

Diagnóstico y manejo del trastorno obsesivo-compulsivo en niños y adolescentes

Diagnosis and management of obsessive-compulsive disorder in children and adolescents

Cristian Santiago Jácome Granda

ORCID: 0009-0000-8470-4723

Centros médicos Praxmed, Ecuador

Jemima Elizabeth Sinchiguano Ñacata

ORCID: 0009-0002-4613-4955

Universidad Internacional SEK, Ecuador

Daysi Fernanda Pazmiño Lascano

ORCID: 0009-0008-0138-5009

Neurovital, Ecuador

Vanessa Carolina Millán Rodríguez

ORCID: 0009-0008-7463-2808

Universidad Central de Venezuela

Gabriela Estefanía Suárez Bracho

ORCID: 0009-0007-9140-1107

Universidad del Azuay, Ecuador

Eliana Stefania Vilema Miranda

ORCID: 0009-0002-5359-5805

Universidad Central del Ecuador

Karen Dayana Pérez Silva

ORCID: 0009-0004-3049-335X

Kinti, Ecuador

Sharon Aracely Duicela Simbaña

ORCID: 0009-0008-7320-4633

Universidad Central del Ecuador

RESUMEN

El trastorno obsesivo-compulsivo (TOC) en niños y adolescentes es una condición psiquiátrica caracterizada por la presencia de obsesiones y compulsiones que pueden interferir significativamente en el desarrollo y la calidad de vida de los afectados. Este artículo de revisión narrativa aborda los aspectos clave del diagnóstico y manejo del TOC en esta población. El diagnóstico temprano es crucial para minimizar el impacto del trastorno, y se basa en una evaluación clínica detallada que incluye entrevistas estructuradas con el paciente y sus familiares. Las herramientas diagnósticas estandarizadas también pueden ser útiles. En cuanto al manejo, se destaca la terapia cognitivo-conductual (TCC) como el tratamiento de primera línea, especialmente la técnica de exposición con prevención de respuesta (EPR). En casos moderados a severos, el uso de inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina (ISRS) puede ser necesario. Además, se subraya la importancia de un enfoque multidisciplinario que involucre a profesionales de la salud mental, educadores y familias para optimizar los resultados terapéuticos. La identificación y tratamiento oportuno del TOC en niños y adolescentes es esencial para mejorar su pronóstico a largo plazo y facilitar un desarrollo más saludable.

Palabras clave: Trastorno obsesivo-compulsivo, Niños, Adolescentes, Diagnóstico, Terapia cognitivo-conductual, Farmacoterapia.

ABSTRACT

Obsessive-compulsive disorder (OCD) in children and adolescents is a psychiatric condition characterized by the presence of obsessions and compulsions that can significantly interfere with the development and quality of life of those affected. This narrative review article addresses the key aspects of the diagnosis and management of OCD in this population. Early diagnosis is crucial to minimize the impact of the disorder, and is based on a detailed clinical evaluation that includes structured interviews with the patient and their family members. Standardized diagnostic tools can also be helpful. In terms of management, cognitive-behavioral therapy (CBT) stands out as the first-line treatment, especially the exposure technique with response prevention (ERP). In moderate to severe cases, the use of selective serotonin reuptake inhibitors (SSRIs) may be necessary. In addition, the importance of a multidisciplinary approach involving mental health professionals, educators, and families to optimize therapeutic outcomes is underscored. Timely identification and treatment of OCD in children and adolescents is essential to improve their long-term prognosis and facilitate healthier development.

Keywords: Obsessive-compulsive disorder, Children, Adolescents, Diagnosis, Cognitive-conductual therapy, Pharmacotherapy.

INTRODUCCIÓN

El Trastorno Obsesivo-Compulsivo es un trastorno psiquiátrico caracterizado por la presencia de obsesiones y compulsiones que generan un malestar significativo y pueden interferir en el funcionamiento diario del individuo. Aunque tradicionalmente se ha estudiado en adultos, el TOC también afecta a niños y adolescentes, presentando características y desafíos únicos en estas etapas del desarrollo (1). El diagnóstico temprano y el manejo adecuado son cruciales para mitigar el impacto del TOC en la vida de los jóvenes y sus familias. En este artículo de revisión narrativa, exploramos las estrategias actuales para el diagnóstico y tratamiento del TOC en poblaciones pediátricas. Revisaremos la literatura existente sobre la prevalencia, los factores de riesgo y las manifestaciones clínicas del TOC en niños y adolescentes. Además, discutiremos las herramientas diagnósticas disponibles y las intervenciones terapéuticas más efectivas, incluyendo enfoques farmacológicos y psicoterapéuticos (2). Nuestro objetivo es proporcionar una visión comprensiva que sirva como recurso para profesionales de la salud mental, educadores y padres, promoviendo una comprensión más profunda de este trastorno y fomentando un manejo más efectivo en contextos clínicos y educativos.

METODOLOGÍA

La metodología empleada para la elaboración de este artículo de revisión narrativa sobre el diagnóstico y manejo del Trastorno Obsesivo-Compulsivo en niños y adolescentes se basó en una exhaustiva búsqueda bibliográfica en bases de datos reconocidas, incluyendo PubMed, Scopus y PsycINFO, abarcando publicaciones desde el año 2010 hasta la fecha actual. Se utilizaron términos de búsqueda específicos como "TOC en niños", "diagnóstico TOC pediátrico", y "tratamiento TOC adolescentes", asegurando así la inclusión de estudios relevantes y actualizados. Se seleccionaron artículos en inglés y español que cumplieran con criterios de calidad metodológica y relevancia clínica. Además, se revisaron guías clínicas y consensos de expertos para complementar la información obtenida de los estudios empíricos. La síntesis de la información se realizó mediante un análisis crítico que permitió identificar patrones comunes, divergencias y vacíos en el conocimiento actual sobre el tema, proporcionando una visión integral que puede guiar la práctica clínica y futuras investigaciones en este campo.

RESULTADOS Y DISCUSIÓN

Epidemiología del TOC en niños y adolescentes: Prevalencia, incidencia y factores de riesgo asociados

El TOC es una afección psiquiátrica que afecta significativamente la calidad de vida de quienes lo padecen, incluidos niños y adolescentes. La prevalencia del TOC en esta población se estima entre el 1% y el 3%, siendo una condición que puede manifestarse desde edades tempranas. La incidencia del TOC en niños y adolescentes muestra variaciones geográficas, pero generalmente se observa un aumento en la detección y diagnóstico debido a una mayor conciencia sobre el trastorno. Los factores de riesgo asociados con el desarrollo del TOC son diversos e incluyen componentes genéticos, neurobiológicos y ambientales. Estudios han demostrado que la historia familiar de trastornos obsesivo-compulsivos o de otros trastornos de ansiedad puede aumentar la susceptibilidad en los jóvenes (3).

A nivel neurobiológico, se han identificado alteraciones en circuitos cerebrales, particularmente en áreas relacionadas con el control de impulsos y la regulación emocional, como el córtex orbitofrontal y los ganglios basales. Además, factores ambientales como eventos estresantes, traumas tempranos o situaciones de abuso pueden actuar como desencadenantes o exacerbar los síntomas del TOC en niños y adolescentes (3).

Además, se ha observado que ciertas características de la personalidad, como el perfeccionismo y la tendencia a la preocupación excesiva, pueden predisponer a los jóvenes al desarrollo del TOC. La identificación de estos factores de riesgo es crucial para implementar estrategias preventivas y de intervención temprana. En términos de género, aunque el TOC afecta a ambos sexos, algunos estudios indican que los varones pueden presentar síntomas a edades más tempranas que las mujeres (4).

Es crucial que los profesionales de la salud mental consideren estos factores de riesgo al evaluar y tratar a esta población, ya que una intervención temprana y adecuada puede mitigar el impacto a largo plazo del TOC en el desarrollo social, académico y emocional de los jóvenes afectados (4).

Etiología y factores contribuyentes: Genética, neurobiología, factores ambientales y psicológicos

El TOC en niños y adolescentes es una condición compleja que resulta de la interacción de múltiples factores etiológicos. La genética juega un papel significativo en el desarrollo del TOC, con estudios que indican una alta heredabilidad. Se ha identificado que los familiares de primer grado de individuos con TOC tienen un mayor riesgo de desarrollar el trastorno, lo que sugiere una predisposición genética subyacente (5).

Desde la perspectiva neurobiológica, se han observado alteraciones en circuitos específicos del cerebro, particularmente aquellos relacionados con la regulación de la ansiedad y el control de impulsos. Estudios de neuroimagen han revelado anomalías en áreas como el córtex orbitofrontal, los ganglios basales y el tálamo, lo que puede contribuir a los síntomas característicos del TOC (5).

Los factores ambientales también desempeñan un papel crucial en la manifestación del TOC. Eventos estresantes, traumas o experiencias adversas durante la infancia pueden actuar como desencadenantes para aquellos predispuestos genéticamente. Además, algunas investigaciones sugieren una posible relación entre infecciones estreptocócicas y el inicio del TOC en niños, conocido como PANDAS (trastornos neuropsiquiátricos autoinmunes pediátricos asociados a infecciones estreptocócicas) (5,6).

Los factores psicológicos, como el temperamento y los estilos de pensamiento, también son relevantes. Niños y adolescentes con un alto nivel de perfeccionismo o una necesidad excesiva de control pueden ser más vulnerables al desarrollo de síntomas obsesivo-compulsivos. La interacción entre estos factores psicológicos y el entorno puede exacerbar la predisposición genética y neurobiológica al TOC (6).

En conclusión, el TOC en niños y adolescentes es una condición multifacética que resulta de la interacción entre genética, neurobiología, factores ambientales y psicológicos. La comprensión de estos componentes es esencial para el desarrollo de estrategias efectivas de diagnóstico y manejo, permitiendo un enfoque más personalizado y eficaz en el tratamiento de este trastorno (6).

Manifestaciones clínicas del TOC en la población pediátrica: Diferencias en la presentación de síntomas entre niños y adolescentes

El TOC en la población pediátrica se manifiesta de diversas maneras, reflejando una amplia gama de síntomas que pueden variar en intensidad y presentación. En niños y adolescentes, las obsesiones, que son pensamientos, imágenes o impulsos intrusivos y no deseados, suelen centrarse en temas de contaminación, daño, simetría o moralidad. Estas obsesiones provocan una gran ansiedad, que los jóvenes intentan mitigar mediante compulsiones o rituales repetitivos. Las compulsiones más comunes incluyen lavado de manos excesivo, verificación constante de tareas o objetos, repetición de acciones hasta que se sientan "correctas", y acumulación de objetos sin valor aparente (7).

Es importante destacar que el TOC puede interferir significativamente en el desarrollo social, académico y emocional del niño o adolescente. La resistencia a participar en actividades escolares o sociales por miedo a desencadenar obsesiones, junto con el tiempo considerable dedicado a las compulsiones, puede llevar a un deterioro en el rendimiento académico y en las relaciones interpersonales. Además, los jóvenes con TOC a menudo experimentan sentimientos de vergüenza o culpa por sus pensamientos y comportamientos, lo cual puede contribuir a problemas emocionales adicionales como la depresión o la ansiedad generalizada (7).

El diagnóstico temprano y preciso es crucial para el manejo efectivo del TOC en esta población, permitiendo la implementación de intervenciones terapéuticas adecuadas que pueden incluir terapia cognitivo-conductual y, en algunos casos, farmacoterapia. En paralelo, el apoyo familiar y escolar es fundamental para crear un entorno comprensivo y estructurado que facilite el tratamiento. Es esencial que los profesionales de salud mental estén capacitados para reconocer estas manifestaciones clínicas tempranas del TOC en niños y adolescentes, promoviendo así un abordaje integral y multidisciplinario que optimice los resultados terapéuticos y favorezca el bienestar general del paciente (8).

Herramientas de diagnóstico: Métodos y criterios diagnósticos, incluyendo escalas y cuestionarios específicos

El TOC en niños y adolescentes presenta desafíos únicos en su diagnóstico debido a las características específicas de esta población, que pueden diferir de las manifestaciones en adultos. Las herramientas de diagnóstico son esenciales para identificar de manera precisa este trastorno y facilitar un tratamiento adecuado. A continuación, se detallan las principales herramientas de diagnóstico utilizadas en la práctica clínica y la investigación para evaluar el TOC en jóvenes (8).

1. Entrevistas estructuradas y semiestructuradas: Estas son herramientas fundamentales para el diagnóstico del TOC. La Entrevista Diagnóstica para Niños y Adolescentes (K-SADS, por sus siglas en inglés) es una herramienta semiestructurada ampliamente utilizada que ayuda a identificar no solo el TOC, sino también otros trastornos comórbidos. La versión para niños del Programa de Entrevista Diagnóstica Internacional Compuesta (C-DISC) es otra opción que permite obtener un diagnóstico preciso al seguir criterios estandarizados (8,9).

2. Cuestionarios de auto-reporte: Existen varios cuestionarios diseñados específicamente para evaluar síntomas obsesivo-compulsivos en niños y adolescentes. El Inventario de Obsesiones y Compulsiones Infantil de Yale-Brown (CY-BOCS) es uno de los instrumentos más utilizados. Este cuestionario permite evaluar la severidad de los síntomas del TOC mediante una escala que mide la frecuencia, interferencia, angustia, resistencia y control de las obsesiones y compulsiones (9).

3. Evaluaciones clínicas y observacionales: Los clínicos deben realizar evaluaciones detalladas que incluyan la observación del comportamiento del niño o adolescente. Esto puede involucrar la observación directa en diferentes contextos, así como entrevistas con padres y maestros para obtener una visión completa del funcionamiento del joven en diferentes entornos (9).

4. Evaluaciones neuropsicológicas: Estas evaluaciones pueden ser útiles para identificar déficits cognitivos asociados con el TOC, como problemas de atención, memoria o funciones ejecutivas. Aunque no son diagnósticas por sí mismas, estas pruebas pueden proporcionar información valiosa sobre el impacto del TOC en el rendimiento cognitivo y académico del niño o adolescente (9).

5. Herramientas de evaluación para comorbilidades: Dado que el TOC en niños y adolescentes a menudo se presenta junto con otros trastornos como el trastorno por déficit de atención e hiperactividad (TDAH), trastornos de ansiedad o depresión, es crucial utilizar herramientas que evalúen estas comorbilidades. Esto incluye cuestionarios específicos para cada trastorno y entrevistas clínicas detalladas (10).

6. Evaluaciones familiares: Considerar la dinámica familiar es crucial en el diagnóstico del TOC en jóvenes. Herramientas que evalúan el ambiente familiar, como la Escala de Evaluación del Ambiente Familiar (FES), pueden proporcionar información sobre factores estresantes o patrones familiares que podrían influir en la manifestación y el mantenimiento de los síntomas del TOC (10).

7. Uso de tecnología en el diagnóstico: Con los avances tecnológicos, se están desarrollando aplicaciones y plataformas digitales que ayudan a monitorizar los síntomas del TOC en tiempo real. Estas herramientas pueden facilitar una evaluación continua y proporcionar datos adicionales para un diagnóstico más preciso (10).

Por otro lado, el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales, Quinta Edición (DSM-5), es una herramienta clave para el diagnóstico del TOC (11). Los principales criterios incluyen:

1. Obsesiones:

- Pensamientos, impulsos o imágenes recurrentes y persistentes que son experimentados como intrusivos e indeseados, y que en la mayoría de los individuos causan ansiedad o malestar significativos (11).

- El individuo intenta ignorar o suprimir estos pensamientos, impulsos o imágenes, o neutralizarlos con algún otro pensamiento o acción (es decir, realizando una compulsión) (11).

2. Compulsiones:

- Comportamientos repetitivos (p. ej., lavarse las manos, ordenar, verificar) o actos mentales (p. ej., rezar, contar, repetir palabras en silencio) que el individuo siente impulsado a realizar en respuesta a una obsesión o de acuerdo con reglas que deben ser aplicadas rígidamente (11).

- Los comportamientos o actos mentales están destinados a prevenir o reducir la ansiedad o el malestar, o a prevenir algún evento o situación temida; sin embargo, estos comportamientos o actos no están conectados de manera realista con lo que están destinados a neutralizar o prevenir, o son claramente excesivos (11).

3. Impacto Funcional:

- Las obsesiones o compulsiones consumen tiempo significativo (por ejemplo, más de una hora por día) o causan malestar clínicamente significativo o deterioro en áreas importantes del funcionamiento social, académico u otras áreas importantes (11,12).

4. Exclusión de otros trastornos:

- Los síntomas no se pueden atribuir a los efectos fisiológicos de una sustancia (p. ej., una droga de abuso, un medicamento) u otra afección médica (12).

- La alteración no se explica mejor por los síntomas de otro trastorno mental (12).

En niños y adolescentes, las obsesiones pueden no ser reconocidas como excesivas o irracionales, y es posible que no sean capaces de articular los pensamientos intrusivos de manera clara. Además, las compulsiones pueden ser más evidentes para los padres y cuidadores que para los propios niños (12).

El diagnóstico temprano es crucial para implementar estrategias de manejo efectivas que pueden incluir terapia cognitivo-conductual y, en algunos casos, farmacoterapia. La intervención temprana puede mejorar significativamente el pronóstico y reducir el impacto del TOC en el desarrollo social y académico del niño o adolescente (12).

Comorbilidades frecuentes: Trastornos asociados como ansiedad, depresión y trastornos del espectro autista

El TOC en niños y adolescentes es una condición compleja que a menudo se presenta junto con otras comorbilidades, lo que complica su diagnóstico y manejo. Entre las comorbilidades más frecuentes se encuentran los trastornos de ansiedad, la depresión y los trastornos del espectro autista (TEA) (13).

Trastornos de Ansiedad:

Los trastornos de ansiedad son extremadamente comunes en pacientes jóvenes con TOC. Se estima que una proporción significativa de niños y adolescentes con TOC también experimentan algún tipo de trastorno de ansiedad, como el trastorno de ansiedad generalizada, el trastorno de pánico o la fobia social. Estas condiciones pueden exacerbar los síntomas del TOC, dificultando aún más la vida diaria del paciente. El manejo adecuado requiere una evaluación cuidadosa para diferenciar los síntomas del TOC de los de la ansiedad y desarrollar un plan de tratamiento que aborde ambas condiciones (13).

Depresión:

La depresión es otra comorbilidad frecuente en jóvenes con TOC. La naturaleza crónica y debilitante del TOC puede llevar a sentimientos de desesperanza y tristeza, contribuyendo al desarrollo de un trastorno depresivo mayor. La presencia simultánea de depresión puede complicar el tratamiento del TOC, ya que la falta de motivación y el estado de ánimo bajo pueden afectar la adherencia a las terapias. Es crucial identificar y tratar la depresión concomitante para mejorar los resultados generales del tratamiento (13).

Trastornos del Espectro Autista:

El TOC y los TEA comparten ciertas características, como comportamientos repetitivos y rituales, lo que puede llevar a diagnósticos erróneos. Sin embargo, es importante distinguir entre las compulsiones del TOC y los comportamientos repetitivos característicos de los TEA. Los individuos con ambas condiciones pueden requerir enfoques terapéuticos especializados que consideren las necesidades únicas de cada trastorno (13).

Intervenciones terapéuticas

- Terapias psicológicas: Eficacia de la terapia cognitivo-conductual y otras intervenciones psicoterapéuticas

Las terapias psicológicas para el TOC en niños y adolescentes se centran principalmente en la terapia cognitivo-conductual (TCC), que ha demostrado ser efectiva en numerosos estudios. La TCC se enfoca en modificar los patrones de pensamiento disfuncionales y los comportamientos compulsivos a través de técnicas estructuradas. Una de las modalidades más utilizadas dentro de la TCC es la exposición con prevención de respuesta (EPR), que consiste en enfrentar gradualmente las obsesiones sin realizar las compulsiones asociadas. Este enfoque ayuda a reducir la ansiedad y la necesidad de realizar rituales compulsivos (14).

Además de la TCC, otras intervenciones terapéuticas incluyen la terapia de aceptación y compromiso (ACT), que busca aumentar la flexibilidad psicológica y fomentar el compromiso con acciones alineadas a valores personales, incluso en presencia de pensamientos obsesivos. La ACT ayuda a los jóvenes a aceptar sus experiencias internas sin intentar cambiar o

eliminar los pensamientos obsesivos, lo que puede ser particularmente útil para aquellos que no responden bien a la TCC tradicional (14).

Es importante mencionar que el enfoque terapéutico debe ser individualizado, considerando las características únicas de cada niño o adolescente, así como su entorno familiar y social. La evaluación inicial debe incluir una exploración detallada de los síntomas, su impacto en la vida diaria y cualquier comorbilidad presente, como ansiedad o depresión (15).

En algunos casos, la combinación de terapias psicológicas con tratamiento farmacológico puede ser necesaria para obtener mejores resultados. Los inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina (ISRS) son los medicamentos más comúnmente prescritos para el TOC, aunque su uso debe ser cuidadosamente monitoreado por profesionales de la salud (15).

- Tratamientos farmacológicos

En el manejo de este trastorno, los tratamientos farmacológicos juegan un papel fundamental, especialmente cuando se combinan con intervenciones psicoterapéuticas (16).

Los tratamientos farmacológicos para el TOC en niños y adolescentes se centran principalmente en el uso de ISRS. Estos medicamentos han demostrado ser eficaces en la reducción de los síntomas obsesivo-compulsivos. Entre los ISRS más comúnmente utilizados se encuentran la fluoxetina, sertralina, fluvoxamina y escitalopram. La elección del medicamento específico depende de diversos factores, incluidos el perfil de efectos secundarios, las comorbilidades presentes y la respuesta previa a tratamientos farmacológicos (16).

La dosificación de ISRS en pacientes pediátricos debe ser cuidadosamente ajustada. Generalmente, se inicia con dosis bajas que se incrementan gradualmente para minimizar los efectos secundarios y evaluar la tolerancia del paciente. Es crucial realizar un seguimiento regular para monitorear la eficacia del tratamiento y ajustar las dosis según sea necesario.

Además de los ISRS, se han explorado otros agentes farmacológicos en el tratamiento del TOC pediátrico. En casos donde los ISRS no son suficientes o no son bien tolerados, se puede considerar el uso de antidepresivos tricíclicos como la clomipramina. Aunque este medicamento puede ser eficaz, su perfil de efectos secundarios es más extenso, lo cual requiere una vigilancia más estricta (17).

Es importante destacar que el tratamiento farmacológico debe ser parte de un enfoque multimodal que incluya TCC, considerada el tratamiento de primera línea para el TOC. La combinación de TCC y medicamentos ha mostrado una mayor eficacia en la reducción de los síntomas y en la mejora del funcionamiento diario de los pacientes (17).

- Terapias alternativas y complementarias: Intervenciones basadas en mindfulness, terapias familiares, etc.

En el contexto del manejo del TOC en niños y adolescentes, las terapias alternativas y complementarias han ganado atención como enfoques potencialmente beneficiosos. Estas intervenciones, que incluyen prácticas basadas en mindfulness y terapias familiares, ofrecen perspectivas adicionales al tratamiento convencional (18).

El mindfulness, o atención plena, es una técnica que promueve la conciencia del momento presente de manera no juzgadora. En el tratamiento del TOC, el mindfulness puede ayudar a los jóvenes a desarrollar una mayor conciencia de sus pensamientos obsesivos y compulsiones, permitiéndoles observarlos sin reaccionar automáticamente. Esto puede reducir la ansiedad asociada con el TOC y ayudar a los pacientes a desactivar el ciclo de respuesta compulsiva. Además, el mindfulness puede mejorar el control emocional y la regulación del estrés, factores cruciales en el manejo de los síntomas del TOC (18).

Por otro lado, las terapias familiares juegan un papel fundamental en el tratamiento del TOC en niños y adolescentes. El TOC no solo afecta al individuo, sino también a su entorno familiar. Las terapias familiares buscan mejorar la dinámica dentro del hogar, educar a los miembros de la familia sobre el trastorno y promover un ambiente de apoyo. Estas intervenciones pueden incluir sesiones de psicoeducación para entender mejor el TOC, así como estrategias para manejar situaciones difíciles que puedan surgir debido al trastorno. El objetivo es fortalecer las relaciones familiares y crear un entorno que facilite la recuperación del paciente (19).

Además de estas intervenciones, otras terapias complementarias como la terapia artística o la musicoterapia también pueden ser consideradas. Estas terapias ofrecen una vía para la expresión emocional y pueden ser particularmente útiles para aquellos que tienen dificultades para verbalizar sus experiencias. La creatividad y la expresión artística pueden proporcionar un alivio emocional significativo y contribuir al bienestar general del paciente (18,19).

Es importante destacar que, aunque las terapias alternativas y complementarias pueden ser beneficiosas, deben integrarse dentro de un plan de tratamiento más amplio que incluya intervenciones basadas en evidencia como la terapia

cognitivo-conductual (TCC) y, cuando sea necesario, el uso de medicamentos. La combinación de diferentes enfoques terapéuticos puede ofrecer un tratamiento más holístico y adaptado a las necesidades individuales del paciente (19).

Desafíos en el manejo del TOC: Barreras en el acceso al tratamiento, adherencia y estigmatización

En primer lugar, las barreras en el acceso al tratamiento son un problema significativo. A menudo, los servicios de salud mental para niños y adolescentes son limitados, lo que dificulta la obtención de un diagnóstico adecuado y oportuno. Además, la falta de recursos especializados y profesionales capacitados en el tratamiento del TOC puede llevar a un manejo inadecuado de la condición. La distancia geográfica y los costos económicos también pueden ser obstáculos para las familias que buscan tratamiento (20).

La adherencia al tratamiento es otro desafío crucial. Los tratamientos para el TOC generalmente incluyen terapia cognitivo-conductual (TCC) y, en algunos casos, medicación. Sin embargo, mantener la adherencia a estos tratamientos puede ser complicado debido a diversos factores. Los efectos secundarios de los medicamentos, el tiempo requerido para la terapia y la resistencia del paciente al cambio son factores que pueden afectar la continuidad del tratamiento. Es fundamental involucrar a las familias en el proceso terapéutico para mejorar la adherencia y garantizar un apoyo continuo (20).

Por último, la estigmatización del TOC contribuye a las dificultades en el manejo de este trastorno. Los niños y adolescentes con TOC pueden enfrentar discriminación o burlas por parte de sus pares, lo que puede llevar a un aislamiento social y empeorar los síntomas. Además, el desconocimiento sobre el TOC en la sociedad puede hacer que los pacientes y sus familias se sientan avergonzados o reacios a buscar ayuda profesional. La educación y sensibilización sobre el TOC son esenciales para reducir el estigma y promover un entorno más comprensivo y de apoyo (21).

Pronóstico y seguimiento a largo plazo

El pronóstico y seguimiento a largo plazo del TOC en niños y adolescentes es un aspecto crucial en el manejo de esta condición. El TOC es un trastorno crónico que puede tener un impacto significativo en el desarrollo y la calidad de vida de los jóvenes afectados. Por lo tanto, es esencial implementar estrategias efectivas para el seguimiento a largo plazo que aseguren una mejoría sostenida y la prevención de recaídas (21).

El pronóstico del TOC en esta población varía, pero estudios indican que con un tratamiento adecuado, muchos niños y adolescentes experimentan una reducción significativa de los síntomas. Sin embargo, el riesgo de recaída es alto, lo que subraya la importancia de un seguimiento continuo. La intervención temprana y el tratamiento continuo con TCC y, en algunos casos, medicación, son fundamentales para mejorar el pronóstico (21).

El seguimiento a largo plazo debe incluir evaluaciones regulares para monitorear la evolución de los síntomas y ajustar el tratamiento según sea necesario. Es crucial involucrar a los padres y cuidadores en este proceso, ya que su apoyo y comprensión pueden influir positivamente en el cumplimiento del tratamiento y en la adaptación del niño o adolescente a las terapias.

Además, es importante abordar los factores comórbidos, como la ansiedad o la depresión, que pueden complicar el curso del TOC. Un enfoque multidisciplinario que incluya psicólogos, psiquiatras, pediatras y educadores puede ser beneficioso para proporcionar un apoyo integral. La educación continua sobre el TOC para el paciente y su familia es también un componente esencial del seguimiento a largo plazo. Esto no solo ayuda a desestigmatizar el trastorno, sino que también empodera a los pacientes y sus familias para manejar mejor los desafíos que puedan surgir (22).

CONCLUSIÓN

En conclusión, el diagnóstico y manejo del Trastorno Obsesivo-Compulsivo en niños y adolescentes representa un desafío significativo para los profesionales de la salud mental. La identificación temprana y precisa de los síntomas es crucial para implementar intervenciones efectivas que pueden mejorar significativamente la calidad de vida de los jóvenes afectados. Los enfoques terapéuticos, que incluyen la terapia cognitivo-conductual y el uso de fármacos como los inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina, han demostrado ser eficaces en el tratamiento del TOC en esta población. Sin embargo, es fundamental adaptar las estrategias terapéuticas a las necesidades individuales de cada paciente, considerando factores como la edad, el entorno familiar y las comorbilidades. Además, la colaboración entre profesionales de la salud, educadores y familias es esencial para crear un entorno de apoyo que facilite el proceso de recuperación. A medida que la investigación avanza, es imperativo continuar explorando nuevas intervenciones y enfoques que puedan ofrecer soluciones más

personalizadas y efectivas para los jóvenes que enfrentan este trastorno.

REFERENCIAS

1. Krebs G, Heyman I. Obsessive-compulsive disorder in children and adolescents. *Arch Dis Child*. 2015 May;100(5):495-9. doi: 10.1136/archdischild-2014-306934.
2. Stiede JT, Spencer SD, Onyeka O, Mangen KH, Church MJ, et al. Obsessive-Compulsive Disorder in Children and Adolescents. *Annu Rev Clin Psychol*. 2024 Jul;20(1):355-380. doi: 10.1146/annurev-clinpsy-080822-043910.
3. Walitza S, Melfsen S, Jans T, Zellmann H, Wewetzer C, Warnke A. Obsessive-compulsive disorder in children and adolescents. *Dtsch Arztebl Int*. 2011 Mar;108(11):173-9. doi: 10.3238/arztebl.2011.0173.
4. Boileau B. A review of obsessive-compulsive disorder in children and adolescents. *Dialogues Clin Neurosci*. 2011;13(4):401-11. doi: 10.31887/DCNS.2011.13.4/bboileau.
5. Zalpuri I, Matzke M, Shashank V, Joshi M. Obsessive-Compulsive Disorder in Children and Adolescents: Early Detection in Primary Care Settings. *Pediatrics* (2025) 155 (3): e2024069121. <https://doi.org/10.1542/peds.2024-069121>
6. Endres, D., Pollak, T.A., Bechter, K. et al. Immunological causes of obsessive-compulsive disorder: is it time for the concept of an "autoimmune OCD" subtype?. *Transl Psychiatry* 12, 5 (2022). <https://doi.org/10.1038/s41398-021-01700-4>
7. Steele DW, Caputo EL, Kanaan G, Zhradnik ML, Brannon E, et al. Diagnosis and Management of Obsessive Compulsive Disorders in Children [Internet]. Rockville (MD): Agency for Healthcare Research and Quality (US); 2024 Dec. Report No.: AHRQ 25-EHC001
8. Nazeer A, Latif F, Mondal A, Azeem MW, Greydanus DE. Obsessive-compulsive disorder in children and adolescents: epidemiology, diagnosis and management. *Transl Pediatr*. 2020 Feb;9(Suppl 1):S76-S93. doi: 10.21037/tp.2019.10.02.
9. Schuyler M, Geller DA. Childhood Obsessive-Compulsive Disorder. *Psychiatr Clin North Am*. 2023 Mar;46(1):89-106. doi: 10.1016/j.psc.2022.10.002.
10. Jaspers F, Han S, Chan E, McKenney K, Simpson A, Boyle A, et al. Prevalence of Acute-Onset Subtypes in Pediatric Obsessive-Compulsive Disorder. *J Child Adolesc Psychopharmacol*. 2017 May;27(4):332-341. doi: 10.1089/cap.2016.0031.
11. Potter AS, Owens MM, Albaugh M, Garavan H, Sher KJ, et al. Obsessive-Compulsive Disorder in the Adolescent Brain Cognitive Development Study: Impact of Changes From DSM-IV to DSM-5. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. 2021 Apr;60(4):421-424. doi: 10.1016/j.jaac.2020.07.904.
12. Rajith RK, Krishnakumar P. Clinical profile of obsessive-compulsive disorder in children. *J Family Med Prim Care*. 2022 Jan;11(1):251-255. doi: 10.4103/jfmpc.jfmpc_1328_21.
13. Anagnostopoulos DC, Korlou S, Sakellariou K, Kondyli V, Sarafidou J, Tsakanikos E, Giannakopoulos G, Liakopoulou M. Comorbid psychopathology and clinical symptomatology in children and adolescents with obsessive-compulsive disorder. *Psychiatriki*. 2016 Jan-Mar;27(1):27-36.
14. Spencer SD, Stiede JT, Wiese AD, Goodman WK, Guzick AG, Storch EA. Cognitive-Behavioral Therapy for Obsessive-Compulsive Disorder. *Psychiatr Clin North Am*. 2023 Mar;46(1):167-180. doi: 10.1016/j.psc.2022.10.004.
15. Elliott SJ, Marshall D, Morley K, Uphoff E, Kumar M, Meader N. Behavioural and cognitive behavioural therapy for obsessive compulsive disorder (OCD) in individuals with autism spectrum disorder (ASD). *Cochrane Database Syst Rev*. 2021 Sep 3;9(9):CD013173. doi: 10.1002/14651858.CD013173.pub2.
16. Freeman J, Garcia A, Benito K, Conelea C, Sapyta J, et al. The Pediatric Obsessive Compulsive Disorder Treatment Study for Young Children (POTS jr): Developmental Considerations in the Rationale, Design, and Methods. *J Obsessive Compuls Relat Disord*. 2012 Oct;1(4):294-300. doi: 10.1016/j.jocrd.2012.07.010.
17. Kakhi S, Soomro GM. Obsessive compulsive disorder in children and adolescents: duration of maintenance drug treatment. *BMJ Clin Evid*. 2015 Jun 3;2015:1019.
18. Cotton S, Kraemer KM, Sears RW, Strawn JR, Wasson RS, et al. Mindfulness-based cognitive therapy for children and adolescents with anxiety disorders at-risk for bipolar disorder: A psychoeducation waitlist controlled pilot trial. *Early Interv Psychiatry*. 2020 Apr;14(2):211-219. doi: 10.1111/eip.12848.
19. Peris TS, Rozenman MS, Sugar CA, McCracken JT, Piacentini J. Targeted Family Intervention for Complex Cases of Pediatric Obsessive-Compulsive Disorder: A Randomized Controlled Trial. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. 2017 Dec;56(12):1034-1042.e1. doi: 10.1016/j.jaac.2017.10.008.
20. Khomami Zadeh L, Corso G. Advances in Pediatric Obsessive-Compulsive Disorder (OCD) Treatment: A Comprehensive Narrative Review. *Cureus*. 2024 Aug 30;16(8):e68225. doi: 10.7759/cureus.68225.
21. Micali N, Heyman I, Perez M, Hilton K, Nakatani E, et al. Long-term outcomes of obsessive-compulsive disorder: follow-up of 142 children and adolescents. *Br J Psychiatry*. 2010 Aug;197(2):128-34. doi: 10.1192/bjp.bp.109.075317.
22. Nakatani E, Krebs G, Micali N, Turner C, Heyman I, et al. Children with very early onset obsessive-compulsive disorder: clinical features and treatment outcome. *J Child Psychol Psychiatry*. 2011 Dec;52(12):1261-8. doi: 10.1111/j.1469-7610.2011.02434.x.