

Se trata de un adolescente de 13 años que ingresa en el Servicio de Pediatría por presentar cuadro de obsesiones y compulsiones de dos años de evolución, previamente etiquetado de trastorno psicótico.

Antecedentes familiares: tiene dos hermanos, una mujer de 32 años y un varón de 26, ambos casados y que viven fuera del núcleo familiar. El paciente convive con sus padres naturales. No existen antecedentes familiares de enfermedad física o psicológica. El padre tiene 62 años y la madre 50. Trabajan en el negocio familiar (frutería). El nivel socioeconómico de la familia es medio. La relación familiar es de tipo estructurante. No existe discrepancia educativa entre ambos progenitores.

Antecedentes personales: fruto de una tercera gestación bien controlada. Parto a término. PN 4500 grs. Fractura de clavícula al nacer. Periodo neonatal sin incidencias. Ausencia de trastornos de la alimentación o de sueño durante el primer año. Inicio de deambulación y de habla tardía (a los 15 meses). Control esfinterial normal. Lateralidad izquierda homogénea. En lo referente a la motricidad fina manifestaba poca estabilidad por problema de sobrepeso. Adquiere las nociones de espacio y de tiempo adecuadamente. Presentó un tic a los cuatro años (cerraba los ojos) que desapareció espontáneamente.

Enfermedades propias de la edad. Operación de fimosis a los 12 años.

Clínica actual: el cuadro se inicia hace dos años manifestando inhibición en la conducta, evitación de situaciones que se relacionaban con la posibilidad de contraer enfermedades, complejos sobre altura y tamaño de la cabeza, y bajo rendimiento escolar junto a dificultades de concentración. A su vez presenta pérdida progresiva de intereses propios de su edad.

Ante dicha sintomatología, le llevan al médico de cabecera que lo remite al Psiquiatra y éste a la Psicólogo de zona que lo atiende terapéuticamente durante un año y medio, y es diagnosticado, según referencias maternas, de "doble personalidad". No recibe tratamiento farmacológico. A pesar de que la psicóloga valora una mejoría en el caso, el paciente refiere la necesidad de cambio de terapeuta porque se encuentra peor. Desde hace pocas semanas y, hasta el momento del ingreso acude a la consulta de otro psicólogo.

El cuadro no mejora a través de régimen ambulatorio, por lo que se decide el ingreso.

La madre refiere gran diversidad de actos compulsivos como defensa a pensamientos e imágenes recurrentes que experimenta el niño como intrusivos e inapropiados (ideas obsesivas) y que le causan un malestar significativo.

Las ideaciones obsesivas principales son las siguientes: cambiarse la mente por la de otras personas, temor a ver esas personas e imágenes recurrentes en la mente de esas personas, temor al roce, temor a ser dañado, temor a que otros sufran

daños a causa de algo que él ha hecho o dejado de hacer, y números pares.

Los actos compulsivos principales son los siguientes: gritos (muchas veces al día, como mínimo cuarenta), rituales que incluyen a otras personas (familiares principalmente), fijación de la mirada para que desaparezca el pensamiento, compulsiones de repetición (reescribir, pisadas en el mismo sitio, pasar-retroceder a través de la puerta), y evitación de tocar a las personas que teme.

El niño es definido como lento, con una apatía remarcable y en aumento durante los últimos tiempos. Es muy desordenado y poco meticulado. Ausencia de trastornos del sueño. Se muestra muy afectivo con los miembros de su familia.

Exploración psicológica:

- **WISC.** Presencia de diferencia significativa mayor de 15 puntos entre el CI verbal y el manipulativo, obteniendo un CI verbal de 103, y un CI manipulativo de 77, con un total en la escala de 89, correspondiente a una inteligencia media-baja.

- **Cuestionario de atención Toulouse-Pieron.** Los resultados atribuyen una falta de concentración, excediendo las omisiones el 20%. (Centil 50).

- **Test de percepción de diferencias.** Presenta una capacidad ligeramente inferior a la media en lo referente a la percepción de semejanzas y diferencias y patrones estimulantes parcialmente ordenados. (Centil 45).

- **Figura de Rey-A.** Realiza la figura a través de la yuxtaposición de detalles. Grandes dificultades en el área de la memoria remota. (Copia Centil 65; Memoria Centil 13'5).

- **STAI.** Los resultados indican una clara tendencia personal a la ansiedad. No hay presencia de ansiedad en el momento de la pasación de la prueba. (A-E Centil 55; A-R Centil 77).

- **Cuestionario de miedos.** Gran diversidad de temores. Los miedos de mayor relevancia por su significación son aquellos que aluden a situaciones que hagan peligrar la propia seguridad o que impliquen dolor, junto con el temor a la crítica tanto escolar como familiar.

- **Escala de Yale-Brown de Obsesiones y Compulsiones.** La escala fue administrada a la madre y el niño, y se valoró el cuadro a su inicio. El tiempo en la ideación obsesiva es extremo ocupando más de 8 horas al día o teniendo intrusiones casi constantes; El intervalo libre de ideas obsesivas es menor a 1 hora por día consecutivamente libre de síntomas; La interferencia por las ideas obsesivas es severa, causando limitaciones sustanciales en el funcionamiento social y escolar; Hay una presencia de malestar asociado extremo; El paciente se rinde completamente y voluntariamente a todas las obsesiones, y las vive como completamente involuntario, raramente siendo capaz de desviar el pensamiento incluso momentáneamente.

En cuanto a los actos compulsivos, el paciente emplea de 3

180 a 8 horas por día realizando sus rituales o comportamientos compulsivos más frecuentes. Presenta menos de una hora por día consecutiva libre de síntomas. Manifiesta a su vez una ansiedad/frustración incapacitante como resultado de cualquier intento de modificar la actividad compulsiva, rindiéndose a todas las compulsiones completa y voluntariamente. La presión por llevar a cabo el comportamiento la siente como completamente involuntaria y todopoderosa, raramente siendo capaz de retrasar el momento de la compulsión.

En general, el paciente está convencido de sus preocupaciones o comportamientos como razonables, no aceptando evidencias contrarias. A su vez, hace prácticamente todo lo que puede por evitar activar sus síntomas. Continuamente considera las ventajas e inconvenientes de temas que no son esenciales. Hay una lentitud-inercia muy relevante en su conducta, siendo incapaz de comenzar o completar tareas y actividades rutinarias sin asistencia completa. En síntesis, el funcionamiento personal está completamente afectado.

- **Test de adaptación infantil TAMAI.** A través de los resultados se aprecia autosuficiencia defensiva, insatisfacción y comportamiento inadecuado respecto a la realidad escolar, choque con la normativa social, y ausencia de restricción social. Buena adaptación familiar.

- **Cuestionario de depresión infantil CDS.** Ausencia de diversión, alegría y felicidad en la vida del niño, o incapacidad para experimentarla. Ausencia de sentimientos de tipo depresivo. (Total Positivos Centil 95; Total depresivos Centil 25).

- **Test proyectivos HTP-P y Familia.** Se ponen de manifiesto ansiedad, inadecuación, retraimiento, vacilación de la conducta y duda ante situaciones nuevas, rasgos obsesivos, dependencia e impulsividad.

Pruebas neurológicas: se le practica un TAC cerebral sin hallazgos patológicos. El EEG es normal. Sin embargo, a través del SPECT cerebral se observa una captación cortical global heterogénea, una dudosa hipocaptación a la zona más inferior del lóbulo temporal derecho y una hipocaptación parietoccipital posterior bilateral.

Diagnóstico: el TOC se caracteriza según el DSM-IV por la presencia recurrente de obsesiones y compulsiones que producen un evidente malestar al paciente y le interfieren en el desarrollo de su vida.

Los TOC, desde un punto de vista semiológico, se caracterizan por la presencia de dos manifestaciones clínicas básicas:

a) En primer lugar, por la presencia de la **obsesión**; las obsesiones son pensamientos, imágenes o impulsos egodistónicos, que aparecen de forma repetida, intrusiva, en contra de la voluntad del individuo, que suelen generarle un gran malestar o angustia ante el fracaso que significa no poder conseguir dejar de pensar en la idea obsesivizada. Se generan a partir de cual-

quier contenido de pensamiento y se manifiestan como palabras, ideas, temores recuerdos, imágenes, dibujos, tonadillas musicales o escenas dramáticas. Suelen acompañarse de alteraciones disfóricas, tales como: miedo, disgusto, dudas, sentimientos de malestar sobre todo lo que le afecta de su alrededor sobre todo desde una vertiente afectiva. Al igual que los adultos, intentan ignorar, suprimir o neutralizar estas obsesiones y los sentimientos que se asocian con ellas, poniendo en marcha las compulsiones.

b) En segundo lugar se encuentra la **compulsión**, la cual consiste en un acto o sucesión de actos motores, ritualizados, estereotipados, que el individuo que los presenta, no puede evitar su realización. Se definen como "actos que son la resultante del sentimiento o convicción personal de que la ejecución de ciertos rituales de conducta o el seguir ciertas reglas fijas, frente a las ideaciones obsesivas, permitirán aunque sea con gran esfuerzo erradicar ciertos pensamientos o impulsos obsesivos y con ello evitar un posible daño o que se desencadene determinado acontecimiento, que podría causar un enorme malestar". Ciertas compulsiones que pueden observarse como conductas repetitivas, tales como lavarse o el encubrir determinados actos mentales, como contar, también sirven para aliviar o neutralizar los sentimientos disfóricos que acompañan a las obsesiones.

Tanto en este tipo de manifestación como en otra, destaca mayormente "el malestar y el sufrimiento" que tal situación provoca en el individuo que la padece, al sentirse obligado a pensar algo o hacer algo que no desea, en sí mismo, ni pensar ni hacer. Esta contradicción entre el "deseo de no hacer" y la presencia de un malestar creciente para conseguir no hacerlo, hasta que cede y lo hace, conlleva una fuerte lucha interna en el paciente.

Los síntomas más frecuentes en el Trastorno Obsesivo-Compulsivo son:

Ideas obsesivas	Actos Compulsivos
De contaminación	Lavado
Daño sobre sí o sobre los demás	Repetirse
De agresividad	Controlar, comprobar
De sexualidad	Tocarse
Escrupulosidad, Religiosidad	Contar
Pensamientos, ideas prohibidas	Ordenar/arreglar
Necesidad de simetría	Acumular, coleccionar
Necesidad de decir, de contar una cosa	Rezar

Para diagnosticar a un niño o un adolescente que padece un TOC es necesario que presente cualquiera de estos dos fenómenos: sean las obsesiones o bien las compulsiones. Aunque la gran mayoría presentan las dos. Por otra parte los síntomas deben ser origen y causa de malestar haciéndole perder tiempo (más de una hora al día) o perturbando su comportamiento has-

ta el punto de interferir su vida escolar o sus actividades sociales y relaciones personales.

Diagnóstico diferencial: es importante no confundir las alteraciones obsesivo-compulsivas normales del niño y del adolescente con la neurosis obsesiva/trastorno obsesivo-compulsivo, puesto que la instauración de un tratamiento, sobretodo de tipo farmacológico, en estos falsos pacientes podría ser muy perjudicial para su progresión madurativa.

En el mismo sentido debe distinguirse la **personalidad obsesiva-compulsiva** del TOC, a través de un meticuloso análisis de la sintomatología y de la estructuración psicopatológica.

En otro sentido, la sobrevaloración ideativa en los pacientes obsesivos puede llevar a dificultades en la diferenciación diagnóstica de **cuadros de tipo psicótico o delirante**; los pacientes con trastornos obsesivos no tienen la sensación de que sus ideas le sean impuestas desde el exterior, como los que están afectados de trastornos psicóticos o delirantes.

El diagnóstico diferencial entre los TOC y la **depresión** es en ciertas ocasiones difícil, ya que a menudo cursan juntos, los sentimientos depresivos generalmente aparecen como telón de fondo de los cuadros obsesivos. Si el trastorno es agudo, se dará preferencia al criterio diagnóstico de la sintomatología que apareció en primer lugar; si ambos están y ninguno predomina, es mejor considerar la depresión como principal, cuando el trastorno es crónico, se dará prioridad, a la sintomatología que sea más predominante.

La existencia de **crisis de angustia ocasionales o síntomas fóbicos** de escasa intensidad no tienen ningún valor.

Cuando las alteraciones obsesivo-compulsivas aparecen en la **esquizofrenia**, en un **Síndrome de Gilles de la Tourette** o en el curso de **trastornos mentales orgánicos** si que deben ser considerados como parte de estos estados mencionados y no como un síndrome independiente que curse asociado a otros trastornos.

Las obsesiones y las compulsiones habitualmente coexisten con el trastorno obsesivo-compulsivo. Es útil predominar cual es que predomina, puesto que el tratamiento se enfocará de forma distinta.

Debemos tener en cuenta un conjunto de síndromes en los que las alteraciones obsesivo-compulsivas pueden asociarse, su diagnóstico se facilitará gracias a que la clínica asociada propia del síndrome es la que define el trastorno; y, que en resumen son: la anorexia nerviosa, la dismorfofobia, los trastornos delirantes, la depresión, la hipocondría, la personalidad obsesivo-compulsiva, el trastorno mental orgánico, el trastorno de pánico

(crisis de angustia), la psicosis precoz o trastorno profundo del desarrollo, la fobia, el estrés postraumático, la esquizofrenia, la personalidad esquizotípica, los trastornos de somatización, los trastornos somatoformes, la tricotilomanía, el síndrome de Gilles de la Tourette y la fobia-miedo al SIDA,

Tratamiento: el paciente presenta una positiva respuesta clínica evolutiva global, con notable reducción de la sintomatología obsesivo compulsiva por lo que se procede al alta, acudiendo a control ambulatorio posteriormente. El tratamiento inicial al alta es el siguiente: Fluoxetina 20 mg cada 8h., Diazepam 5 mg cada 12 h., Alprazolam 1mg cada 8 h., y Clomipramina 25 mg cada 12 h.

Evolución: el paciente ha presentado una remisión de la sintomatología progresiva tras dos meses de tratamiento farmacológico y psicoterapéutico.

Se le aplica entonces la Escala de Obsesiones y Compulsiones de Yale-Brown, remitiendo la mayoría de obsesiones, solo presentando imágenes intrusivas de otras personas.

Las intrusiones son ocasionales, valoradas con una frecuencia de 1 a 3 horas diarias. Existen intervalos moderadamente largos sin síntomas o más de 3 y menos de 8 horas consecutivas sin ideas obsesivas. Aparece una ligera interferencia en actividades sociales o familiares, pero el funcionamiento global no se ve afectado. El malestar asociado a las ideaciones obsesivas es moderado, siendo manejable. Actualmente es capaz de desviar o parar las obsesiones con cierto esfuerzo o concentración, controlándolas.

En cuanto a los actos compulsivos, han sido sustituidos por rituales menos aparatosos y sin implicación de otras personas. El paciente para contrarrestar las ideas obsesivas pone los pies en los azulejos (sin tocar las rayas y sin que estén sucios) cuando le aparece la imagen intrusiva de las personas, o bien imagina una bola de nieve que va cubriendo la imagen de la persona. Cuando la imagen se cubre totalmente, la idea obsesiva cesa, según sus referencias.

El paciente manifiesta en la actualidad una comprensión mediana de la sintomatología, admitiendo que sus comportamientos o pensamientos son excesivos, pudiendo tener algunos miedos irracionales pero no con una convicción fija. Ausencia de responsabilidad sobrevalorada, lentitud o duda patológica, valorándose en conjunto una ligera limitación en el funcionamiento personal y una notoria mejoría global.

H. Alvarado, M. Torres, M. Bargadà,
R. Vacas, X. Gastaminza, J. Tomàs

Unidad de Paidopsiquiatría
Hospital Materno-Infantil de la Vall d'Hebró