

PROPUESTA DE PROTOCOLO DE ATENCIÓN PARA NIÑOS Y ADOLESCENTES CON TRASTORNO OBSESIVO COMPULSIVO

Roxana VIVAR () Cecilia ADRIANZEN (*),
Beatrice MACCIOTTA (***) y Gianina MORON (***)*

Se presenta una breve revisión de la literatura sobre el trastorno obsesivo compulsivo (TOC) en niños y adolescentes y las últimas líneas de investigación sobre este trastorno. Dentro de los diversos estudios de investigación que se están realizando en nuestra institución se relievian los estudios clínicos y farmacológicos de TOC en niños y adolescentes y la necesidad de sistematizar el trabajo y la atención al paciente. Se presenta un protocolo de atención y tratamiento para niños y adolescentes con TOC elaborado por las autoras en base a la revisión de la literatura y a la experiencia clínica.

PALABRAS CLAVE: *Trastorno obsesivo-compulsivo - Niños - Adolescentes - Diagnóstico - Tratamiento - Inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina -*

OBSESSIVE-COMPULSIVE DISORDER PROGRAM: PROPOSAL FOR AN ATTENTIONAL PROTOCOL FOR CHILDREN AND ADOLESCENTS

Latest lines of research and a brief review about obsessive-compulsive disorder (OCD) in childhood and adolescents are presented. OCD clinic and pharmacological studies in progress in our institution and the necessity to systematize our work are relieved. Attention and treatment protocol for OCD in childhood and adolescents, performed by the authors according to literature review and clinical experience is presented.

KEY WORDS: *Obsessive-compulsive disorder - Child - Adolescents - Diagnosis - Treatment - Serotonin selective re-uptake inhibitors.*

-
- (*) Psiquiatras de Niños y Adolescentes. Instituto Nacional de Salud Mental "Honorio Delgado-Hideyo Noguchi". Lima, Perú.
- (**) Residente de Psiquiatría de Niños y Adolescentes. Instituto Nacional de Salud Mental "Honorio Delgado-Hideyo Noguchi". Universidad Peruana "Cayetano Heredia". Lima, Perú.
- (***) Psicóloga. Departamento de Niños y Adolescentes. Instituto Nacional de Salud Mental "Honorio Delgado-Hideyo Noguchi". Lima, Perú.

Desde el siglo XV, la literatura psiquiátrica ha consignado descripciones minuciosas de pacientes con obsesiones y compulsiones debilitantes (1); sin embargo, hasta mediados de los años 80, el trastorno obsesivo-compulsivo (TOC), era considerado extremadamente raro; ya que en 1953 Rudin estimó la prevalencia del TOC en 0.05% (2,3). En el Epidemiologic Catchment Area Survey (ECA), realizado en EE.UU en 1984, se halló una prevalencia para TOC de 6 meses de 1.6% y una prevalencia de vida de 2.5%. Se encontró que el TOC era el cuarto trastorno psiquiátrico más común después de fobias, abuso de sustancias y depresión mayor (4). En el Perú, en el distrito de Independencia, investigadores del Instituto Nacional de Salud Mental "Honorio Delgado-Hideyo Noguchi" (INSM "HD-HN"), hallaron una prevalencia de vida para TOC de 5,3% en la primera fase del estudio (1982), y de 2,5% en la segunda (1983) (5,6). Actualmente se acepta que la prevalencia de vida de TOC oscila entre 2 a 3% en población adulta (7). En estudios realizados en niños y adolescentes se ha hallado una prevalencia de TOC de 1% (\pm 0.5%) y una prevalencia a lo largo de la vida de 1.9% (\pm 0.7%) (8).

El TOC usualmente comienza en la adolescencia tardía o adultez temprana, pero puede presentarse en la infancia (7,9). En lo referente al sexo, este trastorno se presenta tanto en hombres como en mujeres. Rasmussen encuentra una razón de 1/1,1 para hombres/mujeres adultos, mientras que en niños se aprecia predominio en el sexo masculino (7). En un estudio retrospectivo de pacientes con diagnóstico de TOC ($n = 150$), atendidos en el INSM "HD-HN" en el periodo comprendido entre julio de 1982 a diciembre de 1995, se encontró que la quinta parte de los pacientes tenía menos de 14 años al momento del diagnóstico y que el 61% tenía menos de 25 años. Además que la edad de

inicio del 82% de pacientes, estuvo comprendida entre los 10 y 24 años; con un 6% que iniciaron sus síntomas antes de los 9 años (10).

El diagnóstico de TOC se hace por la presencia de obsesiones y/o compulsiones que causan malestar e interfieren con el funcionamiento del individuo (11). En los niños el diagnóstico es particularmente difícil ya que en ciertas etapas del desarrollo normal, los niños pueden presentar conductas ritualísticas o compulsivas además de pensamiento mágico; por otro lado, existen otros trastornos de la infancia, niñez y adolescencia que cursan con conductas compulsivas; las estereotipias, propias de algunos trastornos de la infancia y niñez, pueden confundirse con compulsiones; y finalmente, los niños con TOC no comunican sus obsesiones y a que el nivel de desarrollo cognoscitivo y del lenguaje no les permite comprender y transmitir adecuadamente lo que sienten.(8,9,12).

Se ha intentado identificar subtipos de TOC; así, una primera clasificación de TOC toma en cuenta la existencia de antecedente personal o familiar de tics. El subtipo relacionado a tics presenta con mayor frecuencia obsesiones de contenido agresivo, sexual y necesidad de simetría; es más frecuente en el sexo masculino y responden menos a los fármacos inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina (ISRS). Otro criterio de clasificación es la historia familiar de TOC; así el inicio precoz de TOC se relaciona con el antecedente familiar de TOC establecido o TOC subclínico. De acuerdo al cuadro clínico se diferencian cuatro grupos: 1) obsesiones sexuales, agresivas, religiosas o somáticas y compulsiones de comprobación; 2) obsesiones de simetría y compulsiones de acomodar y ordenar; 3) obsesiones de contaminación y compulsiones

de limpieza; y 4) obsesiones de atesoramiento y compulsiones de atesoramiento y coleccionismo (9). En base a estas clasificaciones se están realizando estudios clínicos, etiopatogénicos y terapéuticos. En esta línea los estudios de familia y genéticos han cobrado gran importancia.

La sintomatología del TOC en niños y adolescentes es similar a la de los adultos pero tienden a involucrar a los padres en sus compulsiones y rituales (13). Rapoport presentó una descripción fenomenológica de 70 casos de TOC en niños y adolescentes y los síntomas predominantes fueron: lavado de manos, baño, cepillado de dientes o arreglo personal excesivo o ritualizado en 85%; rituales repetitivos como salir y entrar por las puertas repetidamente o sentarse y pararse de las sillas en 51%; comprobar puertas, tareas, cocinas etc. en 46%; preocupación por la suciedad, gérmenes y toxinas ambientales en 40%; preocupación que algo terrible sucederá en 24%; rituales para evitar contactos contaminantes en 23%; tocar en 20%; contar en 18%; simetría y orden y exactitud en 17%; ordenar y acomodar en 17%; medidas para prevenir daños en 16%; obsesiones religiosas en 13%; rituales de atesoramiento y coleccionismo en 11%; disgusto o preocupación por secreciones corporales en 8%; el mismo porcentaje para números de suerte; rituales de limpieza de la casa u objetos inanimados en 6%; imágenes o impulsos agresivos o sexuales en 4%; el mismo porcentaje para temor a herir a los demás o ser herido; preocupación por asuntos domésticos en 3%; y sonidos, palabras o música intrusiva en 1%. (14).

Otra línea de investigación reciente es la derivada del estudio de los niños con corea de Sydenham. Swedo y colab. en el National Institute of Mental Health han postulado como factor etiológico una respuesta inmune

anormal al estreptococo beta-hemolítico grupo A en niños que luego de una infección estreptocócica, desarrollan TOC con o sin tics y sin corea de Sydenham. A este nuevo síndrome se le ha denominado PANDAS (Paediatric Autoimmune Neuropsychiatric Disorders Associated with Streptococcal Infections); y se le ha observado relación entre reagudizaciones de cuadros de TOC y/o tics con reinfecciones estreptocócicas (9). Además, se ha indentificado un marcador de linfocito B para fiebre reumática llamado D8/17 (existe en el 90 a 100% de los casos de fiebre reumática mientras que en personas sanas se identifica en el 5 a 15%). En un estudio de marcador D8/17 en 27 niños con PANDAS, 9 con corea de Sydenham y 24 controles sanos se identificó en 85%, 89% y 17% respectivamente (9). En otro estudio se identificó este marcador en el 100% de sujetos con TOC y tics mientras que en el grupo control fue positivo en el 5% (9).

En lo referente al tratamiento del TOC, lo aceptado actualmente es la integración psicofarmacológica y psicoterapéutica (principalmente conductual); sin embargo, entre 20 a 30% de pacientes continúan siendo resistentes al tratamiento(7). Otros informan que 90% de pacientes experimentan moderada a marcada mejoría(15). Respecto al uso de fármacos, se ha demostrado la eficacia terapéutica de los medicamentos con acción serotoninérgica, el primero en ser empleado fue la clomipramina (16). No obstante, en este momento los fármacos recomendados como primera elección para el manejo farmacológico de TOC en niños y adolescentes son los ISRS (8,9, 15). De los ISRS, solamente la fluvoxamina ha sido aprobada por la FDA para ser usada en niños con TOC a partir de los 8 años de edad (9); sin embargo los primeros trabajos publicados de uso de ISRS en niños, fueron realizados con fluoxetina; también se está empleando

sertralina y paroxetina (9, 15). No se hace una diferencia especial en uno u otro ISRS, aclarándose que una inadecuada respuesta a un ISRS debería conducir a un ensayo con otro ISRS, antes de proceder a cambiar a clomipramina. Se conoce además que quienes desarrollan el trastorno antes de los 16 años, tienen menores posibilidades de responder que los que desarrollaron la enfermedad más tarde (15).

En el año 1997, en respuesta a una invitación del Departamento de Investigación y Epidemiología (DIE) del INSM "HD-HN" y con su supervisión, se iniciaron dos estudios clínicos con pacientes niños y adolescentes con TOC tratados con dos fármacos ISRS: fluvoxamina y sertralina. Además de la respuesta clínica, de la seguridad y tolerabilidad de los fármacos; se estudiaron las características sociodemográficas, clínicas y familiares de los pacientes, y se vio la necesidad de sistematizar nuestro accionar médico y trabajar acorde a los avances informados en la literatura mundial. Por estas razones se elaboró el Protocolo de Atención para Niños y Adolescentes con TOC, el mismo que ha sido presentado como propuesta al Departamento de Niños y Adolescentes del INSM "HD-HN". Este Protocolo además facilitará realizar investigaciones clínicas con niños y adolescentes peruanos con TOC, estudios clínico-farmacológicos, estudios de familia, etc; y contribuirá con la labor docente en pre y postgrado. Así mismo, será vehículo de comunicación interna y externa del trabajo institucional.

OBJETIVOS

Objetivo general

* Protocolizar la atención de pacientes niños y adolescentes con diagnóstico de Trastorno

obsesivo-compulsivo que acudan al DNA del INSM "HD-HN".

Objetivos específicos

1. Detección precoz del caso.
2. Determinar las características socio-demográficas de los niños y adolescentes peruanos con TOC.
3. Determinar las características clínicas de los niños y adolescentes peruanos con TOC.
4. Detectar TOC y otros trastornos psiquiátricos en la familia.
5. Realizar estudios de familia y genéticos de TOC (en coordinación con el Servicio de Genética del Hospital Base "Cayetano Heredia").
6. Determinar factores de riesgo, protectores y predictores de respuesta clínica
7. Brindar tratamiento multimodal, multidisciplinario y eficaz al paciente con TOC.
8. Evaluar la eficacia, seguridad y tolerancia de los fármacos inhibidores no selectivos y selectivos de la recaptación de serotonina en los niños y adolescentes peruanos con TOC.
9. Brindar tratamiento psicoterapéutico modalidad cognitivo-conductual.
10. Proporcionar información y educación al paciente, a sus familiares y a la comunidad en general sobre este trastorno.
11. Ganar y recopilar experiencia clínica y comunicar los hallazgos.
12. Elaborar un directorio de pacientes con TOC para labor de seguimiento y futuras intervenciones.
13. Contribuir con la labor docente de pre y post grado.

MÉTODO

Sujetos

- * Incluir a todos los pacientes con TOC, menores de 18 años de edad que acudan buscando atención al DNA del INSM "HD-HN", procedentes de consulta externa, de emergencia y centros de salud del INSM "HD-HN"; de otros centros de atención de salud u hospitales; o referidos por médicos particulares, profesores, y otros. Los pacientes deben vivir en el área de influencia del INSM "HD-HN", establecida por el Ministerio de Salud.

Criterios de inclusión

- * Varón o mujer con diagnóstico de TOC según criterios DSM-IV (Apéndice 1), menores de 18 años de edad.
- * Modalidad de atención: ambulatoria u hospitalizado (si el caso lo amerita).
- * Padres firmarán consentimiento informado para integrar el protocolo de TOC (Apéndice 2).

Criterios de exclusión

- * Pacientes cuyos padres no acepten colaborar en el tratamiento. En este caso se brindará mayor información a los padres, se realizará evaluación social con visita domiciliaria; y de ser necesario, se les evaluará en el Departamento de Adultos y Geriatria del INSM.

Condiciones especiales

- * Pacientes con otro diagnóstico psiquiátrico primario.
- * Pacientes que presenten cuadro depresivo con alto riesgo suicida.
- * Pacientes con enfermedad renal, cardiovascular, pulmonar, endocrinológica, metabólica o neurológica significativa, pacientes con antecedente de epilepsia o consumo de alcohol.

- * Pacientes con hipersensibilidad conocida a fármacos susceptibles de ser empleados.
- * Pacientes mujeres que estén gestando o que no usen método contraceptivo seguro si tienen vida sexual activa.
- * Pacientes fármacodependientes (se trabajará en coordinación con el Departamento de Fármacodependencia) del INSM "HD-HN".

Se integrarán al programa de TOC y recibirán atención médica especializada de acuerdo al caso.

Instrumentos

Se utilizarán los siguientes instrumentos:

- * Entrevista diagnóstica para esquizofrenia y trastornos afectivos para niños y adolescentes, versión presente y a lo largo de la vida (K-SADS-PL).
- * Escala de Yale Brown para Trastorno obsesivo-compulsivo versión niños y adolescentes que cuantifica la intensidad de obsesiones y compulsiones (Apéndice 3). La escala se compone de 10 ítems, los primeros cinco miden la severidad del componente obsesivo y los cinco últimos la severidad de las compulsiones. Mide el tiempo que ocupan, incomodidad que causan, interferencia, resistencia y grado de control. Cada ítem se cuantifica de cero (sin síntomas) a 4 (síntomas extremos). El puntaje máximo es de 40.
- * Escala para depresión de Birleson (Apéndice 4).
- * Escala de ansiedad de Hamilton (Apéndice 5)
- * Escala de Impresión clínica global para severidad de la enfermedad (ICG-SE) y para mejoría global (ICG-MG) (Apéndice 6).
- * Las escalas Yale-Brown, Hamilton-ansiedad y la escala de Birleson están siendo validadas en el INSM "HD-HN" por el mismo equipo de investigación.

Procedimiento

* Triage: realizado por el personal de enfermería del DNA del INSM "HD-HN" para detección de caso. Comunicará inmediatamente al psiquiatra responsable del programa de TOC.

* Evaluación médica: realizada por el psiquiatra responsable o psiquiatras integrantes del programa de TOC. Se emplearán los criterios diagnósticos DSM-IV y se revisarán los criterios de inclusión y de exclusión al programa de TOC. Si otro médico psiquiatra no integrante del programa de TOC, detectara un caso, podrá remitir el caso al programa de TOC.

* Evaluación inicial en la Unidad de TOC:

1. Historia clínica (psiquiátrica y médica) completa.
2. Aplicación de las escalas Yale-Brown (Y-BOCS) para TOC, escala de ansiedad de Hamilton, escala de depresión de Birlerson, y las escalas de impresión clínica global.
3. Aplicación de la entrevista diagnóstica K-SADS (podrá completarse en otras sesiones).
4. Lectura, explicación y firma del consentimiento informado.
5. Se solicitarán los siguientes exámenes de laboratorio: hemograma, Hb. Hto, dosaje de glucosa, úrea, creatinina, y transaminasas (exámenes auxiliares basales o de entrada) y ECG. En caso de adolescentes mujeres que tengan vida sexual activa se indicará un examen de preñosticón en orina.
6. Evaluación psicológica.
7. Evaluación social.

* Procedimientos del Protocolo de TOC: ver fluxograma 1

* En caso de comorbilidad psiquiátrica: ver apéndice 7.

RECURSOS

Recursos humanos:

1. Un médico psiquiatra responsable del protocolo de TOC
2. Un médico psiquiatra adjunto
3. Médicos residentes de Psiquiatría Infantil y del Adolescente (rotativo).
4. Un(a) psicólogo(a) con formación en psicoterapia cognitivo-conductual
5. Una trabajadora social.
6. Una enfermera.
7. Dos técnicas de enfermería.

Equipos, materiales e insumos:

1. Los equipos: computadora e impresora y fotocopidora serán facilitados por el DIE del INSM "HD-HN".
2. Los materiales para los protocolos farmacológicos aprobados con anterioridad, serán proporcionados por el DIE del INSM "HD-HN".

Local e instalaciones:

- * Los ambientes a usar serán los del DNA del INSM "HD-HN".

ACTIVIDADES A FUTURO

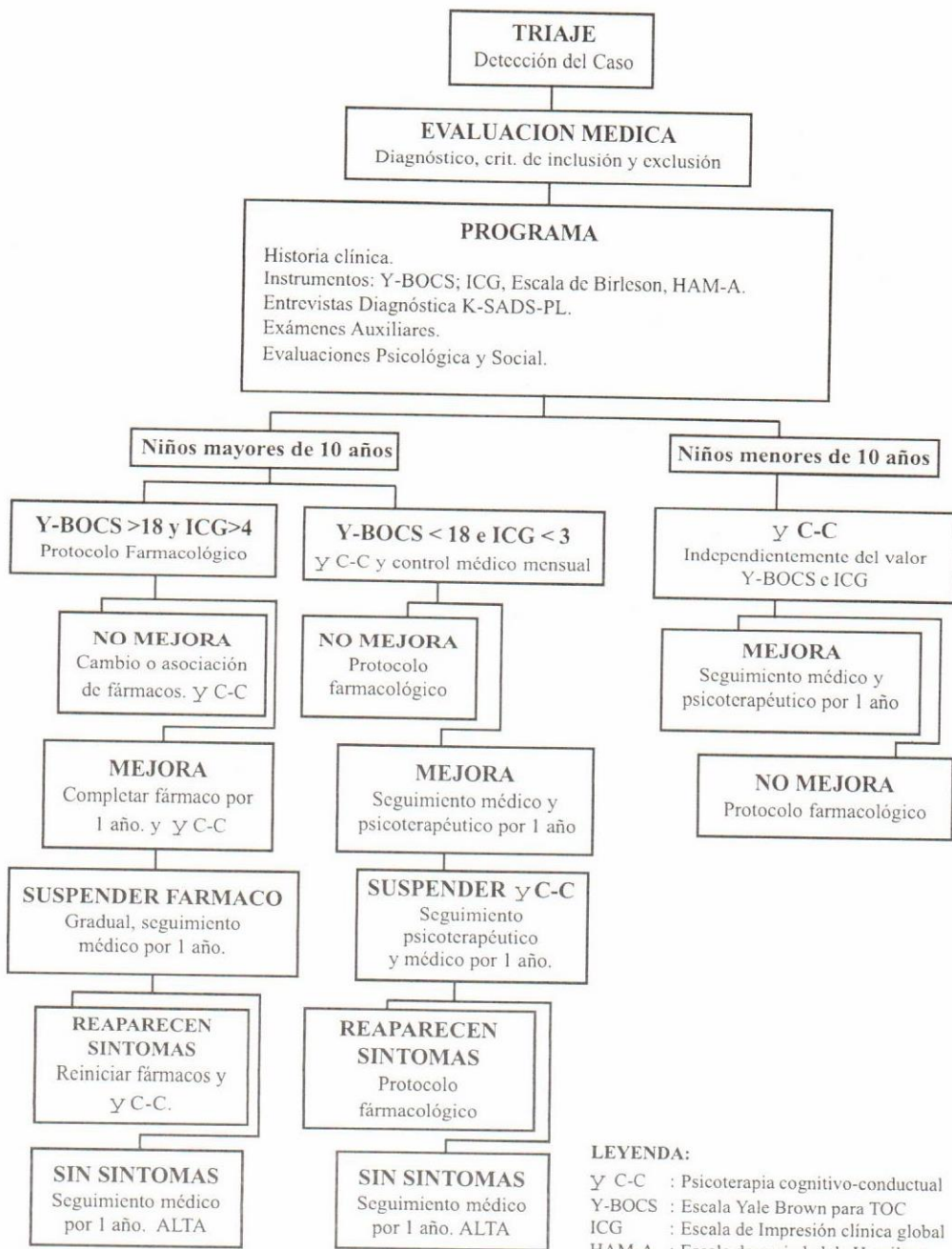
1. Determinación de síntomas obsesivo-compulsivos y de TOC en pacientes con infecciones estreptocócicas asociadas a enfermedades autoinmunes (PANDAS). Comparar prevalencias en TOC relacionado o no a PANDAS .
2. Determinación de prevalencia de TOC en niños y adolescentes con Fiebre reumática, Trastorno de tics y Trastorno de Gilles de la Tourette.
3. Determinación del antígeno de linfocito B D8/17 en los pacientes del programa de TOC y evaluación de respuesta clínica.
4. Estudio de seguimiento a 10 años de los pacientes incluidos en el protocolo de TOC.

REFERENCIAS

- 1) KOLADA J, BLAND R & NEWMAN S. Obsessive-compulsive Disorder. *Acta Psy Scand.*, 1994; Suppl 378:24-35.
- 2) RASSMUSEN & EISEN J Clinical Features and Phenomenology of Obsessive-compulsive Disorder. *Psychiatric Annals*, 1989; 19:67-73.
- 3) PATO M. Obsessive-compulsive Disorder. *Textbook of Psychiatry*. Tasman, Kay & Lieberman (Eds.). Saunders company, Filadelfia. 1997.
- 4) ROBINS L, HELZER J, WEISSMAN M. Lifetime Prevalence of Specific Psychiatric Disorders in Three Sites. *Arch. Gen. Psychiatry*, 1984; 41: 949-958.
- 5) INSTITUTO NACIONAL DE SALUD MENTAL "HONORIO DELGADO-HIDEYO NOGUCHI". Prevalencia de vida de trastornos mentales en Independencia (Lima, Per^l). *Anales de Salud Mental*, 1985; 1: 206-222
- 6) MINOBE K, PERALES A, SOGI C, WHARTON D, LLANOS R, & SATO T. Prevalencia de vida de Trastornos mentales en Independencia (Lima, Per^l). *Anales de Salud Mental*, 1990; 6: 9-20.
- 7) JENIKE M Obsessive-compulsive disorder. *Comprehensive Textbook of Psychiatry*/VI. Kaplan, H. & Sadock B (Eds.). Williams & Wilkins. Baltimore, 1995.
- 8) YARYURA-TOBIAS, J & NEZIROGLU F. Obsessive-Compulsive Disorder of Childhood. *Obsessive-Compulsive Disorder Spectrum*. Am. Psychiatric Press, Washington, D.C., 1997.
- 9) RIDDLE M Obsessive-compulsive disorder in children and adolescents. *British Journal of Psychiatry*, 1998; 173 (suppl. 35), 91-96.
- 10) ADRIANZEN C & NIETO I. Trastorno obsesivo-compulsivo en el Instituto Nacional de Salud Mental "Honorio Delgado-Hideyo Noguchi". *Serie Monografías de Investigación* N° 6, 1997; 63-124.
- 11) AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*, Fourth Edition. Washington D.C., 1994.
- 12) SWEDO S & RAPOPORT J. Phenomenology and Differential Diagnosis of Obsessive-compulsive Disorder in Children and Adolescents. *Obsessive-compulsive Disorder in Children & Adolescents*. Judith Rapoport (Ed.). American Psychiatric Press Washhington, 1989.
- 13) GRADOS M, LABUDA M, RIDDLE M & WALKUP J. Obsessive-compulsive disorder in children and adolescents. *International Review of Psychiatry*, 1997; 9:83-97.
- 14) SWEDO S, RAPOPORT J, LEONARD H. Obsessive-compulsive Disorder in Children and Adolescents. *Clinical Phenomenology of 70 consecutive cases*. *Arch Gen Psychiatry*, 1989; 46: 335-341.
- 15) CASTELLANOS X. Tic Disorders and Obsessive-compulsive Disorder. *Child Psychopharmacology*. T. Walsh (Ed.), American Psychiatric Press. Washington DC., 1998
- 16) ANANTH J. Clomipramine: an Antiobsessive Drug. *Can. J. Psychiatry*, 1986; 31: 253-258.

FLUXOGRAMA 1.

Tratamiento del TOC en Niños y Adolescentes



FLUXOGRAMA 2.

Tratamiento del TOC con comorbilidad en niños y adolescentes



* Trastorno de déficit de atención e hiperactividad.

APÉNDICE 1

Criterios DSM-IV para Trastorno obsesivo-compulsivo (300.3)

A.- Se cumple para las obsesiones y las compulsiones:

Las obsesiones se definen por (1), (2), (3) y (4):

- (1) pensamientos, impulsos o imágenes recurrentes y persistentes que se experimentan en algún momento del trastorno como intrusos e inapropiados, y causan ansiedad o malestar significativo.
- (2) los pensamientos, impulsos o imágenes no se reducen a simples preocupaciones excesivas sobre problemas de la vida real.
- (3) la persona intenta ignorar o suprimir estos pensamientos, impulsos o imágenes, o bien intenta neutralizarlos mediante otros pensamientos y actos.
- (4) la persona reconoce que estos pensamientos, impulsos o imágenes son el producto de su mente (y no vienen impuestos como en la inserción del pensamiento).

Las compulsiones se definen por (1) y (2):

- (1) Comportamientos o actos mentales de carácter repetitivo que el individuo se ve obligado a realizar en respuesta a una obsesión o con arreglo a ciertas

reglas que debe seguir estrictamente.

- (2) El objetivo de estos comportamientos u operaciones mentales es la prevención o reducción del malestar o la prevención de algún acontecimiento o situación negativos. Pero pueden no estar conectados en forma realista con aquello que se pretende neutralizar o resultan claramente excesivos.

B.- En algún momento del curso del trastorno la persona ha reconocido que estas obsesiones o compulsiones resultan excesivas o irracionales (este punto no es aplicable a los niños)

C.- Las obsesiones o compulsiones provocan un malestar clínico significativo, representan una pérdida de tiempo (más de 1 hora al día) o interfieren marcadamente con la rutina diaria del individuo, sus relaciones laborales (o académicas) o su vida social.

D.- Si hay otro trastorno del Eje I, el contenido de las obsesiones o compulsiones no se limita a él.

E.- El trastorno no se debe a los efectos fisiológicos directos de una sustancia o de una enfermedad médica.

APÉNDICE 2

HOJA INFORMATIVA PARA PACIENTES Y PADRES

El Trastorno obsesivo-compulsivo es una enfermedad que se presenta en 2 a 3 de cada 100 personas. Está considerada dentro de los trastornos de ansiedad, generalmente se presenta en personas jóvenes, inclusive en niños, afecta tanto a hombres como a mujeres, es de larga evolución y a veces llega a ser incapacitante.

Se caracteriza por la presencia de obsesiones, es decir pensamientos o imágenes que atacan a la persona sin que ella lo desee y que le causan gran malestar porque el contenido casi siempre es amenazante, agresivo o vergonzoso (por ejemplo: contraer enfermedades, ocasionar desgracias, herir o matar a otras personas, blasfemar o hablar obscenidades en la iglesia, ideas pornográficas etc.). La persona afectada puede darse cuenta que estas ideas son absurdas o “locas” y siente gran temor de revelarlas. Muchas veces se acompañan de compulsiones. Las compulsiones son conductas repetidas que la persona o niño enfermo realiza para tratar de disminuir la angustia que le causan las obsesiones (por ejemplo lavarse repetidamente las manos, escupir frecuentemente, contar o repetir cosas mentalmente, preguntar repetidamente lo mismo para asegurarse, caminar hacia adelante y hacia atrás, etc.)

Antes se creía que esta enfermedad era rara y que no tenía solución, hoy se sabe que es frecuente y han aparecido tratamientos muy efectivos. Se usan medicamentos como la clomipramina (Anafranil) fluoxetina (Prozac), fluoxamina (Luvox), sertralina (Zoloft) y paroxetina (Seroxat). Estos medicamentos se usan con éxito en diversas partes del mundo y en personas de toda edad, inclusive en niños y en adolescentes. La respuesta efectiva no

es inmediata, se presenta luego de algunas semanas de iniciado el tratamiento. Algunas medicinas presentan efectos secundarios como dolor de cabeza, somnolencia, molestias gastrointestinales, sensación de boca seca y mareos; pero estos síntomas son poco frecuentes y cuando se presentan son de leve intensidad y pasajeros. Además se emplea otra modalidad de tratamiento: psicoterapia conductual-cognitiva a través de la cual se enseña al paciente a controlar sus síntomas.

Su hijo(a) ha sido diagnosticado de sufrir un trastorno obsesivo-compulsivo y para brindarle la ayuda completa que merece y necesita, tendrá que integrarse al Programa de Atención del TOC (PA-TOC) que utilizamos en esta institución para los niños y adolescentes con este problema. Las actividades de este programa se realizan de manera ambulatoria, los internamientos se reservan para los casos muy severos. Al integrarse a este programa, su hijo (a) será evaluada de manera global, es decir se le confeccionará una historia clínica detallada, se harán los exámenes de laboratorio que se crea pertinentes y se realizarán evaluaciones psicológicas y socio-familiares. De ser necesario, comenzará a recibir alguno de los medicamentos antes mencionados, esto se le comunicará oportunamente; si no requiere medicamentos, será incluido en psicoterapia conductual-cognitiva. Durante todo el proceso Ud. tendrá una participación activa y estará permanentemente informado de la evolución de su hijo. Todos los datos que tomemos acerca de él y de su enfermedad serán manejados con el debido respeto y confidencialidad, estos datos serán registrados en la historia clínica del INSM “HD-HN”. Agradecemos por anticipado su colaboración.

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Nombre del paciente:

Nombre del familiar:

Documento Nacional de Identidad (DNI):

Parentesco:

- 1.- El padre o tutor del paciente que suscribe, acepta voluntariamente que el paciente se integra al Programa de Atención y tratamiento del Trastorno Obsesivo-compulsivo (PAT-TOC).
- 2.- El paciente y los padres han recibido información de la enfermedad y de su tratamiento, de los objetivos y procedimientos del PAT-TOC y de su participación durante el mismo.
- 3.- El paciente y los padres se comprometen a cumplir con las indicaciones médicas. Si el niño requiriera medicación, se informará oportunamente al padre sobre los beneficios, efectos indeseables que ésta pudiera tener y una lista de medicamentos que no podrá utilizar mientras esté siendo medicado en el PA-TOC. Los padres se comprometen a colaborar con el médico y a informarle sobre cualquier medicamento que haya recibido durante el último mes o sobre cualquier evento inusual o inesperado. No tomará ninguna medicación sin autorización del médico.
- 4.- El paciente y sus padres han sido informados acerca de la confidencialidad con que se manejará los datos que proporcione y se obtengan el tiempo que el paciente integre el PAT-TOC

Datos a ser llenados por el familiar del paciente

Datos a ser llenados por el médico

Nombre :

Nombre :

Firma :

Firma :

Fecha :

Fecha :

APÉNDICE 3

ESCALA YALE-BROWN PARA TOC (Versión para niños y adolescentes)

1.- TIEMPO OCUPADO POR PENSAMIENTOS OBSESIVOS

P: ¿Cuánto tiempo gastas pensando en esas cosas ? ¿Con qué frecuencia se presentan estos pensamientos ? (estar seguro de excluir rumiaciones y preocupaciones las cuales, a diferencia de las obsesiones, son egosintónicas y racionales, pero exageradas).

0. ninguna
1. leve , intrusión ocasional (menos de 1 hora/día).
2. moderada, intrusión frecuente (1 a 3 horas/día).
3. severa, intrusión muy frecuente (entre 3 a 8 horas/día).
4. extrema, intrusión casi constante (más de 8 horas/día).

2.- INTERFERENCIA DEBIDA A PENSAMIENTOS OBSESIVOS

P: ¿Cuán a menudo aparecen estos pensamientos en el camino al colegio o cuando estás haciendo cosas con amigos? ¿Existe algo que no realices por esto? (si actualmente no ocurren en el colegio, tratar de determinar en la sesión cuán afectado estaría el rendimiento en la escuela).

0. ninguna
1. leve; pequeña interferencia con actividades sociales o escolares, pero el rendimiento general no está comprometido.
2. moderado, interferencia definitiva con rendimiento social o escolar, pero aún manejable.

3. severo ; causa deterioro sustancial del rendimiento escolar y social.
4. extrema, incapacitante.

3.- MALESTAR ASOCIADO CON LOS PENSAMIENTOS OBSESIVOS

P : ¿Cuánto te molestan o fastidian estos pensamientos ? (considerar ansiedad ocasionada por las obsesiones, no ansiedad generalizada o ansiedad asociada a otros síntomas).

0. ninguna
1. leve ; infrecuente y no muy perturbador.
2. moderado; frecuente y perturbador, pero aún manejable.
3. severo; muy frecuente y muy perturbador
4. extremo; malestar casi constante e incapacitante.

4.- RESISTENCIA

P : ¿Cuán difícil es para ti tratar de detener o ignorar estos pensamientos? (Considerar sólo los esfuerzos por resistir y no el éxito o el fracaso en controlar las obsesiones).

0. hace un esfuerzo para resistir, o los síntomas son tan mínimos que no necesita resistir activamente.
1. trata de resistir la mayor parte del tiempo.
2. hace algún esfuerzo por resistir.
3. se rinde a las obsesiones sin esfuerzo por controlarlas, pero con alguna renuencia.
4. se rinde completa y gustosamente a las obsesiones.

5.- GRADO DE CONTROL SOBRE LOS PENSAMIENTOS OBSESIVOS

P : Cuando tratas de luchar con los pensamientos, puedes vencerlos ? (Para los niños mayores) ¿Cuánto control tienes sobre estos pensamientos?

0. completo control.
1. mucho control, usualmente capaz de detener o desviar las obsesiones con algún esfuerzo y concentración.
2. control moderado ; algunas veces capaz de detener o desviar las obsesiones.
3. poco control, rara vez tiene éxito en detener las obsesiones ; sólo puede desviar la atención con dificultad.
4. ningún control ; las obsesiones se experimentan completamente involuntarias, rara vez capaz de desviar, aunque sea momentáneamente, los pensamientos.

6.- TIEMPO INVERTIDO EN REALIZAR CONDUCTAS COMPULSIVAS.

P : ¿Cuánto tiempo gastas en realizar hábitos (manías) que no puedes detener? ¿Cuán a menudo haces esas manías? (Cuando los rituales involucran actividades de la vida diaria y están presentes de forma principal, preguntar): ¿Cuánto te toma completar tus actividades diarias debido a estas manías?)En la mayor parte de los casos, las compulsiones son conductas observables, (p.e : lavarse las manos, pero hay ocasiones en que las compulsiones no son observables) (p.e.: comprobar en silencio).

0. nada
1. leve; gasta menos de 1 hora/día realizando compulsiones, o presencia ocasional de la conducta compulsiva.
2. moderado; gasta de 1 a 3 horas /día realizando compulsiones; o

realiza frecuentemente las conductas compulsivas.

3. severo; gasta entre 3 a 8 horas/día realizando compulsiones; o realiza conductas compulsivas muy frecuentemente.
4. extremo; gasta más de 8 horas/día realizando compulsiones, o las realiza caso constantemente.

7.- INTERFERENCIA DEBIDA A CONDUCTAS COMPULSIVAS

P : ¿Cuán a menudo se presentan estas manías en el camino al colegio o cuando estás haciendo cosas con tus amigos? ¿Existe algo que no realices por esto? (si actualmente no ocurren en el colegio, tratar de determinar en la sesión cuán afectado estaría el rendimiento en la escuela).

0. ninguna
1. leve; pequeña interferencia con actividades sociales o escolares, pero el rendimiento general no está comprometido.
2. moderado, interferencia definitiva con rendimiento social o escolar, pero aún manejable.
3. severo; causa deterioro sustancial del rendimiento escolar y social.
4. extrema, incapacitante.

8.- MALESTAR ASOCIADO CON LAS CONDUCTAS COMPULSIVAS

P : ¿Cómo te sentirías si te impidieran hacer tus manías? (PAUSA) ¿Cuán fastidiado te sentirías? (Considerar el grado de malestar que el paciente experimentaría si abruptamente se le interrumpiera sin darle alguna seguridad. En muchos, pero no en todos los casos, la realización de compulsiones reduce la ansiedad. Si a juicio del entrevistador, la ansiedad actualmente está reducida al impedir las compulsiones, preguntar)

¿Cuán molesto te sientes mientras haces tus manías ? a pesar de estar seguro que éstas serán realizadas ?

0. ninguna
1. leve; sólo ansiedad leve si las compulsiones son evitadas, o ansiedad leve mientras se realizan.
2. moderado; la ansiedad aumenta pero continúa siendo manejable si las compulsiones son impedidas; o la ansiedad aumenta a niveles manejables durante la realización de las compulsiones.
3. severo; ansiedad prominente y muy perturbadora si se interrumpen las compulsiones o durante la realización de las mismas.
4. extremo; ansiedad incapacitante frente a cualquier intervención destinada a modificar la actividad; o ansiedad incapacitante durante la realización de las compulsiones.

9.- RESISTENCIA

P : ¿Cuánto tratas de luchar contra esas manías ? (Sólo considerar los esfuerzos por hacer resistencia, no el éxito o el fracaso en el control de las compulsiones).

0. hace algún esfuerzo por resistir siempre; o los síntomas son tan mínimos que no necesita resistir activamente.
1. trata de resistir la mayor parte del tiempo.
2. hace algún esfuerzo por resistir.

3. se rinde a la mayor parte de las compulsiones sin intentar controlarlas, pero aún con cierto grado de renuencia.
4. se rinde completa y gustosamente a las compulsiones.

10.- GRADO DE CONTROL SOBRE LA CONDUCTA COMPULSIVA

P : ¿Cuán fuerte es la necesidad de realizar tus manías ? (pausa) ¿Cuándo tratas de luchar contra ellas, qué sucede ?

0. completo control.
1. mucho control, experimenta presión para realizar la conducta, pero usualmente es capaz de ejercer control voluntario sobre éstas.
2. control moderado; gran presión para realizar compulsiones, puede controlarla con dificultad.
3. poco control; gran impulso para realizar compulsiones, tiene que realizarlas hasta completarlas, puede sólo diferirlas con dificultad.
4. no control; el impulso por realizar las compulsiones se experimenta como completamente involuntaria y poderosa, raramente capaz de retrasar, aunque sea momentáneamente, las compulsiones.

PUNTUACIÓN DE SEVERIDAD:

Leve: 10-18
Moderada: 18-29
Severa: mayor de 30

APÉNDICE 4

ESCALA DE BIRLESON

Por favor responde honestamente cómo te has sentido las últimas dos semanas. No hay respuestas buenas o malas. Gracias.

| | SIEMPRE | A VECES | NUNCA |
|---|---------|---------|-------|
| <input type="checkbox"/> 1.- Me interesan las cosas tanto como antes. | | | |
| <input type="checkbox"/> 2.- Duermo muy bien | | | |
| * 3.- Me dan ganas de llorar. | | | |
| <input type="checkbox"/> 4.- Para adolescentes: Me gusta salir con mis amigos. | | | |
| Para niños: Me gusta salir a jugar. | | | |
| * 5.- Me gustaría escapar, salir corriendo. | | | |
| * 6.- Me duele la barriga. | | | |
| <input type="checkbox"/> 7.- Tengo mucha energía. | | | |
| <input type="checkbox"/> 8.- Disfruto la comida. | | | |
| <input type="checkbox"/> 9.- Puedo defenderme por mí mismo. | | | |
| * 10.- Creo que no vale la pena vivir. | | | |
| <input type="checkbox"/> 11.- Soy bueno para las cosas que hago. | | | |
| <input type="checkbox"/> 12.- Disfruto lo que hago tanto como lo hacía antes. | | | |
| <input type="checkbox"/> 13.- Me gusta hablar con mi familia. | | | |
| * 14.- Tengo sueños horribles. | | | |
| * 15.- Me siento muy solo. | | | |
| <input type="checkbox"/> 16.- Me animo fácilmente. | | | |
| * 17.- Me siento tan triste que me cuesta trabajo soportarlo | | | |
| * 18.- Me siento muy aburrido. | | | |
| TOTAL | | | |

Puntuación:

Se puntúa de 0 a 2 : 0 = siempre 1 = a veces 2 = nunca

* Se puntúa de 2 a 0 : 2 = siempre 1 = a veces 0 = nunca

APÉNDICE 5

ESCALA DE ANSIEDAD DE HAMILTON

1. Ansiedad

0. El paciente no está ni más ni menos inseguro o irritable de lo que es habitual en él.

1. Es dudoso el que el paciente esté más inseguro o irritable de lo habitual.

2. El paciente expresa con claridad que está en un estado de ansiedad, aprensión o irritabilidad que puede resultarle difícil de controlar. Esto ocurre sin llegar a repercutir en la vida diaria del paciente, porque la preocupación aún afecta únicamente a asuntos de poca importancia.

3. La ansiedad o inseguridad es en algunos momentos más difícil de controlar porque la preocupación se refiere a daños o desgracias importantes que pueden ocurrir en el futuro. En algunas ocasiones, la ansiedad ha interferido la vida cotidiana del paciente.

4. La sensación de miedo está presente tan a menudo que interfiere de forma notoria con la vida diaria del paciente.

2. Tensión

0. El paciente no está ni más ni menos tenso que habitualmente.

1. El paciente indica que está algo más excitado y tenso de lo habitual.

2. El paciente expresa claramente ser incapaz de relajarse, estar lleno de inquietud interna que le es difícil de controlar pero, aún, sin que esto repercute en su vida cotidiana.

3. La inquietud interna y el nerviosismo son tan notorios que en ocasiones han interferido las ocupaciones diarias del paciente.

4. Las tensiones y la inquietud interfieren constantemente la vida y las ocupaciones del paciente.

3. Temores

0. Ausente

1. Dudoso

2. El paciente ha experimentado ansiedad fóbica, pero ha sido capaz de combatirla.

3. Al paciente le ha resultado difícil luchar contra la ansiedad fóbica o dominarla, de modo que ésta ha interferido en cierta medida en su vida y sus ocupaciones habituales.

4. La ansiedad fóbica ha interferido claramente la vida cotidiana y las ocupaciones del paciente.

4. Insomnio

0. Duración y profundidad del sueño habituales.

1. La duración del sueño podría estar ligeramente disminuida, pero no hay cambios en la profundidad del sueño.

2. La profundidad del sueño también se halla reducida de manera que éste es más superficial, el sueño considerado globalmente está algo alterado.

3. Ha cambiado notablemente tanto la duración como la profundidad del sueño, los periodos de sueño entrecortado sólo suman unas pocas horas de cada periodo de 24 horas.

4. Existe dificultad para averiguar la duración del sueño, ya que su profundidad es tan escasa que el paciente habla de cortos periodos de adormecimiento o modorra pero no de sueño verdadero.

5. Dificultades en la concentración y memoria

0. El paciente no tiene ni más ni menos dificultades que de costumbre en la concentración y en la memoria.
1. Es dudoso que el paciente tenga dificultades en la concentración y/o en la memoria.
2. Al paciente le cuesta concentrarse en sus ocupaciones rutinarias habituales a pesar de esforzarse intensamente en ello.
3. Dificultades notables en la concentración, la memoria o en la capacidad para tomar decisiones. Se puntúa 3 siempre y cuando la concentración o la pobreza de la memoria no hayan influido claramente en la entrevista.
4. En caso que durante la entrevista el paciente haya mostrado dificultades de concentración y/o amnésicas, y/o cuando las decisiones se tomen con un retraso considerable.

6. Humor depresivo

0. Humor normal.
1. Si existen dudas acerca de que el paciente esté más abatido o triste de lo habitual.
2. Si el paciente está más claramente preocupado por experiencias displacenteras aunque sin llegar a sentirse en un estado de indefensión o desesperanza.
3. El paciente muestra claros signos no verbales de depresión y/o desesperanza.
4. La entrevista está dominada por los comentarios del paciente acerca de su abatimiento y su desesperanza o por sus manifestaciones no verbales. No consigue distraer al paciente de estos temas a lo largo de la entrevista.

7. Síntomas somáticos generales (síntomas musculares)

0. El paciente no siente sus músculos más doloridos ni más rígidos de lo normal.

1. El paciente indica que sus músculos están algo más doloridos o más rígidos de lo habitual.
2. Los síntomas han alcanzado el grado de dolor.
3. El dolor muscular interfiere en alguna medida con la vida cotidiana y las ocupaciones del paciente.
4. Las algias musculares se hallan presentes la mayor parte del tiempo e interfieren claramente con la vida cotidiana y las ocupaciones del paciente.

8. Síntomas somáticos generales (sensoriales)

0. Ausente.
1. Es dudoso si las sensaciones de compresión o picor indicadas por el paciente, son más marcadas de lo habitual.
2. Las sensaciones de presión en el oído alcanzan el carácter de zumbidos de oídos, en los ojos se manifiestan como alteraciones visuales y en la piel como sensaciones de picor u hormigueo (parestesias).
3. Los síntomas sensoriales generalizados interfieren en cierta medida con la vida cotidiana y las ocupaciones del paciente.
4. Los síntomas sensoriales generalizados están presentes la mayor parte del tiempo e interfieren claramente la vida cotidiana y las ocupaciones del paciente.

9. Síntomas cardiovasculares

0. Ausente.
1. Dudoso.
2. Los síntomas cardiovasculares están presentes pero el paciente aún es capaz de controlarlos.
3. De vez en cuando el paciente tiene dificultades en controlar los síntomas cardiovasculares de forma que éstos interfieren en alguna medida en la vida cotidiana y las ocupaciones del paciente.

4. Los síntomas cardiovasculares están presentes la mayor parte del tiempo e interfieren marcadamente con la vida cotidiana y las ocupaciones del paciente.

10. Síntomas respiratorios

0. Ausente.

1. Dudoso.

2. Los síntomas respiratorios están presentes pero el paciente puede controlarlos.

3. De vez en cuando el paciente tiene dificultades en controlar los síntomas respiratorios, de forma que estos interfieren en cierta medida en la vida cotidiana y las ocupaciones del paciente.

4. Los síntomas respiratorios están presentes la mayor parte del tiempo e interfieren marcadamente con la vida cotidiana y las ocupaciones del paciente.

11. Síntomas gastrointestinales

0. Ausente.

1. Es dudoso que esté presente.

2. Están presentes uno o más de los síntomas gastrointestinales mencionados anteriormente, si bien el paciente aún puede controlar los síntomas.

3. De vez en cuando el paciente tiene dificultades para controlar los síntomas, de forma que estos interfieren en cierta medida con la vida cotidiana y las ocupaciones del paciente.

4. Los síntomas gastrointestinales están presentes la mayor parte del tiempo e interfieren marcadamente con la vida cotidiana del paciente y sus ocupaciones.

12. Síntomas genitourinarios (aumento de la frecuencia o la urgencia de micción, trastornos menstruales, anorgasmia, dispareunia, eyaculación precoz, disfunción eréctil).

0. Ausente.

1. Es dudoso que esté presente.

2. Están presentes uno o más de los síntomas genitourinarios mencionados anteriormente, si bien no interfieren con la vida cotidiana ni las ocupaciones del paciente.

3. De vez en cuando presenta uno o más de los síntomas mencionados en un grado suficiente como para interferir en alguna medida con la vida cotidiana y las ocupaciones del paciente.

4. Los síntomas genitourinarios están presentes la mayor parte del tiempo e interfieren claramente con la vida cotidiana y las ocupaciones del paciente.

13. Síntomas vegetativos (sequedad de boca, sofocaciones o palidez, sudoración o vértigo)

0. Ausente.

1. Dudoso.

2. Están presentes uno o más de los síntomas vegetativos mencionados anteriormente, pero no interfieren con la vida cotidiana ni las ocupaciones del paciente.

3. De vez en cuando el paciente presenta uno o más de los síntomas vegetativos mencionados anteriormente en un grado suficiente como para interferir en cierta medida con su vida cotidiana y sus ocupaciones.

4. Los síntomas vegetativos están presentes la mayor parte del tiempo e interfieren marcadamente con la vida cotidiana y las ocupaciones del paciente.

14. Comportamiento durante la entrevista

0. El paciente no se muestra ansioso.

1. Resulta dudoso que el paciente esté ansioso.

2. El paciente está moderadamente ansioso.

3. El paciente está claramente ansioso.

4. El paciente se encuentra abrumado por la ansiedad, por ejemplo sacudidas o temblores generalizados.

APÉNDICE 6

ESCALAS DE IMPRESIÓN CLÍNICA GLOBAL

ICG- severidad de la enfermedad

¿Qué tan enfermo considera Ud.
está el paciente en estos momentos?

1. Normal.
2. En el límite.
3. Levemente enfermo.
4. Moderadamente enfermo.
5. Marcadamente enfermo.
6. Severamente enfermo.
7. Muy severamente enfermo.

1. Escala de Impresión Clínica Global para grado de mejoría

Comparando con la primera visita ¿qué tanto
ha mejorado?

1. Marcada mejoría.
2. Bastante mejoría.
3. Mínima mejoría.
4. No cambios.
5. Empeoró levemente.
6. Empeoró bastante.
7. Empeoró marcadamente.