistibles debido a las sensaciones que los preceden, como la necesidad de toser o rascarse, y que requieren una respuesta casi inevitable. Desde esa perspectiva, los tics pueden ser vistos como respuestas condicionadas a estos estímulos interoceptivos “premonitorios” de manera que, con el tiempo, la interacción asociativa entre la sensación y el tic resultante se hace más fuerte.

Sin embargo, desde los planteamientos de la psicología profunda, los tics representan dos cuestiones: un intento de drenar un estado crónico de tensión emocional utilizando ciertas expresiones simbólicas variables, pero bien definidas; y un acompañamiento fisiológico de una actitud afectiva crónica, a modo de una patología psicósomática. Al fin y al cabo, “La musculatura es el legítimo órgano de descarga del exceso de tensión mucho después de haberse establecido el control de esfínteres y mucho antes de que el yo alcance el dominio de la motilidad” (Mahler, 1990).

### **Síndrome de Tourette**

Es el trastorno por tics más grave y se caracteriza por la presencia de una combinación de tics motores y fónicos crónicos. Por lo general, el trastorno comienza en la primera infancia con salvas transitorias de tics motores simples, como parpadeos oculares o sacudidas de la cabeza, pudiendo incorporar prácticamente cualquier movimiento voluntario de cualquier parte del cuerpo. Aunque inicialmente aparecen y desaparecen, eventualmente se vuelven permanentes y comienzan a afectar la vida del niño y su familia. A medida que el síndrome se desarrolla, pueden aparecer tics motores complejos que suelen acompañarse de tics motores simples. Con frecuencia tienen un aspecto “camuflado” o intencional, por ejemplo, apartarse el cabello de la cara, y lo que les califica como tics es su carácter repetitivo. En una pequeña fracción de los casos (<5%), los tics motores complejos pueden llegar a ser autolesivos, bien de forma relativamente leve –bofetadas o golpeteos–, bien con un cariz más peligroso, por ejemplo, golpearse un lado de la cara, morderse la muñeca o golpearse los ojos hasta el punto de afectar a la visión.

Los tics fónicos comienzan, como media, 1–2 años después de la aparición de los síntomas motores y suelen ser de carácter simple, por ejemplo, aclararse la garganta, gruñir y gritar. Síntomas vocales más complejos como la ecolalia –repetición de lo que el otro acaba de decir–, la palilalia –repetición involuntaria y monótona de la misma sílaba, palabra o

frase– y la coprolalia –expresión involuntaria de palabras obscenas o socialmente inapropiadas o de comentarios despectivos, en ocasiones también referidos a las áreas genitales, los excrementos y el acto sexual– se producen una minoría de casos. Otros síntomas fónicos complejos incluyen cambios dramáticos y abruptos en el ritmo, la frecuencia y el volumen del habla.

### **Tratamiento**

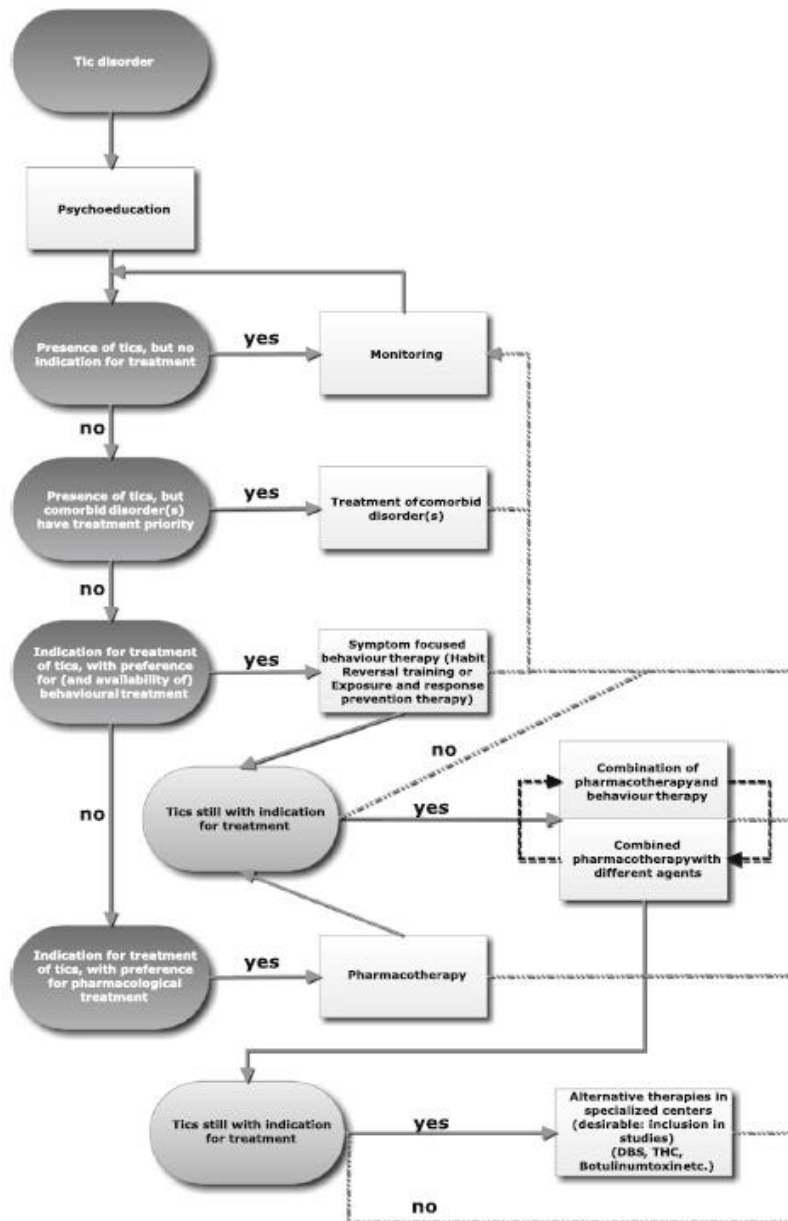
Los trastornos por tics, excepto en el caso de los tics transitorios, son crónicos, con un curso oscilante y un tratamiento poco eficaz. La práctica clínica habitual se centra inicialmente en intervenciones educativas y de apoyo, reservándose los tratamientos farmacológicos tras haber llevado a cabo las intervenciones psicoeducativas y de apoyo durante un período de al menos seis meses y quedar claro que los tics son persistentes, graves y una fuente de deterioro en la autoestima, las relaciones con la familia o los compañeros, o el rendimiento escolar. Dependiendo de los recursos disponibles, por lo tanto, puede ser razonable comenzar con el tratamiento conductual. Sin embargo, tales intervenciones requieren motivación por parte del paciente y una cierta capacidad de introspección que puede limitar su uso en pacientes más jóvenes.

Pocos estudios han comparado la eficacia y seguridad a corto o largo plazo de diferentes agentes farmacológicos por lo que no se ha demostrado que ningún medicamento sea superior. De acuerdo con la evidencia disponible, la experiencia con el medicamento, y la preferencia de los expertos (Roessner, Plessen, et al., 2011), se puede recomendar risperidona como primera elección para el tratamiento de los tics, vigilando el aumento de peso y la aparición de sedación. Pimozida también dispone de relativamente buena evidencia con un mejor perfil de reacciones adversa que el haloperidol, si bien hay que vigilar la conducción cardíaca. Tiaprida y sulpirida también pueden emplearse. Aripiprazol tiene un gran potencial, especialmente en casos refractarios al tratamiento y con menor riesgo de aumento de peso grave, por lo que quizá sería el indicado hoy en día como tratamiento de elección frente a

risperidona debido al tiempo transcurrido desde la publicación del citado artículo. Haloperidol es el único fármaco que cuenta con indicación aprobada en menores de 18 años para el tratamiento de los tics (Dualde Beltrán, s. f.).

**Figura 6.** Árbol de decisiones para el tratamiento. Guía clínica europea para el síndrome de Tourette y otros trastornos por tics

Fuente: Roessner et al., 2011, p. 184 (reproducción autorizada)





Clonidina y guanfacina se puede administrar, especialmente cuando existe comorbilidad con TDA/H. El resto de los agentes que recoge dicho trabajo pueden considerarse como alternativas, una vez que la respuesta a uno o más de los medicamentos mencionados anteriormente no haya sido satisfactoria. En caso de coexistir con TOC, risperidona puede ser la primera opción, según se extrae de los ensayos clínicos, pudiéndose combinar con un inhibidor de la recaptación de serotonina, máxime si tenemos en cuenta el continuum de los tics con los síntomas obsesivo-compulsivos. Pimozida estaría también indicado en tales casos.

En cuanto a la estimulación cerebral profunda (DBS del inglés *Deep Brain Stimulation*), solo debería utilizarse en pacientes adultos, resistentes al tratamiento y gravemente afectados (Müller-Vahl et al., 2011).

### **Trastorno obsesivo – compulsivo (TOC)**

El trastorno obsesivo – compulsivo (TOC) es una entidad que ha sido ubicada bajo diferentes rúbricas a lo largo de las sucesivas ediciones de la *Clasificación Internacional de Enfermedades* (CIE) que publica la Organización Mundial de la Salud (OMS). Así, mientras en la CIE – 9 se codificaba con el código 300 *Trastornos de ansiedad, disociativos y somatomorfos* (Ministerio de sanidad política social e igualdad, 2012), en la CIE – 10 pasaba a formar parte de los *Trastornos neuróticos, trastornos relacionados con el estrés y trastornos somatomorfos (F40–F48)* (Organización Panamericana de la Salud, 2008). La CIE – 11 contempla en su clasificación un grupo denominado “Trastornos obsesivos y otros trastornos relacionados<sup>1</sup>” entre los que incluye, además del TOC propiamente dicho, el trastorno dismórfico corporal, el trastorno de referencia olfativa, la hipocondría, el trastorno por acumulación, el trastorno por comportamiento repetitivo centrado en el cuerpo –que incluye la tricotilomanía y el trastorno por excoriación–, los trastornos obsesivo – compulsivos u otros trastornos

---

<sup>1</sup> <https://icd.who.int/browse11/l-m/es#/http%3a%2f%2fid.who.int%2fcd%2fentity%2f1321276661>



relacionados inducidos por sustancias y el síndrome de Tourette, que vimos en el apartado dedicado a los tics.

Esta agrupación es consecuencia de la influencia del concepto de trastornos del espectro obsesivo – compulsivo (OCSD, de sus siglas en inglés *Obsessive – compulsive spectrum disorders*), introducido por Hollander y Wong en 1995 (Hollander, Friedberg, Wasserman, Yeh, & Iyengar, 2006). Dicho concepto se elabora a partir de las similitudes que tiene el TOC con otra serie de cuadros en lo que respecta a edad de aparición, comorbilidad, evolución, historia familiar, neurobiología subyacente y tratamiento. A su vez, los trastornos que conforman dicho espectro se dividen en tres matrices básicas: los trastornos neurológicos con comportamientos repetitivos, que incluye el síndrome de Tourette, la corea de Sydenham, el síndrome de Asperger y el autismo; los trastornos del control de impulsos, que incluye el comportamiento sexual compulsivo, el juego patológico, la cleptomanía, la tricotilomanía, el comportamiento autolesivo, el trastorno explosivo intermitente y los trastornos de la personalidad límite y antisocial; y los trastornos relacionados con la imagen corporal, las sensaciones corporales y el peso, que abarca a el trastorno dismórfico corporal, la hipocondría, la despersonalización y los trastornos de la conducta alimentaria –trastorno por atracones, anorexia y bulimia nerviosa–. El concepto de OCSD también hipotetiza acerca de la existencia de un *continuum* entre la impulsividad y la aversión al riesgo que atravesaría todos estos cuadros, con el trastorno antisocial en un extremo y el TOC en el extremo opuesto.

### Definiciones

Hay tres definiciones que conviene recordar: obsesiones, compulsiones e impulsividad (American Psychiatric Association, 2014).

Las obsesiones se definen por

- Pensamientos, impulsos o imágenes recurrentes y persistentes que se experimentan, en algún momento durante el trastorno, como intrusivas o no

deseadas, y que en la mayoría de los sujetos causan ansiedad o malestar importante.

- El sujeto intenta ignorar o suprimir estos pensamientos, impulsos o imágenes, o neutralizarlos con algún otro pensamiento o acto (es decir, realizando una compulsión).

Por su parte, las compulsiones se definen por ser

- Comportamientos (por ejemplo, lavarse las manos, ordenar, comprobar las cosas) o actos mentales (por ejemplo, rezar, contar, repetir palabras en silencio) repetitivos que el sujeto realiza como respuesta a una obsesión o de acuerdo con reglas que ha de aplicar de manera rígida.
- El objetivo de los comportamientos o actos mentales es prevenir o disminuir la ansiedad o el malestar, o evitar algún suceso o situación temida; sin embargo, estos comportamientos o actos mentales no están conectados de una manera realista con los destinados a neutralizar o prevenir, o bien resultan claramente excesivos. Los niños de corta edad pueden no ser capaces de articular los objetivos de estos comportamientos o actos mentales.

En ambos casos, el sujeto es consciente de que tanto la actividad mental como los comportamientos son propios, existiendo habitualmente una diferencia entre el adulto y el niño en términos de aquiescencia con el síntoma. En el caso del adulto suelen ser egodistónicos, es decir, causan malestar y no concuerdan con la imagen de sí mismo, mientras que en el caso del niño son egosintónicos, es decir, no parecen provocar dicha incomodidad, de forma que es la angustia y el malestar que transmiten al adulto lo que lleva a los padres a consultar.

Otra diferencia entre la presentación en niños y la forma del adulto está en la relación de los rituales como respuesta a la ideación obsesiva. Así, hasta un 40% de los niños refieren únicamente conductas ritualizadas en ausencia de pensamientos obsesivos previos y

asociados únicamente a una sensación vaga de displacer (Swedo, Rapoport, Leonard, Lenane, & Cheslow, 1989).

En cuanto a las impulsiones:

- Se trata de actos realizados según la emoción del momento, en respuesta a los estímulos inmediatos, actuados de forma instantánea y sin planear o tener en cuenta los resultados; también existe una dificultad para establecer y seguir los planes, suelen llevarse a cabo en situaciones de estrés emocional y se acompañan de una sensación de emergencia y, ocasionalmente, de conductas autolesivas.
- Mientras las conductas compulsivas están encaminadas a reducir el malestar, las conductas impulsivas están gobernadas por la necesidad de maximizar el placer o la estimulación.

Es pertinente recordar ahora dos de los epígrafes contenidos en la *Clasificación Francesa de los Trastornos Mentales del Niño y del Adolescente (CFTMEA-R-2012)* (Misès, 2012). El primero de ellos es el codificado como 0. *Variaciones de la normalidad*, subapartado 0.0 *Angustias, rituales, miedos*, que viene a constatar que en el proceso de desarrollo del niño hay momentos en su evolución en los que la aparición de síntomas de carácter obsesivo o compulsivo forman parte del desarrollo normal y esperable para la edad cronológica y el momento vital (Evans & Leckman, 2006). Del mismo modo, hay comportamientos de este tipo en el adulto que no implican psicopatología y que, en ocasiones, resultan apropiados al contexto, como las repeticiones que se hacen hasta alcanzar la maestría en los ensayos, en los entrenamientos o en la preparación de oposiciones. El segundo epígrafe es el 9. *Manifestaciones y síntomas de tipo ansioso, fóbico, compulsivo, conversivo*, subapartado 9.3 *Manifestaciones obsesivas y compulsivas*, que nos ilustra acerca del hecho de que la sintomatología predominante en un cuadro clínico puede manifestarse a través de síntomas



tanto obsesivos como compulsivos sin que necesariamente remita a un TOC, lo que debe hacernos pensar en la posibilidad de que se trate de un cuadro diferente, en ocasiones con una gravedad mayor. Viene a colación el concepto de *holismo* del que hablábamos en el tema 2.

### Clasificación

Como se indicó en la clase dedicada a nosología y epidemiología de los trastornos mentales del niño y del adolescente, tanto la CIE – 11 como el DSM – 5 establecen para la población infantil y adolescente los mismos criterios que para la población adulta en cuanto a las grandes entidades nosológicas clásicas se refiere. En este sentido, habría que mencionar tres subtipos especiales de TOC:

- TOC de inicio temprano. La existencia de este subtipo estaría caracterizada por tener una edad de inicio en torno a los 11 años –si bien otros estudios hablan de una edad más temprana, en torno a los 6 años (García et al., 2009) y se ha documentado algunos casos de inicio a partir de los 2 años–, afectar con más frecuencia a niños que a niñas, asociar una gravedad global del TOC mayor y presentar los síntomas de la serie tanto obsesiva como compulsiva. Así mismo, presentaría mayor comorbilidad con tics y, posiblemente, con otros trastornos del espectro obsesivo-compulsivo y asociaría una mayor prevalencia de TOC en familiares de primer grado (Taylor, 2011). Desde una perspectiva dinámica, este cuadro precisaría del establecimiento del superyó, instancia psíquica reguladora de la conciencia moral y de la autoestima que se constituye una vez entrados en la edad de latencia, lo que concordaría con el rango entre 6 – 11 años antes indicado.
- TOC relacionado con tics. Cuando se emplea una definición amplia del concepto de tic, los resultados sugieren que los casos incluidos bajo esta definición no presentan una gravedad mayor del TOC, ni tampoco mayores tasas de

comorbilidad ni de gravedad de las condiciones comórbidas, ni tampoco un peor funcionamiento. Se trataría, por tanto, de un subgrupo de validez heurística dudosa que apenas diferiría del subgrupo sin tics (Conelea et al., 2014).

- El síndrome PANDAS / PANS (de sus siglas en inglés *pediatric autoimmune neuropsychiatric disorders associated with Streptococcus / pediatric acute neuropsychiatric syndrome*), una entidad rara descrita en 1998 consistente en la exacerbación de síntomas neuropsiquiátricos en pacientes previamente diagnosticados de TOC y / o de tics de inicio temprano, coincidiendo con las infecciones amigdalares causadas por Estreptococo betahemolítico del grupo A, en el primer caso (Swedo et al., 1998), o sin causa conocida en el segundo (Swedo, Leckman, & Rose, 2012). A modo anecdótico, señalar un caso atendido personalmente en nuestro medio (Khodayar-Pardo & Álvarez-Bravos, 2020).

No nos referiremos al subtipo acumulador (*hoarder*, en inglés) porque se trata de una variante propia de adultos.

### Epidemiología

Con una prevalencia estimada entre 0,25 y 4% de la población infantil y adolescente, según algunos estudios la relación niño:niña está en torno a 0.7:1. No obstante, estas cifras varían en función de la edad. La cifra real posiblemente sea mayor debido a la “privacidad” con la que se llevan a cabo algunos síntomas –el TOC formaría parte de los trastornos “internalizantes”–, de modo que se plantea que el número de casos no diagnosticados ni tratados que llegan a la edad adulta es mayor (Douglass, Moffitt, Dar, McGee, & Silva, 1995).

### Psicopatogenia

#### Psicopatología del desarrollo

Desde esta perspectiva se postula que, a nivel de genes y neurobiología, habría una relación clara entre los sistemas de alarma endógenos y la capacidad del ser humano para establecer

vínculos y que, en el TOC, dicho sistema sería el que estaría, en gran medida, desregulado. En términos de comportamiento manifiesto, los rituales normales de la primera infancia reflejarían la maduración más temprana de nuestra capacidad para juzgar y responder a las amenazas externas, coincidiendo con la fase del desarrollo en la que los niños comienzan a explorar más activamente el mundo físico y social que se expande con rapidez. En este momento, el niño presenta una especial sensibilidad a los cambios en el mundo exterior, de modo que llevaría a cabo los rituales como una forma de mantener la constancia del medio, mostrando señales de alarma en el momento en que percibiera cambios en el entorno. De forma paralela, esta etapa de la vida desencadena en los padres las preocupaciones por la seguridad del hijo, que ahora explora el mundo, de forma que las preocupaciones propias del TOC encontrarían ahí una parte de sus orígenes (Evans & Leckman, 2006)

### **Teoría psicodinámica**

Para que los síntomas obsesivos tengan lugar es preciso que haya tenido lugar la consolidación del superyó, la tercera de las instancias psíquicas que contempla la segunda tópica, representante de las figuras de los padres y cuya función es actuar tanto de conciencia moral como de regulador de la autoestima. Así, el conflicto se produciría entre un superyó hipermaduro y severo que juzgaría como excesivamente peligrosos o censurables los impulsos normales tanto afectivos como agresivos propios del yo del niño en ese momento del desarrollo. El punto de fijación hacia el cual se regresaría sería el de la fase anal retentiva, indicando una dificultad a la hora de elaborar la ambivalencia, mientras que los mecanismos de defensa empleados serían el desplazamiento del afecto hacia representaciones más o menos alejadas del conflicto original, el aislamiento y la anulación retroactiva. Del interjuego de todos estos elementos se derivarían los diversos síntomas que forman parte del cuadro.

### **Clínica**

En general, los síntomas del TOC en niños son similares a los de pacientes adultos y se resumen en la siguiente tabla (Swedo et al., 1989).



**Tabla 1.** Principales síntomas referidos por 70 niños y adolescentes consecutivos con trastorno obsesivo – compulsivo primario severo

Fuente: Swedo et al (1989).

Síntomas	N	%
<b>Compulsiones</b>		
Lavarse las manos, ducharse, bañarse o acicalar las manos en exceso o de forma ritualizada	60	85
Rituales de repetición (entrar y salir de la puerta, levantarse y sentarse en la silla)	36	51
Comprobación (puertas, cerraduras, estufas, electrodomésticos, freno de mano, deberes)	32	46
Rituales para eliminar el contacto con contaminantes	16	23
Tocar	14	20
Medidas para prevenir daños a uno mismo o a los demás	11	16
Ordenar o organizar	12	17
Contar	13	18
Rituales de acaparamiento/recogida	8	11
Rituales de limpieza doméstica u objetos inanimados	4	6
Rituales varios (por ejemplo, escribir, mover, hablar)	18	26
<b>Obsesiones</b>		
Preocupación por la suciedad, los gérmenes y los tóxicos ambientales	28	40
Que algo terrible suceda (incendio, muerte / enfermedad de uno mismo o de un ser querido)	17	24
Simetría, orden o exactitud	12	17
Escrupulosidad (obsesiones religiosas)	9	13
Preocupación o disgusto con los desechos corporales o secreciones (orina, heces, saliva)	6	8
Números de la suerte o de la mala suerte	6	8
Pensamientos, imágenes o impulsos sexuales prohibidos, agresivos o perversos	3	4
Miedo a dañar a los demás o a uno mismo	3	4
Preocupación por los artículos del hogar	2	3
Sonidos, palabras o música intrusivas	1	1

De acuerdo con el trabajo del que proviene la tabla (Swedo et al., 1989) los niños presentan con bastante frecuencia tanto rituales como obsesiones, con un cambio en el patrón de los síntomas de hasta en el 90% de los casos, variando a lo largo del tiempo tanto en su intensidad como en el síntoma predominante. En población infantil, los rituales son más frecuentes que las obsesiones, y los obsesivos “puros” son menos frecuentes que los ritualizadores “puros”, es decir, aquellos niños que llevan a cabo rituales y no refieren pensamientos obsesivos acompañantes, sino más bien la urgencia y necesidad de llevarlos a cabo. En este sentido,

algunos niños describen estímulos que actuarían como “gatillos” que desencadenarían los rituales, de modo que tenderían a evitarlos.

Por el tipo y contenido del síntoma, los rituales de lavado son los más frecuentes, con predominio del lavado de manos sobre el de duchado, representando entre ambos la casi totalidad de los rituales de este tipo. Los rituales de repetición y comprobación les siguen a una distancia considerable. En cuanto a las obsesiones, predominan las relativas a la suciedad y los gérmenes, seguidas del temor de que algo malo pueda suceder.

Los niños con un TOC de inicio temprano generalmente comienzan sus rituales u obsesiones de una manera fácilmente reconocible, como lavarse las manos en exceso o revisar y repetir ritualmente. En algunos casos, sin embargo, la clínica de presentación está alterada por la inmadurez del desarrollo del niño.

### **Comorbilidad**

El TOC en niños y adolescentes presenta una tasa de comorbilidad de entre el 68% y 100% de los casos, según diferentes estudios. En cualquier caso, la comorbilidad parece ser la regla y no la excepción y, a mayor gravedad del TOC, mayor probabilidad de que haya uno o más trastornos comórbidos asociados. Los cuadros que con más frecuencia aparecen son los trastornos de ansiedad, los trastornos por tics, el trastorno por déficit de atención e hiperactividad (TDA/H) y los trastornos de la personalidad, que se hacen cada vez más frecuentes según avanza la edad. Estudios recientes han revelado tasas más altas de trastornos externalizantes (Walitza et al., 2011). La asociación con un episodio depresivo mayor y con fobia social aparece también en algunos estudios (Chowdhury, Mullick, & Arafat, 2016; Douglass et al., 1995). Como se ha indicado anteriormente, no se ha podido establecer de forma estable la comorbilidad de TOC y trastorno por tics como entidad específica.

### **Diagnóstico**

Como en el resto de la patología psiquiátrica, el diagnóstico es clínico, una vez descartada la organicidad y hecho el diagnóstico diferencial con otros cuadros en los cuales las conductas

ritualizadas y las obsesiones puedan estar presentes. En este sentido, es importante establecer las diferencias con algunos TEA, así como descartar la presencia de trastornos afectivos en los que los rituales y obsesiones formen parte de la manifestación de este.

Por último, no hay que perder de vista la función de la sintomatología obsesiva como la última barrera que contiene la irrupción de angustias más profundas, de tipo psicótico. Esta diferenciación es importante llevarla a cabo en la medida en que aquellos cuadros de TOC que se psicotizan podrían ser, en realidad, el trasunto de esta situación, es decir, mecanismos mediante los cuales el individuo intenta mantenerse anclado a la realidad ante la amenaza de pérdida de contacto con la misma.

### **Diagnóstico diferencial**

Hay una serie de entidades con las que es preciso hacer el diagnóstico diferencial. Así, con el trastorno obsesivo de la personalidad, con un episodio depresivo mayor con predominio de sintomatología obsesiva, con la hipocondría, con el síndrome de Tourette, con las conductas ritualizadas que pueden aparecer en los trastornos de la conducta alimentaria, con algunas formas de debut de la esquizofrenia y con los comportamientos estereotipados de los trastornos generalizados del desarrollo, en especial en los cuadros de inicio temprano.

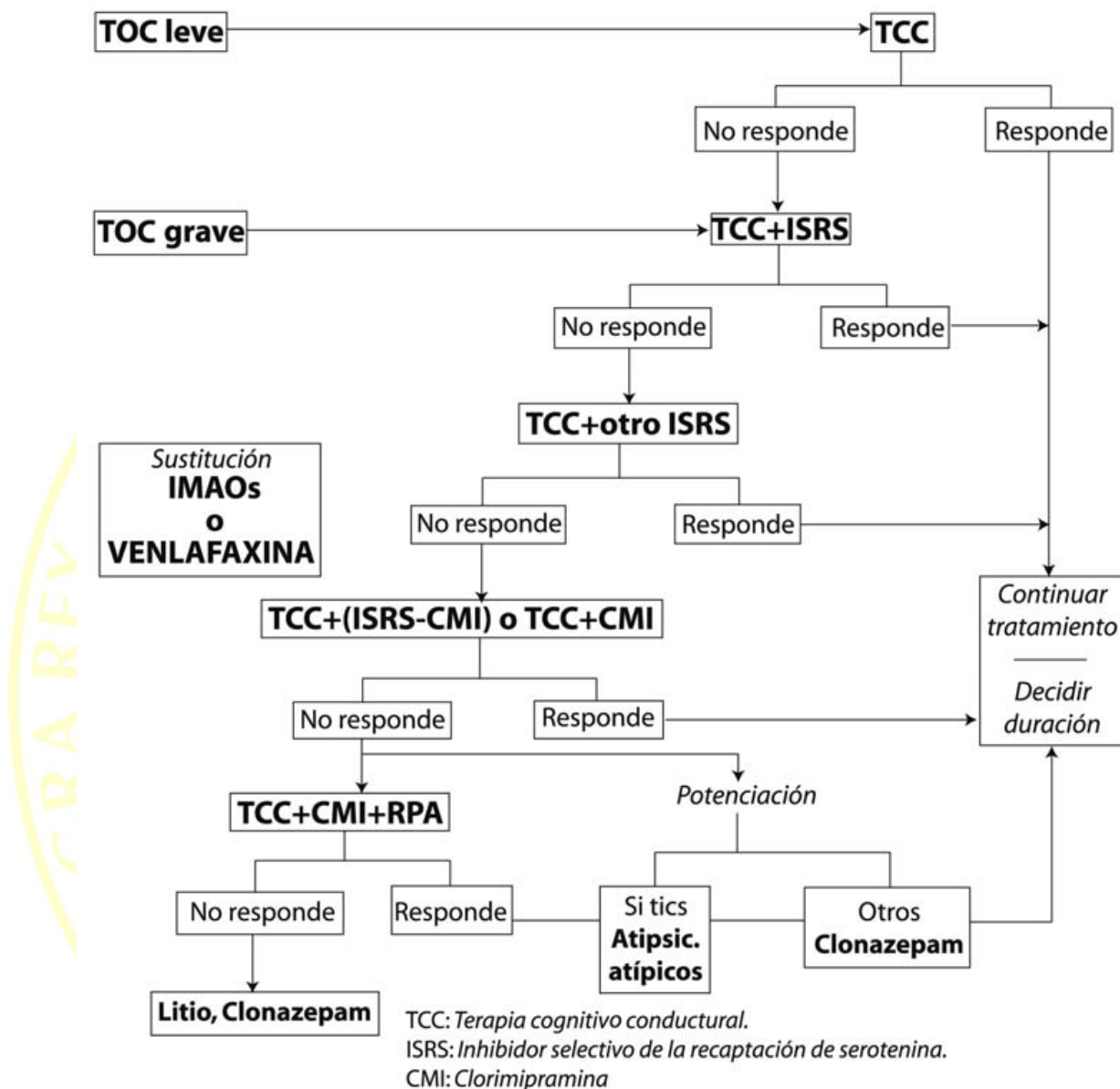
### **Tratamiento**

Por su claridad, reproducimos el protocolo de tratamiento del TOC de la AEPNYA.



Figura 2: Algoritmo terapéutico del TOC en niños y adolescentes

Fuente: De la fuente & Herreros (2010), p. 96



Como puede verse, la indicación está en función de la gravedad. En los casos leves se inicia con terapia de orientación cognitivo conductual, que incluye cualquiera de estas tres técnicas, solas o en combinación:

- Exposición y prevención de respuesta. De elección en el TOC, consiste en entrenar al menor a exponerse a las obsesiones y a evitar actuar las compulsiones.

- Reestructuración cognitiva. Intenta modificar las falsas convicciones, parar el pensamiento obsesivo y discutir la necesidad de llevar a cabo las compulsiones.
- Relajación. Se emplea para contener el descontrol emocional durante los ejercicios de exposición y prevención, aunque no tiene beneficio directo sobre el TOC.

En los casos graves o en aquellos casos que no han respondido a la terapia cognitivo – conductual, se recurre al empleo de fármacos.

- La primera línea la componen los inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina (ISRS) debido a su mejor relación beneficio / riesgo con un perfil de efectos secundarios caracterizado por náuseas, sedación o alteraciones del sueño, que suelen remitir en el momento en que aparece el efecto terapéutico. Se iniciarán a las dosis habituales, con aumentos progresivos cada 8 semanas en caso de no obtener la respuesta deseada, alcanzando dosis superiores a las utilizadas en el tratamiento de los episodios depresivos. Los fármacos habitualmente empleados son citalopram hasta 40mg/día, fluoxetina hasta 40mg/día, fluvoxamina hasta 200mg/día, paroxetina hasta 30mg/día y sertralina hasta 200mg/día. De todos ellos, los dos únicos que cuentan con indicación específica en ficha técnica son fluvoxamina y sertralina (Dualde Beltrán, s. f.). La segunda línea de antidepresivos implica el empleo de clomipramina, con efectos a nivel de conducción cardíaca, así como por su acción anticolinérgica –sequedad de boca, retención urinaria– con dosis que pueden llegar hasta los 150mg/día en función de la edad y la sintomatología acompañante.
- En los casos severos y resistentes se recurre a la combinación de los anteriores con antipsicóticos como haloperidol, risperidona, pimozida y olanzapina, con preferencia por estos dos últimos por su acción antiobsesiva.

- Otros tratamientos empleados, como los agonistas opiáceos, la estimulación magnética transcraneal o las terapias inmunológicas y/o antibióticas para los casos de PANDAS requieren de estudios más completos para poder estandarizar su empleo. En casos graves, algunas guías plantean la opción de la psicocirugía.

El tratamiento farmacológico suele ser prolongado y está expuesto a recaídas. Por ello, la combinación con psicoterapia parece ofrecer los mejores resultados en términos tanto de tratamiento de los síntomas como de prevención de recaídas. Las obsesiones puras suelen ser poco accesibles al mismo mientras que las obsesiones y compulsiones de orden, contaminación, de contar y de repetición suelen responder bien. Tanto los tratamientos de terapia cognitivo–conductual como los farmacológicos muestran una eficacia mayor y más contrastada cuanto mayor es la edad del paciente (González Rodríguez & Rodríguez Ramos, 2014).

## Bibliografía

- American Psychiatric Association. (2014). *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (DSM-5®)*. (Asociación Americana de Psiquiatría, Ed.), Médica Panamericana (5ª). Arlington: Editorial Médica Panamericana.
- Cath, D. C., Hedderly, T., Ludolph, A. G., Stern, J. S., Murphy, T., Hartmann, A., ... Wolanczyck, T. (2011). European clinical guidelines for Tourette Syndrome and other tic disorders. Part I: Assessment. *European Child and Adolescent Psychiatry*, 20(4), 155-171.  
<https://doi.org/10.1007/s00787-011-0164-6>
- Chowdhury, M. H. R., Mullick, M. S. I., & Arafat, S. M. Y. (2016). Clinical Profile and Comorbidity of Obsessive-Compulsive Disorder among Children and Adolescents: A Cross-Sectional Observation in Bangladesh. *Psychiatry Journal*, 2016, 1-7.  
<https://doi.org/10.1155/2016/9029630>
- Conelea, C. A., Walther, M. R., Freeman, J. B., Garcia, A. M., Sapyta, J., Khanna, M., & Franklin, M. (2014). Tic-related obsessive-compulsive disorder (OCD): Phenomenology and treatment



- outcome in the Pediatric OCD Treatment Study II. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 53(12), 1308-1316. <https://doi.org/10.1016/j.jaac.2014.09.014>
- De la fuente, J. E., & Herreros, Ó. (Eds.). (2010). *Protocolos clínicos*. Madrid: Asociación Española de Psiquiatría del Niño y del Adolescente. <https://doi.org/10.1192/bjp.111.479.1009-a>
- Douglass, H. M., Moffitt, T. E., Dar, R., McGee, R., & Silva, P. (1995). Obsessive-Compulsive Disorder in a Birth Cohort of 18-Year-Olds: Prevalence and Predictors. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 34(11), 1424-1431. <https://doi.org/10.1097/00004583-199511000-00008>
- Dualde Beltrán, F. (s. f.). Las indicaciones conforme a ficha técnica de los psicofármacos prescritos en psiquiatría del niño y del adolescente. Revisión, actualización, uso “fuera de ficha” y consideraciones legales.
- Evans, D. W., & Leckman, J. F. (2006). Origins of Obsessive-Compulsive Disorder: Developmental and Evolutionary Perspectives. En D. Cicchetti & D. J. Cohen (Eds.), *Developmental Psychopathology: Second Edition* (2ª, Vol. 3, pp. 404-435). John Wiley & Sons. <https://doi.org/10.1002/9780470939406.ch10>
- Garcia, A. M., Freeman, J. B., Himle, M. B., Berman, N. C., Ogata, A. K., Ng, J., ... Leonard, H. (2009). Phenomenology of early childhood onset obsessive compulsive disorder. *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment*, 31(2), 104-111. <https://doi.org/10.1007/s10862-008-9094-0>
- González Rodríguez, P., & Rodríguez Ramos, P. (2014). Trastorno obsesivo-compulsivo en la infancia. En *Curso de psiquiatría infantil* (pp. 14-22). Sociedad Española de Pediatría Extrahospitalaria y Atención Primaria - IMC.
- Hollander, E., Friedberg, J. P., Wasserman, S., Yeh, C.-C., & Iyengar, R. (2006). The Case for the OCD Spectrum. En *Concepts and Controversies in Obsessive-Compulsive Disorder* (pp. 95-118). [https://doi.org/10.1007/0-387-23370-9\\_5](https://doi.org/10.1007/0-387-23370-9_5)
- Khodayar-Pardo, P., & Álvarez-Bravos, L. (2020). Abrupt and Severe Obsessive-Compulsive Disorder in an 11-Year-Old Girl—PANDAS/PANS Syndrome. *Journal of Developmental & Behavioral Pediatrics*, 41(5), 406-409. <https://doi.org/10.1097/dbp.0000000000000807>

- Knight, T., Steeves, T., Day, L., Lowerison, M., Jette, N., & Pringsheim, T. (2012). Prevalence of tic disorders: A systematic review and meta-analysis. *Pediatric Neurology*, 47(2), 77-90.  
<https://doi.org/10.1016/j.pediatrneurol.2012.05.002>
- Leckman, J. F., & Harris, N. (2012). Tic disorders, New European guidelines highlight best practice in diagnosis and management. *Bmj*, 7659(January), 1-2. <https://doi.org/10.1136/bmj.d7659>
- Mahler, M. S. (1990). *Estudios 1: Psicosis Infantiles Y Otros Trabajos*. Buenos Aires: Paidós.
- Ministerio de sanidad política social e igualdad, . (2012). *Clasificación Internacional de Enfermedades 9ª revisión Modificación clínica. CIE-9-MC (8ª)*.
- Misès, R. (Ed.). (2012). *Classification française des troubles mentaux de l'enfant et de l'adolescent-R-2012*. Presses de l'EHESP.
- Müller-Vahl, K. R., Cath, D. C., Cavanna, A. E., Dehning, S., Porta, M., Robertson, M. M., ... Wolanczyck, T. (2011). European clinical guidelines for Tourette syndrome and other tic disorders. Part IV: Deep brain stimulation. *European Child and Adolescent Psychiatry*, 20(4), 209-217. <https://doi.org/10.1007/s00787-011-0166-4>
- Organización Panamericana de la Salud. (2008). *CIE-10 clasificación estadística internacional de enfermedades y problemas relacionados con la salud, Volumen 1*. Washington: Organización Panamericana de la Salud.
- Publisher. (2011). Erratum: European clinical guidelines for Tourette Syndrome and other tic disorders. *European Child and Adolescent Psychiatry*, 20(7), 377.  
<https://doi.org/10.1007/s00787-011-0195-z>
- Roessner, V., Plessen, K. J., Rothenberger, A., Ludolph, A. G., Rizzo, R., Skov, L., ... Wolanczyck, T. (2011). European clinical guidelines for Tourette syndrome and other tic disorders. Part II: Pharmacological treatment. *European Child and Adolescent Psychiatry*, 20(4), 173-196.  
<https://doi.org/10.1007/s00787-011-0163-7>
- Roessner, V., Rothenberger, A., Rickards, H., & Hoekstra, P. J. (2011). European clinical guidelines for Tourette Syndrome and other tic disorders. Editorial. *European Child and Adolescent Psychiatry*, 20(4), 153-154. <https://doi.org/10.1007/s00787-011-0164-6>
- Swedo, S. E., Leckman, J. F., & Rose, N. R. (2012). From Research Subgroup to Clinical Syndrome: Modifying the PANDAS Criteria to Describe PANS (Pediatric Acute-onset Neuropsychiatric

- Syndrome). *Pediatrics & Therapeutics*, 02(02), 113. <https://doi.org/10.4172/2161-0665.1000113>
- Swedo, S. E., Leonard, H. L., Garvey, M., Mittleman, B., Allen, A. J., Perlmutter, S., ... Dubbert, B. K. (1998). Pediatric Autoimmune Neuropsychiatric Disorders Associated With Streptococcal Infections: Clinical Description of the First 50 Cases. *American Journal of Psychiatry*, 155(2), 264-271.
- Swedo, S. E., Rapoport, J. L., Leonard, H., Lenane, M., & Cheslow, D. (1989). Obsessive-Compulsive Disorder in Children and Adolescents: Clinical Phenomenology of 70 Consecutive Cases. *Archives of General Psychiatry*, 46(4), 335-341.  
<https://doi.org/10.1001/archpsyc.1989.01810040041007>
- Taylor, S. (2011). Early versus late onset obsessive-compulsive disorder: Evidence for distinct subtypes. *Clinical Psychology Review*, 31(7), 1083-1100.  
<https://doi.org/10.1016/j.cpr.2011.06.007>
- Verdellen, C., Van De Griendt, J., Hartmann, A., Murphy, T., Androutsos, C., Aschauer, H., ... Wolanczyck, T. (2011). European clinical guidelines for Tourette syndrome and other tic disorders. Part III: Behavioural and psychosocial interventions. *European Child and Adolescent Psychiatry*, 20(4), 197-207. <https://doi.org/10.1007/s00787-011-0167-3>
- Walitza, S., Melfsen, S., Jans, T., Zellmann, H., Wewetzer, C., & Warnke, A. (2011). Obsessive-compulsive disorder in children and adolescents. *Deutsches Arzteblatt International*, 108(11), 173-179. <https://doi.org/10.3238/arztebl.2011.0173>