



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO



FACULTAD DE ODONTOLOGÍA

ABORDAJE PSICOLÓGICO EN NIÑOS CON
TRASTORNOS OBSESIVOS COMPULSIVOS,
DURANTE LA CONSULTA EN ODONTOPEDIATRÍA.

T E S I N A

QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE

C I R U J A N A D E N T I S T A

P R E S E N T A:

KAREN JAZMÍN HERNÁNDEZ AGUILAR

TUTOR: Esp. RODRIGO ENRIQUE GUZMÁN LEMUS

ASESORA: Mtra. PATRICIA DÍAZ COPPE



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.



AGRADECIMIENTOS

A Dios, por permitirme obtener un logro más en mi vida, dándome fortaleza y su incondicional compañía.

A mis padres, porque gracias a ustedes he llegado a realizar uno de los anhelos más grandes para mí, todo esto ha sido resultado del inmenso apoyo y confianza que depositaron en mí, por todo el esfuerzo y sacrificio que han hecho por lograr esto posible.

A mi tutor, Esp. Rodrigo por haber aceptado ser parte de esta última etapa de mi carrera, así como ser parte fundamental en la realización de este trabajo, gracias por todo el apoyo, por su orientación, por compartir sus conocimientos, pero sobre todo por su paciencia.

A mi asesora, Mtra. Patricia su asesoramiento para la realización de mi trabajo.

A mis amigas, Lorena y Mariana dicen que la familia no siempre es de sangre, la familia también es aquellos en la vida que te quieren en la suya, aquellos que harían lo que fuera por verte sonreír todos los días sobre todo en momentos difíciles.

A la UNAM por haberme brindado la oportunidad de pertenecer a esta institución y formarme como profesional



ÍNDICE

INTRODUCCIÓN	6
1, TRASTORNO OBSESIVO COMPULSIVO (TOC)	7
1.1 Antecedentes.	8
1.2 Características clínicas.	13
1.3 Tipos de obsesiones y compulsiones.	16
1.4 Etiología.	21
1.5 Diagnóstico.	22
1.6 Diagnóstico diferencial.	24
1.6.1 Trastornos por tics.	24
1.6.1.1 Síndrome de Gilles de la Tourette.	24
1.6.1.2 Tics motores.	25
1.6.1.3 Trastornos de tics transitorios.	26
1.6.1.4 Trastornos de tics no especificado.	27
1.6.2 Depresión.	27
1.6.3 Trastorno Dismórfico Corporal.	28
1.6.4 Trastorno de acumulación.	29
1.6.5 Trastorno olfatorio de referencia.	29
1.6.6 Tricotilomanía.	30
1.6.7 Trastorno de Excoriación.	30
1.6.8 Hipocondriasis.	30
1.6.9 Trastornos de Ansiedad	31
1.6.10 Trastorno de Pánico.	32



1.6.11 Esquizofrenia.	32
1.7 Tratamiento.	33
1.8 Comportamientos comunes en niños con TOC.	35
2. PSICOLOGÍA DEL NIÑO DE ACUERDO EN LAS DIFERENTES ETAPAS DEL DESARROLLO	37
2.1 Desarrollo psicosexual de Sigmund Freud.	39
2.1.1 Etapa oral.	39
2.1.2 Etapa anal.	40
2.1.3 Etapa fálica.	40
2.1.4 Etapa de genital.	41
2.2 Desarrollo cognitivo de Jean Piaget.	42
2.2.1 Estadio preoperacional.	43
2.2.2 Estadio de operaciones concretas.	44
2.3 Desarrollo conductual por edades.	44
2.3.1 Lactancia.	45
2.3.2 Infancia temprana.	45
2.3.4 Infancia intermedia.	45
2.3.5 Adolescencia.	45
2.4 Estados emocionales más frecuentes en el niño.	45
2.4.1 Miedo.	46
2.4.2 Ansiedad.	46
2.4.3 Rechazo – agresividad.	46
2.4.4 Dolor.	47



2.4.5 Llanto.	47
2.4.5.1 Básico- monotónico.	47
2.4.5.2 De ira.	47
2.4.5.3 De dolor.	47
2.4.5.4 Llanto de frustración.	47
2.5 Influencia del comportamiento de los padres durante la consulta.	48
2.5.1 Motivados.	48
2.5.2 Ansiosos.	48
2.5.3 Autoritarios.	48
2.5.4 Manipuladores.	49
2.5.5 Indiferentes.	49
2.6 Técnicas de manejo y modificación del comportamiento.	49
3. ABORDAJE PSICOLÓGICO EN NIÑOS CON TRASTORNOS OBSESIVOS COMPULSIVOS, DURANTE LA CONSULTA EN ODONTOPEDIATRÍA.	52
3.1 Técnicas para el tratamiento durante la consulta.	52
3.1.1 Temor a contaminarse y a contagiarse con gérmenes o con suciedad.	53
3.1.2 Temor a que acontezcan determinadas cosas a personas queridas.	54
3.1.3 Obsesión por la simetría y la exactitud.	55
CONCLUSIONES	
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICA	



INTRODUCCIÓN

El trastorno obsesivo compulsivo, se caracteriza por obsesiones recurrentes y compulsiones que pueden provocar dificultades en el funcionamiento diario. Estas compulsiones consisten en conductas repetitivas de comprobación, numéricas o de limpieza y son realizadas a menudo con el objetivo de prevenir los pensamientos obsesivos o eliminarlos. La realización de estos "rituales", sólo proporcionará un alivio inmediato y el hecho de no llevarlos a cabo puede provocar malestar y angustia intensa, interfiriendo notablemente con la rutina normal del niño, con su rendimiento académico, sus actividades sociales o sus relaciones personales. De esta manera, si un niño con TOC no recibe tratamiento, la enfermedad puede causar graves dificultades en su desarrollo y funcionamiento hasta la edad adulta.

Este es uno de los trastornos neuropsiquiátricos más frecuentes, que afecta al 0,5% de la población general y en la población infantil, entre el 1% al 3%.

Uno de los principales problemas a los que se enfrenta el cirujano dentista, es el manejo psicológico del paciente en la consulta odontopediátrica. Como ya sabemos, cada niño debe ser atendido de manera diferente, de acuerdo a sus necesidades. En el caso del Trastorno Obsesivo Compulsivo (TOC), el propósito se enfoca en adquirir el conocimiento necesario sobre el tema y principalmente saber abordar psicológicamente al pequeño, mediante técnicas adecuadas y adaptadas de manera individual, de acuerdo a la obsesión y a la compulsión que presenten.

1. TRASTORNO OBSESIVO COMPULSIVO TOC.

El Trastorno Obsesivo Compulsivo (TOC), es un trastorno frecuente cuya característica principal es la presencia de obsesiones y/o compulsiones de manera recurrente, lo suficientemente graves como para provocar pérdidas de tiempo o un deterioro de la actividad general y malestar clínicamente significativo.

El “*Manual Estadístico y Diagnóstico de Trastornos Mentales*”, en su quinta edición (Fig.1), describe a los trastornos obsesivos-compulsivos (TOC), como la preocupación obsesiva constante real o no y el comportamiento o conducta compulsiva repetitiva, para neutralizar aquellos pensamientos recurrentes y persistentes. Estos pensamientos o actos afectan el desenvolvimiento social y laboral, porque consume tiempo dedicado a esta obsesión.¹

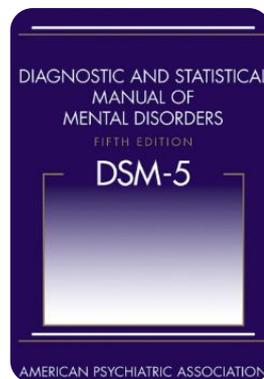


Fig.1. Manual Estadístico y Diagnóstico de Trastornos Mentales.²

La Organización Mundial de la Salud ha considerado este trastorno como una de las diez enfermedades más incapacitantes, ya que la persona puede llegar a evitar el contacto social o personal y considera que afecta más a varones en edades tempranas y a las mujeres entre 18-44 años.



A su vez ha sido catalogado entre las 5 enfermedades psiquiátricas más comunes de estos tiempos.

Durante algún tiempo, fue considerado como un trastorno poco común, que sólo afectaba al 0,5% de la población general (Wodruff y Pitts, 1964). Sin embargo, estudios posteriores han demostrado que este trastorno es mucho más frecuente de lo que se creía.

La prevalencia a lo largo de la vida del TOC es del 1% al 3%, por lo que se convierte en uno de los trastornos neuropsiquiátricos más frecuentes.³

Mathis (et.al. 2009), mencionan un estudio que incluía a 330 pacientes adultos con TOC, que demostró que el 49% de la muestra presentaba los primeros síntomas antes de los 11 años y el 23% entre los 11 y los 18 años.

En población infanto-juvenil, el TOC era muy poco frecuente hasta que en 1998 se publicó un estudio que estimaba en 0,7% su prevalencia anual en Estados Unidos.

Recientemente, un estudio británico sobre salud mental infantil establece una prevalencia puntual del 0,25% en niños de 5 a 15 años; cabe señalar que la mayoría de estos niños nunca solicitaron tratamiento, lo cual se asemeja a los resultados de estudios epidemiológicos en poblaciones adultas.⁴

1.1.1 Antecedentes.

Los síntomas fueron descritos por primera vez durante el siglo XVII. En esa época, las obsesiones y las compulsiones se consideraban manifestaciones de melancolía religiosa y se pensaba que quienes las padecían estaban “poseídos” por fuerzas externas.⁵

El teólogo Agustín de Hipona (Fig.2), con su doctrina del pecado, de la voluntad y de la concupiscencia, que estarían en la génesis de conflictos internos o de trastornos volitivos de naturaleza obsesiva (culpa, resistencias ante la tentación o ante deseos desordenados etc.), propició el origen de una presencia duradera e incuestionable de las obsesiones en el marco cultural de la iglesia católica latina.

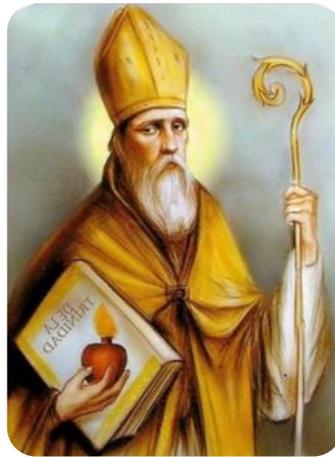


Fig.2 Teólogo Agustín de Hipona.⁶

Desde el punto de vista etimológico y conceptual, se estableció diferencia entre “posesión” y “obsesión”. En la primera, la persona ya no era consciente de su situación, estaba vencido y “conquistado” por el demonio, que ejercía sobre él un control absoluto. Sin embargo, en la segunda, la víctima estaba consciente de su comportamiento anómalo que se imputaba al ataque del demonio, sintiéndose “asediado” y resistiendo con todas sus fuerzas y con gran sufrimiento. De este modo, las posesiones demoníacas o los escrúpulos religiosos fueron interpretados como formas más o menos evolucionadas de obsesiones, ligadas en general a la melancolía. Robert Burton, profesor de la Universidad de Oxford, en su libro “*The anatomy of melancholy*” publicado



en 1961, mencionó casos de personas angustiadas por blasfemar en el interior de la iglesia o con temor a salir de sus casas por miedo a desvanecerse o morir.⁷

La presencia de “escrúpulos” aparece en la literatura como un elemento fundamental y casi definitorio de las obsesiones. La palabra “Escrúpulo” es entendida como una obsesión de culpa, como la inquietud del ánimo provocado por la duda acerca de si algo es buena o mala, correcta o incorrecta, o desasosiego excesivo de la conciencia, temor insoportable a caer en el pecado.

Es así como en este marco cultural del Occidente Cristiano, en el que la genealogía de las obsesiones, a partir del concepto de escrúpulo, refiere a una larga historia moral en la que las ideas de los teólogos y los filósofos resultaban más acertadas que la de los médicos.

Sin embargo, esta relación entre el escrúpulo y los sentimientos religiosos sería incorporada al pensamiento médico y psicológico durante la primera mitad del siglo XIX, cuando el Trastorno Obsesivo Compulsivo (TOC) empezó a investigarse científicamente, siendo el psiquiatra francés Jean-Étienne Dominique Esquirol (Fig.3), quien describió por primera vez en 1838 un trastorno médico similar al TOC actual, que clasificó dentro de las “monomías” (una especie de delirio parcial). El caso de Mademoiselle F., paciente de Esquirol, de 34 años de edad, que temía quedarse con el dinero de los demás. Tardaba mucho tiempo en acabar las cuentas y las facturas, por miedo a cometer errores, poner una cifra por otra y en consecuencia perjudicar a sus compradores quien se vio obligada a abandonar el comercio ya que sus temores aumentaron y se generalizaron.^{6,7}



Fig.3. Jean-Étienne Dominique Esquirol.⁸

A finales del siglo XIX, el TOC fue incluido en la neurastenia. Legrand du Saulle, describió características más típicas del trastorno como la frecuente asociación con sintomatología depresiva, sin embargo, lo más sobresaliente es que fue el primero en hacer referencia histórica sobre TOC en niños y reconocer la existencia de este trastorno durante la infancia.

En 1903, el psicólogo francés Pierre Janet (Fig.4.), propuso que los pacientes obsesivos presentan una personalidad anormal llamada “psicastenia”, que se caracteriza por ansiedad, preocupación excesiva y duda, describiendo un tratamiento exitoso para las compulsiones y los rituales, por medio de técnicas similares a las que se utilizan en la terapia conductual.

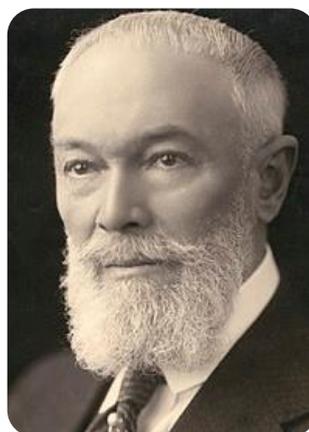


Fig.4. Pierre Janet.⁹



Pierre Janet describe el caso de un niño de 5 años “psicasténico” con pensamientos intrusivos y repetitivos. Por otra parte, también menciona la tendencia del paciente a mantener en secreto los síntomas que le perturban, consiente de la rareza de lo que sucede, una de las características clínicas más específicas la cual contribuye a dificultar el diagnóstico de este trastorno.

Considera en su obra “*Les obsessions et la psychasthénie*”, que el fenómeno obsesivo engloba un todo continuo que va, desde el “sentimiento de imperfección personal” a las “agitaciones forzosas”, las cuales consisten en rumiación de los pensamientos y otras operaciones repetitivas, para terminar en un cuadro más grave de las obsesiones y compulsiones.⁷

Después de la descripción de Janet, el catedrático de psiquiatría infantil en Barcelona, Augusto Vidal Perera, publica un “*Compendio de Psiquiatría Infantil*” en el año 1908, dedicándole todo un capítulo a las obsesiones y compulsiones, volviéndose así en pionero acerca del tema, considerando y enfatizando entre otras cosas, el carácter irreprimible de la obsesión, el poder invasor de la actividad psíquica, la imposibilidad de la persona de liberarse, llegando así al desencadenamiento de actos compulsivos que tienen como objeto disminuir la tensión.

En 1935, Leo Kenner publica “*Child Psychiatry*”, donde también aborda el tema de obsesiones durante la infancia y destaca el aislamiento de los niños que sufren de alguna obsesión, la tendencia de los padres a implicarse en los rituales y actividades compulsivas, así como la similitud de ciertos comportamientos asociados a tics.

En 1955, Louise Despert en su trabajo llamado “*Differential diagnosis between obsessive-compulsive neurosis and schizophrenia in children*”, menciona la conciencia que tienen los niños de la anormalidad de su trastorno y de la tendencia a ocultar los síntomas.¹⁰

Actualmente, el “*Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales*” (DSM-5), la Asociación Americana de Psiquiatría, la Clasificación Estadística Internacional de Enfermedades y Problemas Relacionadas con la Salud (CIE-10) y la Organización Mundial de la Salud (Fig 5), utilizan los mismos criterios diagnósticos tanto para el niño y el adolescente, como para los adultos, exceptuando que en niños no se requiere el criterio de “*insight*” (la capacidad de entender que los fenómenos que uno experimenta no son reales).⁴

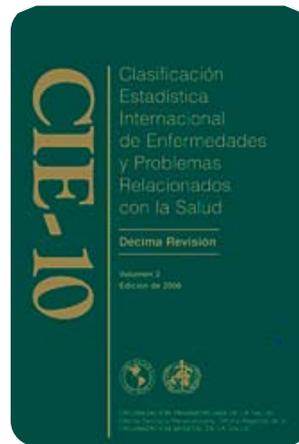


Fig. 5. Clasificación Estadística Internacional de Enfermedades y Problemas Relacionados con la Salud (CIE-10).¹¹

1.2 Características clínicas.

El inicio de los síntomas generalmente es gradual y pueden comenzar como pensamientos intrusivos y/o imágenes violentas que entran en la mente de la persona. También puede comenzar con rituales o comportamientos repetitivos. Las obsesiones y compulsiones pueden ser más de una y suelen cambiar con el transcurso del tiempo.^{4,12}

Distintos autores han desarrollado diversos análisis factoriales, estos con el objetivo de poder encontrar grupos de variables correlacionadas entre sí, llamadas dimensiones, y así obtener el número



mínimo de dimensiones capaces de explicar el máximo de información contenida en los datos.¹³

Entre ellos tenemos la *Lista de Chequeo de Síntomas Obsesivo-Compulsivos de la Escala de "Yale-Brown"*, que describe 4 dimensiones para el TOC:^{13,14}

1. Simetría/orden.
2. Contaminación/lavado.
3. Acumulación.
4. Sexual/religiosa/agresión.

Hodgson y Rachman (1977) desarrollaron el Inventario de obsesión compulsión de Maudsley" (MOCI) para delimitar los subtipos de rituales. Estos autores encontraron que el 53% de sus pacientes mostraba rituales de comprobación y el 48% rituales de limpieza; el 52% tenía síntomas de lentitud obsesiva y el 60% dudas obsesivas.

Por otra parte, las dimensiones de los síntomas del TOC reportadas en "*The National Comorbidity Survey Replication Epidemiological Study*" fueron: chequeo(79.3%), acumulación(62.3%), orden(57%), temas morales(43%), temas sexuales y religiosos(30.2%), contaminación(25.7%), hacer daño (24.2%), temas acerca de enfermedades(14.3%), otros (19%) y múltiples áreas (81%).



De esta manera, se han publicado los siguientes estudios donde se dan a conocer las diferentes dimensiones del TOC:

Estudios	Dimensiones
3 factores (Baer L, 1994).	<ul style="list-style-type: none">- Simetría/acumulación.- Contaminación/chequeo.- Obsesiones puras: temas religiosos, agresivos o sexuales.
4 factores (Leckman et al, 1997).	<ul style="list-style-type: none">- Obsesiones/chequeo: Temas religiosos, agresivos, sexuales.- Simetría/orden: repetir, contar.- Limpieza/lavado.- Acumulación.
5 factores (Mataix-Cols et al, 1999).	<ul style="list-style-type: none">- Simetría/orden.- Acumulación.- Contaminación.- Agresión/chequeo.- Sexual/religiosa.
5 factores (Abramowitz et al, 2003).	<ul style="list-style-type: none">- Hacer daño.- Contaminación.- Acumulación.- Ideas inaceptables.- Simetría.
5 factores (Pinto et al, 2007).	<ul style="list-style-type: none">- Contaminación/limpieza.- Acumulación.- Simetría/orden.- Ideas tabú.- Duda/chequeo.
Síntomas dimensionales de importancia clínica en el TOC. (Williams MT, Mugno B, Franklin M, Faber S, 2013).	<ul style="list-style-type: none">- Contaminación/limpieza.- Duda de hacer daño/chequeo.- Ideas inaceptables/rituales mentales.- Simetría/orden.
En 8 estudios de análisis factorial y cluster” análisis. (Calamari et al, 2004)	<ul style="list-style-type: none">- Contaminación/lavado.- Hacer daño/chequeo.- Acumulación.



	- Simetría/orden.
En 12 estudios de análisis factorial. (Mataix-Cols, Rosario-Campos, Leckman, 2005)	- Contaminación/limpieza. - Obsesión/chequeo. - Acumulación. - Simetría/orden.

Tabla 1. Estudios sobre dimensiones del TOC ¹³

A partir de ello, se ha demostrado que el TOC es un trastorno heterogéneo con una amplia variabilidad de síntomas, por lo cual, sería no sólo un único trastorno sino probablemente un conjunto de trastornos relacionados.

1.3 Tipos de obsesiones y compulsiones.

El manual DSM V-TR (American Psychiatric Association), define que los pensamientos son impulsos o imágenes mentales que se repiten constantemente, son indeseados y las personas que los presentan les causa mucha angustia o estrés por lo tanto tratan de ignorarlos o de hacer que desaparezcan.

Por otro lado, las compulsiones las define como conductas o reglas que se deben seguir estrictamente para que la obsesión desaparezca. La persona siente que el propósito de estas conductas es prevenir, reducir la angustia o evitar una situación o acontecimiento temido. Sin embargo, estas conductas y pensamientos no tienen relación con la realidad o son claramente exagerados.¹

La idea obsesiva es un pensamiento absurdo y extraño, que va en contra de la voluntad de la persona causando un sentimiento de malestar, ansiedad y fastidio. Debe diferenciarse de la idea en la cual existe un engarce eutímico entre la idea y la persona, es decir, que el sujeto acepta como comprensible la vivencia y concuerda con ella, así como de la idea



delusiva, en la que el individuo tiene plena convicción de su certidumbre, mientras que en la obsesiva hay clara conciencia de su condición de absurdo y ajeno.¹⁵

La compulsión se presenta como un deseo imperioso de realizar un determinado acto innecesario o absurdo, el cual suscita una actitud de rechazo y oposición, configurándose una creciente angustia y pugna por controlar el acto. Se diferencia de la idea obsesiva en que aquella no implica esta pulsión a actuar y de los pensamientos impuestos u otros fenómenos psicóticos del Yo, en que éstos últimos son vivenciados en forma pasiva respecto a disposiciones emanadas del exterior, generalmente de otros seres o personas.

El acto compulsivo, es el desarrollo de diversas actividades que pueden ir desde gestos, movimientos limitados y pequeños, hasta conductas globales y complejas que tienen la característica de obedecer a urgentes pulsiones internas que se imponen al Yo, violando su autodeterminación y generando sentimientos desagradables y rechazo. Algunos autores incluyen en este tipo de síntomas los “tics” de tipo psicógeno. Se debe diferenciar de los actos impuestos, la iteración patológica o estereotipada y los actos automáticos, en los que no se establece el conflicto ni se presenta la angustia concomitante.

El ritual obsesivo, es una serie compleja de movimientos, actitudes y ceremonias que realiza el individuo para evitar la angustia, experimentándola como algo imperativo e imprescindible, cargado de una serie de significados muy peculiares y subjetivos, aparentemente incomprensibles. Se diferencia de otros tipos de actos rituales en que éstos tienen una significación cultural para un determinado grupo de personas o comunidades.^{15,16}



Dentro de las obsesiones y compulsiones más frecuentes podemos encontrar las siguientes:

OBSESIONES	COMPULSIONES O RITUALES
<p>Insultos, violencia, agresión.</p> <ul style="list-style-type: none">• Pensamientos o imágenes recurrentes relacionados con el hecho de que podrían herirse o herir a otros (por ejemplo, al estar en contacto con un objeto afilado o estando cerca de una ventana).• Temor a obedecer a impulsos agresivos.• Temor a no realizar algunos rituales (normalmente de verificación o evitación), cuya consecuencia sería la aparición de un evento nefasto para sus prójimos y el consiguiente sentimiento de responsabilidad.	<ul style="list-style-type: none">• Comprobación repetida de puertas, cerrojos, cocina, ventanas.• Comprobación de si algún evento desafortunado ha ocurrido.• Verificación o estrategias con el fin de impedir o prevenir autolesionarse o lesiones a otras personas.• Necesidad de repetir actividades para prevenir accidentes.
<p>Sexuales y religiosas.</p> <ul style="list-style-type: none">• Pensamientos, imágenes o impulsos sexuales “prohibidos” o “indecentes”.• Preocupación excesiva en relación con el hecho de cometer un pecado o algún acto moralmente reprehensible, decir o realizar	<ul style="list-style-type: none">• Asegurarse de que no ha hecho nada malo de naturaleza sexual o religiosa.• Evitación de algunas acciones, personas, lugares u objetos a fin de prevenir la aparición de “malos”



una conducta inaceptable desde el punto de vista religioso.

pensamientos.

- Necesidad de tener “buenos” pensamientos para compensar o invalidar los “malos” pensamientos.

Contar, repetir frases o rezar en silencio.

- Inquietud, preocupación o necesidad de simetría y de orden:
- Necesidad de que las cosas estén simétricas o equilibradas
- Necesidad de que las cosas estén perfectas, exactas o “bien colocadas”.
- Ordenar los objetos muchas veces hasta que estén alineados simétricamente o emparejados.
- Contar objetos tales como las baldosas del suelo o del techo, los libros de la biblioteca, los clavos de la pared o incluso los granos de arena de la playa.
- Ajustar papeles y bolígrafos en la mesa del escritorio o los libros de la biblioteca.
- Tocar o hacer algo en el lado derecho seguido de la compulsión de tocar o hacer lo mismo en el lado izquierdo.

Contaminación; relacionada con enfermar o lesionarse como resultado de la suciedad o los gérmenes como:

- Excrementos o fluidos corporales (como vómito, orina, heces o saliva).
- Limpiar o lavar partes del cuerpo o de los objetos.



<ul style="list-style-type: none">• Contaminantes ambientales (amianto, radiación, desechos tóxicos).• Insectos o animales.• Sustancias pegajosas o basura.• Electrodomésticos u otros objetos inanimados.	<ul style="list-style-type: none">• Necesidad de ducharse, bañarse o efectuar otras rutinas de aseo siguiendo un determinado orden.• Uso excesivo de papel higiénico.• Compulsión de llevar a cabo de nuevo la totalidad del ritual si el procedimiento o la secuencia de lavado o limpieza se ve interrumpida.• Evitar tocar objetos, animales o personas por miedo a que estén sucios o contaminados.
Colección y acumulación:	
<ul style="list-style-type: none">• Temor por desprenderse de objetos sin importancia debido a la certeza de que se necesitarán en el futuro.• Incapacidad para decidir tirar cualquier cosa.	<ul style="list-style-type: none">• Habitaciones repletas de periódicos antiguos, notas, conservas, servilletas de papel, embalajes o botellas vacías.• Recoger objetos o basura de la calle o los contenedores.

Tabla 2. Obsesiones y compulsiones frecuentes.⁴

1.4 Etiología.

Exactamente aún no se sabe qué o porqué se presenta este trastorno, sin embargo, investigaciones recientes han sugerido que se relaciona con los niveles del neurotransmisor denominado "serotonina". Los neurotransmisores son sustancias químicas que transportan señales al cerebro. Cuando se bloquea el flujo de serotonina, el "sistema de alarma" del cerebro, reacciona de manera exagerada e interpreta la información de forma errónea. Estas "falsas alarmas", disparan mensajes de peligro por error. En lugar de que el cerebro filtre estos mensajes, la mente hace hincapié en ellos y la persona experimenta miedos y dudas no realistas (Fig. 6.).

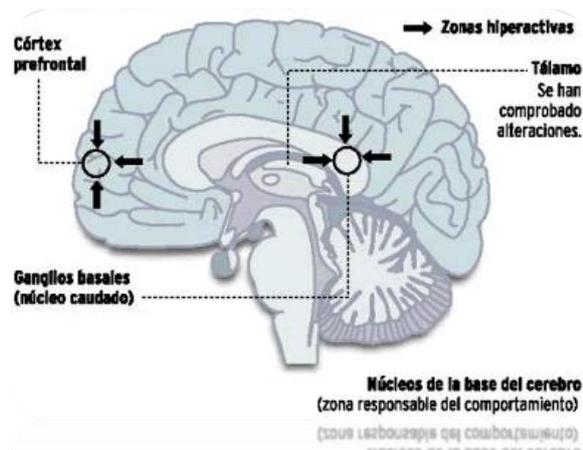


Fig.6 Zonas cerebrales afectadas en el TOC.¹⁸

Por otro lado, se han encontrado evidencias de que el TOC suele ser hereditario, ya que algunas de las personas que sufren de este trastorno tienen uno o más familiares que también lo padecen o que padecen otros trastornos de ansiedad. Debido a esto, se ha llegado a creer que esta predisposición de algunas personas a desarrollar un desequilibrio en el nivel de serotonina es la que hace que sea hereditario, sin embargo, eso no significa que alguien lo desarrollará, pero sí quiere



decir que existen más probabilidades de que esto ocurra. A veces, una enfermedad o un acontecimiento que provoca estrés pueden desencadenar los síntomas de TOC en una persona genéticamente propensa a padecerlo.

En el caso de los niños es muy importante comprender que no es algo que ellos puedan detener, controlar o que ellos mismos provocaron.

El TOC tampoco es algo provocado por los padres, aunque los acontecimientos de la vida cotidiana pueden empeorar o desencadenar este trastorno en niños propensos a padecerlo.¹⁷

1.5 Diagnóstico.

En general, en psiquiatría de niños, las observaciones de los padres y maestros son muy importantes, pero en el TOC esto no siempre suele ser así, puesto que se puede padecer las obsesiones en secreto durante meses antes que familiares se percaten de ello.

El manual DSM-TR, menciona que se deben cumplir las siguientes condiciones para poder hablar de la existencia este trastorno:¹

- Las obsesiones o compulsiones consumen mucho tiempo (más de una hora por día), causan una intensa angustia o interfieren en forma significativa con las actividades diarias de la persona.
- Los síntomas no se deben al consumo de medicamentos u otras drogas ni a otra afección.
- Si la persona padece otro trastorno al mismo tiempo, las obsesiones o compulsiones no se pueden relacionar tan solo con los síntomas del trastorno adicional.
- A excepción de los niños, el diagnóstico también debe indicar si la persona con TOC comprende que los pensamientos obsesivos compulsivos pueden no ser ciertos, o si está convencida de que son verdaderos. También debe



indicar si una persona con TOC tiene o ha tenido un trastorno de tic.

Las actividades repetitivas forman parte del desarrollo del niño y tienen sin duda una finalidad concreta más no única, que es el aprendizaje. Los niños pequeños aprenden principalmente por mimetismo y por condicionamiento, por lo cual la repetición forma parte del aprendizaje.

El cuadro clínico de TOC en niños y adolescentes es igual que en los adultos; el periodo que comprende entre los 5 y 11 años es crucial para el comienzo de este, ya que esta es la edad en que los niños naturalmente se sienten preocupados por encajar en su grupo de amigos. Las molestias que el estrés provoca pueden hacer que los pequeños se sientan atemorizados, fuera de control y solos.¹⁷

Una de las características más frecuente en niños que presentan este tipo de trastorno, es que muy raramente se llega a diagnosticar en la práctica clínica, debido a las siguientes causas:

- Las compulsiones se confunden en su mayoría con juegos y actividades lúdicas.
- En general a los niños los síntomas no les preocupa ni causa alguna molestia, o si llega a presentarla no saben expresar lo que les sucede o sienten pena de hacerlo.
- Tanto padres como personas cercanas al pequeño tardan demasiado en darse cuenta o sospechar que algo raro sucede en el comportamiento del niño.



1.6 Diagnóstico diferencial.

Presenta una amplia comorbilidad y existe evidencia de diferencias neurobiológicas entre el TOC y los trastornos de ansiedad. El DSM-5 y la CIE11, reconocen que la psicopatología nuclear en el TOC y trastornos relacionados es la compulsión y no la ansiedad.¹

Para agrupar a los trastornos relacionados al TOC se usaron 11 factores de validación:

1. Síntomas similares.
2. Comorbilidad.
3. Curso.
4. Antecedentes familiares.
5. Sustrato neuronal.
6. Genética y factores de riesgo ambiental.
7. Biomarcadores.
8. Temperamento.
9. Procesamiento cognitivo y emocional.
10. Respuesta al tratamiento.
11. Utilidad clínica.

1.6.1 Trastornos por tics.

Los trastornos de este tipo se caracterizan por vocalizaciones o movimientos motores estereotipados, súbitos, rápidos, recurrentes, no rítmicos”. Existen cuatro tipos de trastornos por tics donde el inicio de la conducta debe haber ocurrido antes de los 18 años.^{1,15,17}

1.6.1.1 Síndrome de Gilles de la Tourette.

Consiste en múltiples tics motores y vocales (Fig.7). La persona no tiene que haber tenido un período libre de estos durante tres meses consecutivos y tuvo que haber manifestado tics durante al menos un año. Además, el inicio del trastorno tiene que haber ocurrido antes de los 18

años y las conductas no se deben a los efectos directos de la medicación o de una enfermedad médica.^{1,15,17}



Fig. 7. Tics característicos del síndrome de Tourette.¹⁹

El trastorno provoca un notable malestar o deterioro significativo social, laboral o de otras áreas importantes de la actividad del individuo.

La alteración no se debe a los efectos fisiológicos directos de un fármaco.

1.6.1.2 Tics motores.

Se definen como “movimientos musculares rápidos y aparentemente involuntarios repetitivos o bruscos, que son diferentes de los espasmos o temblores. Pueden ser simples o complejos y o crónicos.^{1,15,17}

Los tics vocales son súbitos, rápidos, recurrentes y no rítmicos. Pueden ser simples o complejos y crónicos o transitorios (Fig.8).

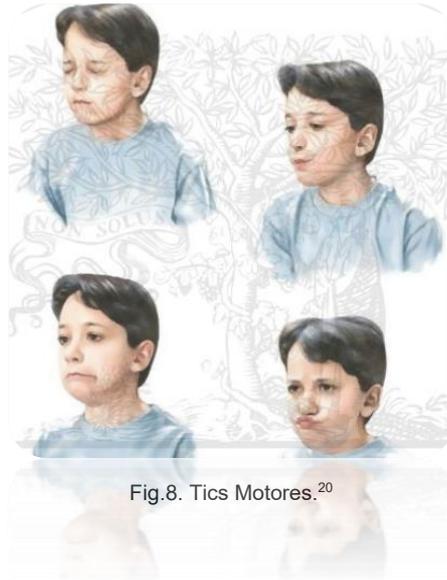


Fig.8. Tics Motores.²⁰

1.6.1.3 Trastornos de tics transitorios.

Tics motores, vocales simples o múltiples, esto es, vocalizaciones o movimientos súbitos, rápidos, recurrentes, no rítmicos y estereotipados (Fig.9).



Fig.9 Ejemplo de Tic Transitorio.²¹

Los tics aparecen varias veces al día, casi cada día durante por lo menos 4 semanas, pero no más de 12 meses consecutivos.

La alteración causa un notable malestar o un deterioro significativo social, laboral o de otras áreas importantes de la actividad del individuo. Nunca

se han cumplido criterios de trastorno de Tourette, ni de trastorno de tics crónicos motores o vocales.^{1,15,17}

1.6.1.4 Trastornos de tics no especificado.

Esta categoría comprende trastornos caracterizados de tics, pero que no cumplen los criterios de un trastorno de tics específico, duran menos de 4 semanas o tics que se inician después de los 18 años de edad (Fig.10).



Fig. 10. Tic no especificado.²²

1.6.2 Depresión.

Se define como un problema psicológico complejo cuyas características principales son un estado de ánimo irritable, falta de motivación y disminución de la conducta instrumental adaptativa. Se caracteriza también por alteraciones del apetito y sueño, cansancio, baja autoestima, sentimientos de culpa, dificultades para pensar o concentrarse, indecisión, ideas de muerte como el suicidio e intentos de este (Fig11).^{1,15,17}



Fig. 11. Depresión infantil.²³

1.6.3 Trastorno Dismórfico Corporal.

Se caracteriza por la preocupación persistente por los defectos percibidos en su apariencia, las conductas repetitivas y excesivas al examinar constantemente su cuerpo, los intentos de camuflaje, como, por ejemplo, usar maquillaje para modificar el defecto percibido y los intentos de evitar situaciones sociales u otros desencadenantes que incrementen su malestar. (Fig. 12.).^{1,15,17}



Fig. 12. Visión errónea de la apariencia.²⁴

1.6.4 Trastorno de acumulación.

Los niños con un trastorno de acumulación no solo coleccionan objetos en forma excesiva sino que también desarrollan apegos emocionales abrumadores por sus posesiones (Fig. 13). En realidad, se preocupan tanto por ellas que eso interfiere con su funcionamiento. Mientras que un coleccionista de piedras o de estampillas busca elementos específicos, un acumulador adquiere elementos aparentemente al azar y después tiene problemas cuando se le pide que se deshaga de ellos. Y podría coleccionar cosas que para otras personas parecen no tener valor, incluyendo cosas como piedras, tubos de papel sanitario, papel, comida etc. ^{1,17,25}



Fig. 13. Apego emocional por objetos acumulados o coleccionados.²⁵

1.6.5 Trastorno olfatorio de referencia.

Es la preocupación persistente por emitir un olor corporal percibido y ofensivo que es imperceptible o sólo ligeramente perceptible por los demás. Las conductas repetitivas y excesivas, como, por ejemplo, chequear constantemente el olor del cuerpo o la ropa, intentos de camuflaje usando un perfume o desodorante, prevenir el olor tomando un baño, cepillándose los dientes, cambiándose de ropa o evitando consumir ciertos alimentos y de evitar situaciones sociales u otros desencadenantes que incrementen el malestar.^{1,17}

1.6.6 Tricotilomanía.

El (DSM-5) coloca la Tricotilomanía en la categoría de los trastornos obsesivo-compulsivos y afines, y señala que se caracteriza por un comportamiento repetitivo y recurrente consistente en el arrancamiento del cabello e intentos para disminuir o detener el comportamiento repetido (Fig. 14.).

Este trastorno es 7 veces más frecuente en los niños que en los adultos. La máxima prevalencia se produce entre los 4 y los 17 años. El niño experimenta estados de angustia y puede deteriorarse de forma moderada la actividad social o académica.^{1,17}



Fig.14 Tricotilomania.²⁶

1.6.7 Trastorno de Excoriación.

Consiste en conductas repetitivas centradas en el cuerpo, por lo cual realiza actos compulsivos de rascado en la piel sana o sobre lesiones preexistentes.

1.6.8 Hipocondriasis.

Es la preocupación persistente acerca de la posibilidad de tener una enfermedad grave o progresiva, la interpretación catastrófica y sobredimensionada de sus molestias físicas y la presencia de conductas

excesivas o repetitivas de chequeo en el cuidado de la salud que causan disfuncionalidad (Fig. 15).^{1,15,17}



Fig.15 Niña con HS.²⁷

1.6.9 Trastornos de Ansiedad

Considerados de dos tipos:

1. Fobia simple: Es un temor fuerte e irracional de algo que representa poco o ningún peligro real.
2. Trastorno de ansiedad generalizada (TAG)

Las personas con TAG se preocupan extremadamente por éstas y muchas otras cosas, incluso cuando hay poca o ninguna razón para preocuparse. El simple hecho de lidiar día a día les causa ansiedad y piensan que las cosas siempre saldrán mal. A veces, estas preocupaciones hacen que las personas con este trastorno no puedan realizar sus actividades diarias.^{1,15,17}

1.6.10 Trastorno de Pánico

Es la presencia recurrente de ataques de pánico, que pueden durar minutos u horas y consisten en una serie de síntomas aversivos, somáticos y cognitivos que, a menudo, alcanzan su máxima intensidad en los primeros 10 minutos antes de disminuir gradualmente. Los síntomas más característicos de los ataques de pánico son: palpitaciones, sacudidas del corazón o elevación de la frecuencia cardíaca, sudoración, temblores, sensación de ahogo o falta de aliento, sensación de atragantarse, opresión o malestar torácico, náuseas o molestias abdominales, inestabilidad, mareo o desmayo, sensación de irrealidad o despersonalización, miedo a perder el control o a volverse loco, miedo a morir, parestesias, escalofríos o sofocos. La mayoría de los individuos que sufren un Trastorno de Pánico, experimentan ansiedad generalizada entre los episodios de pánico, ansiedad anticipatorio y agorafobia (Fig. 16).^{1,15,17}



Fig16. Trastorno de pánico.²⁸

1.6.11 Esquizofrenia.

Las personas pueden escuchar voces que no están allí. Ellos pueden pensar que otras personas quieren hacerles daño. A veces no tiene sentido cuando hablan. Este trastorno hace que sea difícil para ellos mantener un trabajo o cuidar de sí mismos.

Presentan síntomas psicóticos los cuales distorsionan el pensamiento de una persona. Estos incluyen alucinaciones, delirios, dificultad para organizar pensamientos y movimientos extraños.

Síntomas "negativos" hacen que sea difícil mostrar las emociones y tener una conducta normal.

Síntomas cognitivos afectan el proceso de pensamiento. Estos incluyen problemas para usar información, la toma de decisiones, y prestar atención.^{1,15,17}

1.7 Tratamiento.

Los tratamientos más exitosos para los niños con TOC son la terapia conductual y la medicación. La terapia conductual, también denominada "psicoterapia cognitivo-conductual"(TCC) y ayuda a los niños a aprender a cambiar sus pensamientos y sentimientos cambiando primero su comportamiento (Fig.17).

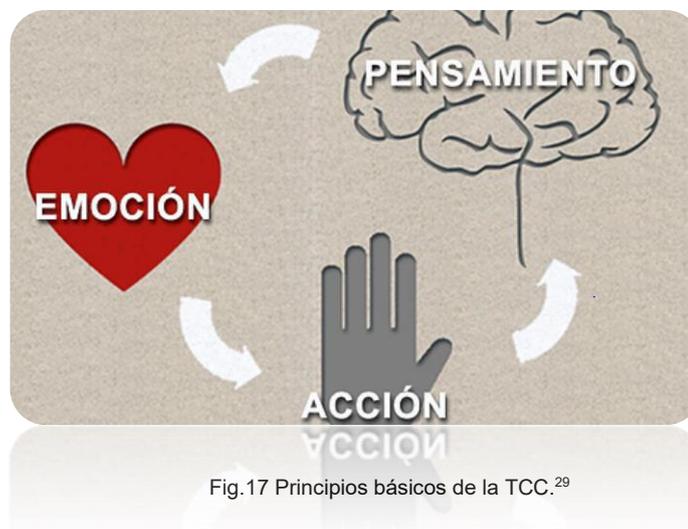


Fig.17 Principios básicos de la TCC.²⁹

La TCC tiene como fin, exponer gradualmente a los niños a sus miedos, llegando al acuerdo de que no realizarán rituales, para así ayudarlos a reconocer que su ansiedad disminuirá y que no ocurrirá nada desastroso. Por ejemplo, a los niños que tienen miedo a la suciedad se les expone a



algo sucio, comenzando por algo que les provoque una leve molestia y terminando con algo que esté realmente contaminado.³⁰

Para que esta exposición tenga éxito, se debe combinar con una prevención de la respuesta, en la cual se bloquean los rituales del niño o los comportamientos evasivos. Siguiendo con el mismo ejemplo anterior, el pequeño no solo debe permanecer en contacto con el objeto sucio sino que no se le debe permitir que se lave las manos de manera repetitiva.

Algunos planes de tratamiento incluyen "darle órdenes" al TOC, ponerle un sobrenombre desagradable y verlo como algo que el niño puede controlar. Con el tiempo, la ansiedad que provoca la suciedad y la necesidad de rituales de lavado desaparecen gradualmente. ^{15,30}

El trastorno puede empeorar si no se le trata de manera sistemática, lógica y comprensiva. Se ha demostrado que simplemente hablar de los rituales y los temores no ayudan a manejarlo y en realidad puede empeorarlo reforzando los temores y generando más rituales. El apoyo y la cooperación de la familia también son de gran utilidad para ayudar al niño a enfrentarlo.

Muchos niños mejoran únicamente con terapia conductual mientras que otros necesitarán una combinación de terapia conductual y medicamentos.

El tratamiento farmacológico del TOC es crónico y consiste en altas dosis de antidepresivos. Tiene un tiempo de latencia prolongado, elevada tasa de recaídas del cuadro clínico y respuesta farmacológica parcial. Se basa principalmente en la utilización de antidepresivos, cuyo mecanismo de acción incluye la inhibición de la recaptura de serotonina (IRS), que ayudan a reducir el impulso por realizar rituales. La agencia reguladora de fármacos en Estados Unidos (FDA) ha aprobado la Clorimipramina, Sertralina, Fluvoxamina y fluoxetina como tratamientos para el TOC.^{15,31,32,33}

1.8 Comportamientos comunes en niños con TOC.

Las obsesiones más frecuentes en niños son las que se relacionan con el temor a contaminarse y a contagiarse con gérmenes o con suciedad, temor a que acontezcan determinadas cosas a personas queridas, obsesión por la simetría y la exactitud y escrúpulos de tipo religioso. Otras obsesiones se relacionan con las funciones corporales, preocupaciones de índole sexual e ideas agresivas como temor o necesidad de hacerse daño así mismo o a los demás.

El temor que contagiarse obliga al niño a caminar por la calle alejándose de los botes de basura, usar guantes, abrir puertas empujándolas con el codo o utilizar un pañuelo o un papel para no tocar la manija de esta y lavarse las manos en repetidas ocasiones para eliminar gérmenes (Fig18.).



Fig18. Compulsión de lavarse las manos muchas veces.³⁴

La obsesión por la simetría y el orden implican entre otras cosas, tener objetos personales como ropa, juguetes y zapatos en orden, en un lugar exacto y de una forma en particular y no tolerar el más mínimo cambio de estos (Fig.19), produciendo así peleas o discusiones con los padres y/o hermanos principalmente, o incluso con compañeros de la escuela.



El miedo a que acontezcan males es lo más típico de las obsesiones en niños; miedo a enfermarse, a peligros indefinidos, incluso a morir.

Por otro lado, se encuentran con frecuencia obsesiones con los números, lo cual provoca la necesidad de contar o de repetir cosas un número determinado de veces (Fig. 20). También existen las obsesiones que consisten en recordar o aprenderse de memoria punto por punto las palabras o frases de una conversación o de algún texto.^{4,7,16,17}



Fig. 20. Obsesión por números.³⁶

2. PSICOLOGÍA DEL NIÑO DE ACUERDO A LAS DIFERENTES ETAPAS DEL DESARROLLO.

El desarrollo humano es el resultado de un conjunto de variables hereditarias y ambientales que interaccionan mediante el proceso conocido como transacción. Mediante la transacción, el ambiente influye en el desarrollo de la persona y esta a su vez sobre él. Las relaciones que cada ser humano establece con el mundo que le rodea son una intrincada red de influencias mutuas y el resultado es más que la suma de sus partes (Bee y Mitchell 1987).

Sin embargo, algunos autores consideran que las experiencias y modelos de conducta desarrollados en la infancia son de vital importancia en las etapas posteriores, postulando distintas teorías sobre el tema, sin embargo, no todos defienden que las experiencias que tenemos de pequeños repercuten para el desarrollo posterior.³⁸



En la siguiente tabla se encuentran las principales teorías del desarrollo en los niños.

TEORÍA	AUTOR	CONCEPTO
Psicosocial.	Eriksson.	Desarrollo de la personalidad a lo largo de etapas emocionales de la vida.
Conductismo.	Skinner-Pavlov.	Desarrollo y modificación de la conducta por el medio ambiente.
Aprendizaje social.	Bandura.	Aprendizaje de un contexto social mediante la observación e imitación de modelos.
Humanística.	Maslow.	Desarrollo del individuo basado en la superación de niveles de necesidad.
Cognoscitiva.	Piaget.	Desarrollo por medio de etapas donde hay cambios cualitativos en la capacidad cognoscitiva del individuo.
Psicoanalítica.	Freud.	Conducta controlada por fuerzas inconscientes.

Tabla 3. Clasificación y descripción de las principales teorías de desarrollo de niño.³⁷

2.1 Desarrollo psicosexual de Sigmund Freud

Sigmund Freud (Fig. 21.), fue el primer teórico en enfocar la atención en la infancia, defendiendo que según la manera en que fueran tratados los niños se harían acreedores a rasgos de personalidad para toda su vida. Propuso que hay fases críticas en el desarrollo, siendo estas la fase oral y anal, asegurando que, si existen alteraciones en ellas, estas sólo pueden ser superadas "volviendo a vivir" las experiencias más tempranas a través de una psicoterapia.³⁸

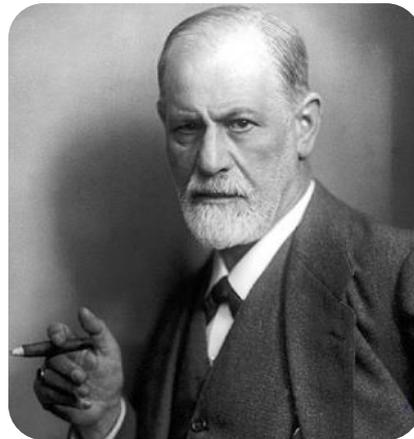


Fig. 21. Sigmund Freud.³⁹

2.1.1 Etapa oral.

Durante el primer año de vida la boca es la fuente de placer para el lactante, es la zona erógena que prevalece preminente y procura al bebé no solo la satisfacción de alimentarse, sino sobre todo el placer de succionar, es decir, de poner en movimiento los labios, la lengua y el paladar en una alternancia rítmica, siendo así la boca la fuente de placer. En este periodo el niño depende totalmente de la madre y debe ajustar sus exigencias a la disponibilidad de ella. La fijación en la etapa oral o una regresión a ella puede ocasionar dependencia exagerada, es decir, preocupación excesiva por la ingestión consistente en adquirir posesiones, conocimiento o extremo deseo de ingerir todo. El hábito de



fumar, morder la punta del lápiz, son actos en los que se manifiesta la conducta regresiva (Sarason, 1984)³⁸

2.1.2 Etapa anal.

Durante el segundo año de vida el niño comienza a obtener placeres con la expulsión de las heces, por lo que el ano en esta etapa, es la fuente principal de placer y conflicto potencial. Con frecuencia representa el primer intento del niño por convertir una actividad involuntaria en voluntaria. Los niños pueden experimentar dolor o placer, ya sea al retener o al expulsar sus desechos fisiológicos. Con base a la obtención del placer, a la expulsión o retención de las heces, es una etapa donde se inicia el control de los esfínteres y permite que este desarrolle su personalidad teniendo dos opciones de respuesta: Anal-retentiva (retención de heces), donde esta respuesta se generaliza después a otras actividades, de cómo el niño adquiere un carácter obstinado y avaro y Anal expulsivas (expulsión de heces en momentos menos oportunos), esto puede originar características de desorden, berrinches, crueldad o destructividad.

Así es como para Freud, la resolución satisfactoria entre niño y la persona adulta es el enseñarle el control de esfínteres para que sea un individuo creativo productivo, siendo el principal aspecto de desarrollo el control de esfínteres.³⁸

2.1.3 Etapa fálica.

Entre los tres y seis años el niño entra en esta etapa. Lo que la caracteriza es el llamado complejo de Edipo, que se percibe como una crisis que acontece a partir del momento que el niño comienza a tener interés por su órgano reproductor, cuando la libido se traslada hacia esa parte del cuerpo en esas primeras fantasías sexuales en la que participa el pene; la madre juega un papel fundamental ya que el pequeño desarrolla deseos sexuales incestuosos, que toman la forma de



comportamientos reales o imaginados en los que se ve con la madre y por otra parte el padre se vuelve su rival para obtener los favores y el amor de ella.

Esta situación se resuelve según Freud, mediante dos tipos de movimiento. Por una parte, reprimiendo el amor incestuoso hacia la madre, encerrándolo en el inconsciente y convirtiéndolo en forma de amor puro y asexual; por otra, el odio hacia el padre se soluciona mediante su identificación, es decir, el niño desea llegar a ser como el padre, dando como resultado esta identificación la interiorización de normas morales y a la formación del superego y la resolución de este complejo se convierte en un paso fundamental para la integración del niño en la familia y en la sociedad.

A pesar de que los sentimientos edípicos se reprimen, permanecen en el inconsciente y pueden llegar a manifestarse en ciertos comportamientos adultos como deseo excesivo de poder y competición o impotencia sexual.

Freud describió un proceso similar de deseo sexual hacia el padre y competencia y hostilidad hacia la madre en las niñas al que denominó complejo de Electra.³⁸

2.1.4 Etapa de genital.

Tras la resolución del complejo de Edipo, el niño pasa a un periodo al que Freud lo llamó de latencia, en la cual se reprime la sexualidad y los recuerdos del erotismo infantil. Este periodo dura aproximadamente 6 años en el cual, se observa un notable desarrollo social centrado en la relaciones con personas del mismo sexo. En este periodo no existe zona específica donde se desarrollen fuerzas psíquicas que inhiban el impulso sexual y reduzcan su dirección. Los impulsos sexuales inaceptables son canalizados a niveles de actividad más aceptados por la cultura. Freud le

llamaba periodo de calma sexual. Así el principal aspecto de desarrollo es la adquisición de mecanismos cognoscitivos para superar el estrés.

2.2 Desarrollo cognitivo de Jean Piaget.

Jean Piaget en 1953 (Fig.22), teorizó que las capacidades intelectuales se construyen en los desarrollos simples que tienen lugar en las primeras etapas de vida.



Fig. 22. Jean Piaget.⁴⁰

La primera etapa del niño consiste en aplicar la capacidad que tiene en el momento de nacer (succión y presión), a una amplia diversidad de actividades. Los lactantes disfrutaban mucho meterse cosas en la boca: sus dedos, juguetes y otros objetos; poco a poco dividen el mundo en dos esferas: lo que pueden succionar y lo que no pueden succionar y comienzan a organizar sus experiencias asignándoles categorías (esquemas), que constituyen el primer paso en la conducta intencional y en la solución adaptativa de problemas, las cosas desconocidas perturban al niño pues no encajan en sus esquemas. Al final de esta etapa, los niños adquieren un sentido de permanencia del objeto (si una pelota está

debajo de la silla se percata de que existe), este permite el desarrollo cognoscitivo, comenzando a ver las cosas como ocurren y



poseen un sentido de auto identificación, es decir, nombrarse a sí mismos correctamente ante un espejo (Morris, 1997).

2.2.1 Estadio preoperacional.

De los 2 a 7 años. Los niños cuando llegan a esta etapa están orientados hacia la acción. Su pensamiento está ligeramente ligado a la experiencia física y perceptual, pero su capacidad de recordar y anticipar va creciendo y entonces comienzan a utilizar símbolos para representar el mundo externo. El ejemplo más obvio de presentación es el lenguaje y es en esta etapa cuando el niño comienza a utilizar palabras para representar objetos. Pero el pensamiento preoperatorio (preoperacional), difiere en muchos aspectos del pensamiento de niños mayores y del de los adultos. Los niños de corta edad, por ejemplo, son egocéntricos en extremo no pueden distinguir entre su persona y el mundo externo, suponen que los objetos tienen sentimientos como ellos; creen que sus procesos psicológicos (por ejemplo los sueños) son reales y concretos. Según Piaget, los que pasan por este estadio no pueden ponerse en el lugar de otro ni asumir su perspectiva. Aunque la mayor parte del tiempo son egocéntricos, en ciertas circunstancias hasta los niños de 4 años parecen tener en cuenta las perspectivas ajenas. En un estudio, un grupo de niños de 4 años escogieron regalos de cumpleaños apropiados para sus madres. Si hubieran sido enteramente egocéntricos, tal vez habrían seleccionado sus juguetes favoritos como regalo.

Piaget propuso a si mismo que los niños tienden a centrarse en un aspecto de un hecho u objeto que atrae su atención, ignorando todos los demás (conservación de la materia). Un experimento más reciente, descubrió que los niños de muy corta edad (de 2 a 4 años), lograban identificar los cambios que ocurrían en varios objetos, con solo sumar y restar, pese a no ver los cambios que ocurren. Pero si el color o la forma de los objetos también cambiaban, se confundían y no podían percibir cambio alguno en varios objetos.



2.2.2 Estadio de operaciones concretas.

De los 7 a los 11 años, durante este estadio el niño adquiere mayor flexibilidad en su pensamiento. Aprende a rehacer sus pensamientos, a corregirse y a comenzar de nuevo en caso de necesidad. Aprende a considerar más de una dimensión del problema a la vez y a observar un objeto o problema desde diversos ángulos. (Piaget y Szminka, 1952). Hacia los 10 años, al niño le es más fácil deducir lo que otra persona está pensando o sabe más o menos a esa misma edad, se da cuenta de que el otro también es capaz de deducir lo que él está pensando. Pese a abordar los problemas con mucha lógica, en la etapa de las operaciones concretas, el niño solo puede pensar en función de cosas concretas que puede manipular o imaginar. En cambio, los adultos pueden pensar en términos abstractos, formular y aceptar hipótesis o bien rechazarlas sin probarlas antes. Esta capacidad se adquiere en la etapa siguiente.

Operaciones formales. Entre los 11 y los 15 años, los infantes desarrollan la capacidad de comprender la lógica abstracta, pueden considerar lo que es probable y no se limitan en el aquí y ahora, pueden analizar hipótesis que de hecho sean imposibles, anticipan, planean, comprenden metáforas y constituyen teorías, generan alternativas cuando se presentan dificultades y revisan el mérito en sus cabezas, evalúan preguntas amplias intentando encontrar sentido a su vida, identidad, realidades sociales, religiones, justicia, significado, responsabilidad, etc. Las contradicciones le molestan, a menudo se da la introspección pensar en uno mismo, pero al final poseen el mismo aparato mental que los adultos.³⁸

2.3 Etapas de desarrollo emocional por edades.

El desarrollo psicológico emocional es base fundamental para comprender la respuesta normal del niño en relación con el medio que lo rodea, a medida que crece y se desarrolla para así evitar el error de



diagnosticar un desajuste emocional o una conducta desorganizada con una reacción esperada a una edad determinada.³⁷

2.3.1 Lactancia.

Esta etapa transcurre desde el nacimiento hasta aproximadamente los tres años y se caracteriza por ser un periodo donde hay un desarrollo muy rápido de las distintas habilidades motoras.

2.3.2 Infancia temprana.

Se presenta de los 3 a los 6 años de edad aproximadamente, caracterizada por un desarrollo elevado de la comunicación verbal, los niños comienzan a ser menos dependientes de sus padres, a compartir y relacionarse con otros niños de su edad. Es también la etapa en donde el juego y la creatividad tienen un papel fundamental para el desarrollo.

2.3.4 Infancia intermedia.

Durante esta etapa se lleva a cabo la formación escolar y comprende de los 6 a los 12 años de edad. Es un periodo en el que hay una marcada influencia de factores culturales externos donde el individuo desarrolla sus capacidades cognitivas.

2.3.5 Adolescencia.

Se trata de una etapa en donde ya no hay un desarrollo de habilidades motoras o cognitivas, sino más bien por la búsqueda de una identidad emocional, cultural y sexual.

2.4 Estados emocionales más frecuentes en el niño.

Poder identificar el estado emocional del niño es importante para poder determinar las causas del tipo de comportamiento que éste presenta y así poder establecer un objetivo claro de intervención.



Los niños actúan por impulsos y manifiestan su temor con conductos desagradables y se les hace imposible ser complaciente en presencia de un miedo insoportable.³⁷

2.4.1 Miedo.

Se entiende como estado de angustia y malestar generalizado en el paciente, que va asociado con una situación de desconocimiento o de inseguridad. Es muy frecuente en niños que acuden por primera vez a la consulta y desconocen por completo el entorno en el que se encuentra, empezando por el odontólogo y el personal auxiliar.

2.4.2 Ansiedad.

La ansiedad es una reacción emocional elaborada por la personalidad basada en el sentido y el significado pudiendo interpretarse como una respuesta a situaciones que son peligrosas aunque en realidad no exista tal. Lo importante es saber cómo la percibe el niño y de qué manera lo afecta. Sin embargo, en la vida hay ciertas situaciones básicas que tienden a provocar ansiedad en la mayoría de las personas; una de estas situaciones es la visita al médico o al odontólogo.

Se presenta en pacientes que han desarrollado un temor específico hacia algún evento o procedimiento previo.

2.4.3 Rechazo – agresividad.

Este tipo de comportamiento se produce cuando existe un rechazo a actividades invasivas y se observa en pacientes menores de 2 años, que aún se encuentran en la etapa oral y que presentan un rechazo natural al procedimiento o en pacientes de 4 a 7 años, que pueden desarrollar buena actitud, agresiva o de manipulación, para evitar el tratamiento.



2.4.4 Dolor.

La *International Association for the Study of Pain (IASP)*, lo define como una experiencia sensorial o emocional desagradable, asociada a daño tisular real o potencial, por lo tanto se considera una causa natural al rechazo.

2.4.5 Llanto.

Es uno de los primeros mecanismos de comunicación que desarrolla el niño. Existen diferentes patrones que deben diferenciarse para poder establecer el estado emocional del paciente, entre ellos el tipo de llanto que puede manifestar, dentro de los cuales encontramos los siguientes:

2.4.5.1 Básico- monotónico.

Se trata de un patrón rítmico que es utilizado por los bebés como mecanismo para expresar hambre, pero en niños mayores está asociado con ansiedad y expresión de rechazo.

2.4.5.2 De ira.

Llanto de mayor intensidad a lo normal, se presenta más en pacientes agresivos que quieren confrontar y evitar el tratamiento.

2.4.5.3 De dolor.

Como su nombre lo dice es causado por presencia de dolor al realizar algún procedimiento.

2.4.5.4 Llanto de frustración.

Caracterizado por un patrón arrítmico, acompañado de gritos largos sin periodos de retención de la respiración o suspiros, que se presenta en situaciones de ansiedad, donde, al igual que en el llanto básico, el paciente es potencialmente cooperador.³⁷



2.5 Influencia del comportamiento de los padres durante la consulta.

Este tipo de relación íntima entre los padres y los niños es sumamente importante para determinar el comportamiento emocional del niño. Si las actitudes de los padres son defectuosas, el comportamiento del niño puede alterarse hasta convertirlo en un paciente muy complicado de tratar. Sin embargo, si los padres muestran actitudes positivas hacia sus hijos, serán bien educados, se comportarán bien y por lo general serán buenos pacientes.³⁷

La actitud de los papás es lo que repercute principalmente en el desarrollo de la personalidad los niños, y se clasifican de la siguiente forma:

2.5.1 Motivados.

Son aquellos que tienen un interés por la salud bucal de sus hijos y quieren participar y aceptar la orientación del odontólogo.

2.5.1.2 Ansiosos.

Su presencia puede resultar contraproducente para el manejo del niño, debido al alto grado de ansiedad que presentan.

2.5.1.3 Autoritarios.

Pretenden hacer y que se haga lo que para ellos es correcto. Aunque son ellos quienes toman la decisión de realizar un tratamiento, es el odontólogo quien debe orientar y definir la forma como se ha de hacer el tratamiento.



2.5.1.4 Manipuladores.

Por medio de comentarios, intentan imponer la forma de cómo debe tratarse el niño.

2.5.1.5 Indiferentes.

No muestran interés ni motivación por mejorar la salud bucal de su hijo, son aquellos que sólo llevan a consulta a sus hijos cuando tienen alguna urgencia.³⁷

2.6 Técnicas de manejo y modificación del comportamiento.

El manejo del comportamiento en pacientes pediátricos se fundamenta en el conductismo, basado en el control de emociones que plantea que el comportamiento de una persona es modificable, si se alteran las circunstancias ambientales que lo rodea. Por lo tanto, consiste en un proceso constante de evaluación del paciente mediante la aplicación de diversas técnicas, de forma aislada o simultánea, de acuerdo con cada situación.³⁷



Teniendo en consideración que la atención odontológica en niños pequeños se basa en un correcto manejo de la conducta, hay varios métodos o propuestas para prevenir o disminuir la ansiedad y el miedo a la consulta odontológica del bebé y del niño, las cuales se clasifican en la siguiente tabla:

Tipo	Clasificación	Técnica
Técnicas no farmacológicas	Técnicas comunicativas	Decir-mostrar- hacer: permite que el paciente conozca antes los procedimientos que serán aplicados, utilizando lenguaje de acuerdo a la edad del paciente. Control de voz: modificación de tono y el volumen de la voz, así como de la velocidad con que se habla. Refuerzo negativo: pretende modificar un comportamiento no deseado mediante la eliminación de una causa de mal comportamiento. Refuerzo positivo: busca reforzar una conducta. Modelación: Permite



		<p>que el paciente observe el comportamiento apropiado que se espera de él.</p> <p>Distracción contingente: consiste en desviar la atención del paciente durante el procedimiento, al tiempo que se condiciona su conducta.</p> <p>Escape contingente: Busca que el paciente tenga el control de la situación, mediante indicaciones condicionantes.</p> <p>Comunicación no verbal: utiliza actitudes como cambios en la expresión facial, postura y contacto físico para dirigir y modificar el comportamiento.</p>
	Técnicas no comunicativas.	Inmovilización física. Mano sobre boca.
Técnicas farmacológicas	<p>Sedación consciente.</p> <p>Sedación profunda.</p> <p>Anestesia general.</p>	

Tabla 4. Clasificación de las principales técnicas de manejo del comportamiento³⁷



3. ABORDAJE PSICOLÓGICO EN NIÑOS CON TRASTORNO OBSESIVO COMPULSIVO DURANTE LA CONSULTA EN ODONTOPEDIATRÍA.

La Asociación Latinoamericana de Odontopediatría (A.L.O.P.), reconoce que los profesionales de odontopediatría, para proporcionar salud bucal a los pacientes pediátricos, ya sean niños, adolescentes, o aquellos con necesidades especiales, necesitan recurrir a un proceso continuo de técnicas farmacológicas y de conducta para controlar y para adaptar el comportamiento del paciente.⁴¹

3.1 Técnicas para el tratamiento durante la consulta

Como ya hemos explicado, los niños que acuden por primera vez a la consulta odontológica pueden manifestar distintos comportamientos. Si a esto le agregamos que el niño presenta algún otro tipo de enfermedad o condición que comprometa su salud, en este caso Trastorno Obsesivo Compulsivo, sin duda alguna, el manejo de este tipo de pacientes puede ser muy complicado, es por eso que hay que tener en cuenta el tipo de técnica o técnicas que se utilizarán, principalmente psicológicas, para evitar que el niño presente una crisis de obsesiones durante la consulta y que perjudiquen su estado emocional y complique el tratamiento.^{12,15,41}

Los principales objetivos al tener un buen abordaje psicológico en pacientes con este tipo de trastorno durante la consulta deben ser:

1. Ayudar a que comprendan su problema.
2. Reducir la intensidad de las compulsiones.
3. Reducir la frecuencia, a un número razonable durante la estancia en la consulta.
4. Desarrollar habilidades, basándonos en la terapia cognitivo-conductuales, para que afronte sus obsesiones y compulsiones y el malestar asociados a ellos.



De manera general, el abordaje de estos pequeños será exponerlos a situaciones que les produzcan los pensamientos obsesivos para así evitar dar una respuesta compulsiva. También se utilizarán técnicas cognitivas con el objetivo de examinar la validez de ciertas creencias mediante la discusión, sometiendo a un interrogatorio a sus propias ideas, llegando así a una conclusión acerca de la veracidad o no de esa idea. Ésta técnica será fundamental para descubrir los significados que el paciente otorga a sus obsesiones, las consecuencias que teme y las creencias subyacentes.

3.1.1 Temor a contaminarse y a contagiarse con gérmenes o con suciedad.

En este tipo de TOC el principal temor del niño es que pueda contagiarse o contaminarse, en este caso con objetos que hay en el consultorio desde un simple bote para basura o la unidad dental; podría pensar que está infectada y que al tocarla se puede contaminar o contagiarse de alguna enfermedad. El eyector de saliva y el instrumental, son objetos con los cuales el niño se puede angustiar demasiado, ya que al estar en contacto directo con su boca provocará el desencadenamiento de este tipo de pensamiento o temor, queriendo de inmediatamente comenzar a realizar algo para evitar que los gérmenes, bacterias ataquen su cuerpo.

La técnica que tratar en este caso será primero hacer que el pequeño vea como se desinfecta la unidad, para así tratar de moderar el sentimiento de angustia que le genera al exponerse o tocar cosas desconocidas o fuera de su ambiente.

Lo siguiente será hacer que el niño sea quien desinfecte la unidad con toallitas desinfectantes, para que el niño se cerciore por sí mismo que esta no está contaminada. Por otro lado hay que tratar que los procedimientos durante la consulta sean lo más limpios



posibles, es decir, en el caso de extracciones simples o procedimientos que involucren sangre o saliva procurar que gasas, algodones o instrumental que ya se utilizó, este fuera de la vista del paciente para evitar nuevamente pensamientos no deseados. Es importante platicar con los padres explicándoles cada uno de los objetivos que se pretende cumplir con este tipo de técnicas ^{12,15,42}

3.1.2 Temor a que acontezcan determinadas cosas a personas queridas.

Como sabemos el principal miedo de los pequeños en edad temprana es el alejarse de sus padres. En ocasiones esto llega a provocar durante la consulta, un episodio de gritos y llanto exagerados; es importante saber distinguir lo normal de lo anormal, ya que en pacientes no diagnosticados, es muy complejo darse cuenta o sospechar de este tipo de TOC en particular. Es muy diferente escuchar a un niño llorar durante la consulta por que ha llegado a un lugar desconocido, donde no conoce al personal o por simple berrinche, a aquel paciente que entra en crisis por pensamientos de origen diferente a lo normal, pues al entrar en este proceso, el niño puede presentar en un cuadro agudo de pánico y por ende empezar a comportarse de manera extraña, la cual pudiese ser hasta cierto punto, graciosa para todo aquel que tenga desconocimiento sobre el tema, pues el pequeño al observar que sus papas salen del consultorio, comenzará a tener pensamientos de temor a que les suceda algo malo o catastrófico por “irse lejos” de él, o incluso que le va a pasar algo, escuchar que el niño comience a rezar o a pedir a gritos que lo dejemos ir porque el o sus padres van a morir. Estas son compulsiones características de este tipo de obsesión.



En caso de pacientes no diagnosticados, lo primero que deberemos hacer será un interrogatorio rápido y conciso a los padres acerca del comportamiento del niño, preguntar qué tan recurrente sucede, si se presenta a diario, cuántas horas dura ese tipo de comportamiento, etc.

La manera en cómo manejaremos a estos pequeños será que durante las primeras consultas los padres permanezcan a la vista de ellos para prevenir este tipo de pensamientos. En citas posteriores, hacer que los padres salgan por lapsos de tiempo cortos del consultorio y después regresen para que el niño vea que no se va definitivamente; posteriormente la salida será por un tiempo mayor, hasta lograr que el padre pueda estar fuera de la vista del niño y regresar una vez que la consulta este por terminar.^{15,42}

3.1.3 Obsesión por la simetría y la exactitud.

En los pacientes con este tipo de obsesión, la inquietud principal que presentan son porque las cosas se encuentren perfectamente acomodadas por tamaños, colores, etc. Durante la consulta estos niños serán los más fáciles de tratar, en comparación con los que tienen obsesión a contaminarse, ya que para evitarles pasar por este tipo de angustia, será precisamente tener acomodado todo el instrumental que se ocupara por tamaño, color, dependiendo del caso de cada paciente. Habrá pacientes que tengan que contar más de una vez las cosas que ven a su alrededor o preguntar más de una vez sobre lo que al pequeño le inquiete. Por lo tanto, el odontólogo se verá obligado a responder las veces que sea necesario este tipo de preguntas durante las primeras consultas y después hacerle entender al niño que no es necesario escuchar tantas veces la misma respuesta o la misma explicación.^{15,42}



CONCLUSIONES

Como profesionales de la salud, debemos conocer este tipo de trastornos, para poder diferenciar lo normal de lo anormal y poder realizar un diagnóstico precoz y certero, principalmente en los niños con TOC, donde los signos y síntomas pueden pasar desapercibidos, por pensar que el comportamiento de los pequeños forma parte de la cotidianidad.

No hay que olvidar que los niños diagnosticados con TOC, generalmente suelen estar bajo tratamiento farmacológico, y este hecho, unido a las características propias de la enfermedad, nos obliga a ser cautelosos a la hora de administrar fármacos (anestésicos, antibióticos, AINES, etc.) y así brindar un tratamiento eficaz que nos permita mejorar su calidad de vida.

El manejo de la conducta en niños con este trastorno se basa en la implementación de normas adecuadas que le permitan controlar o eliminar el estrés, la angustia y la ansiedad, ayudándolo así a comprender que las obsesiones no siempre van de la mano con las compulsiones, con la finalidad de tener un mejor control y manejo de conducta, teniendo así como resultado que durante la primera infancia la consulta odontológica sea una experiencia agradable, positiva, confortable y sin traumas.



REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1. American Psychiatric Association. Diagnostic and statistical manual of mental disorders. 5th ed. Washington DC: American Psychiatric Association; 2013.
2. <https://www.fundacioncadah.org/web/articulo/que-es-el-dsm-iv-tr-afectara-la-nueva-version-dsm-5-al-tdah.html>.
3. Martín Casado Y. Procesamiento emocional en personas con sintomatología obsesivo-compulsiva. Facultad de psicología. Universidad de Málaga. 2008.
4. Alvarenga PG, Mastroso RS, Rosário MC. Trastorno Obsesivo-Compulsivo en el Niño y el Adolescente (Revert L, Irrázaval M, Martín A, ed. Villegas R, Placencia P, Alda J.A. Cox P trad.). En Rey JM (ed), Manual de Salud Mental Infantil y Adolescente de la IACAPAP. Ginebra: Asociación Internacional de Psiquiatría del Niño y el Adolescente y Profesiones Afines 2017.
5. Jiménez Múrcia S. Trastorno Obsesivo Compulsivo y trastornos de la alimentación estudio comparativo de casos TDX. [Internet]. 2004; Available from: <http://www.tdx.cat/handle/10803/5453>.
6. <https://www.casadellibro.com/libros-ebooks/san-agustin/141695>
7. Huertas Rafael. Las obsesiones antes de Freud: historia y clínica. História, Ciências, Saúde – Manguinhos, Rio de Janeiro, 2014 v.21, n.4, pp.1397-1415.
8. <https://www.alamy.com/stock-photo-jean-etienne-esquirol-5072345.html>
9. Obtenida de: <https://www.pierre-janet.org/pierre-janet/>
10. Mardomingo Sanz, M. Psiquiatría para padres y educadores. 2nd ed. Madrid: Narcea, 2013 pp.123-137.
11. https://www.paho.org/hq/index.php?option=com_content&view=article&id=5395:2011-volumenes-cie-10&Itemid=1864&lang=es
12. Psicoterapia del TOC [Internet]. Um.es. 2018 [cited 4 September 2018]. Available from:



- <https://www.um.es/lafem/Actividades/OtrasActividades/2012-CursoPsiquiatria/MaterialAuxiliar/2012-07-09-TrastornoObsesivo.pdf>
13. Lozano, A. Aspectos clínicos del trastorno obsesivo compulsivo y trastornos relacionados. Revista de Neuro-Psiquiatria, 2017. <https://doi.org/10.20453/rnp.v80i1.3058>
 14. Yacila GA, Cook-del Aguila L, Sánchez-Castro AE, Reyes-Bossio M, Tejada RA. Traducción y adaptación cultural del Yale-Brown Obsessive Compulsive Scale (Y-BOCS) para trastornos obsesivos compulsivos. Acta Med Perú. 2016.
 15. Tomás J, Casas M. Tratamiento obsesivo-compulsivo en la infancia y la adolescencia. 1st ed. Barcelona: Laertes; 2005.
 16. Bragado C. El trastorno obsesivo compulsivo en la infancia y adolescencia. Madrid: Colegio Oficial de Psicólogos de Madrid; 2003.
 17. Hyman B, Pedrick C. Guía práctica del TOC. 2nd ed. Bilbao: Desclée de Brouwer; 2007. Vásquez R, Avila C y Rodríguez Losada, J. Trastorno obsesivo compulsivo en niños: una perspectiva clínica. Actualizaciones Pediátricas Fundación Santafé de Bogotá 1996;
 18. <https://www.slideshare.net/missaelmota/trastorno-obsesivo-compulsivo-57858971>
 19. <https://www.mendozapost.com/nota/41951-atencion-los-tics-nerviosos-pueden-ser-sintomas-de-tourette/>
 20. <https://www.netterimages.com/tourette-syndrome-unlabeled-neurology-neurosciences-carlos-a-g-machado-6082.html>
 21. <https://www.medicalpress.es/tics-nerviosos-causas-tipos-y-diagnostico/>
 22. <https://diagnosticoytratamientounav.es/tl/TRASTORNOS-DE-TICS.htm>
 23. <https://sipse.com/ciencia-y-salud/diferencia-ansiedad-depresion-infantil-salud-dormir-conducta-290631.html>



24. <https://mia.health/es/article/6-senales-del-trastorno-dismorfico-corporal-un-sindrome-que-altera-como-te-ves-ante-el-espejo/>
25. childmind.org/article/informacion-basica-sobre-el-trastorno-de-acumulacion/
26. <https://www.supernanny-barcelona.com/criterios-diagnosticos-de-la-tricotilomania/>
27. <https://eresmama.com/hipocondria-en-ninos-y-adultos/>
28. <https://www.psicoactiva.com/blog/el-trastorno-de-panico-en-los-ninos/>
29. <https://consultapsicologicauruguay.com/terapia-cognitivo-conductual/>
30. Freeston, Rhéaume, Ladouceur. terapia cognitiva para el toc. varios autores corrección de las evaluaciones erróneas de los pensamientos obsesivos. Behav Res Ther [Internet]. 1996; Available from: <http://www.cop.es/colegiados/PV00520>.
31. Bragado-Álvarez C. Análisis funcional y tratamiento conductual de un trastorno obsesivo compulsivo infantil: Historia de un caso. 2014;(January 1995).
32. Menchón JM, Bobes J, Saiz-ruiz J. Trastorno obsesivo-compulsivo: utilidad de una guía terapéutica farmacológica Obsessive-compulsive disorder : The usefulness of a pharmacological practice guideline. 2016.
33. Kodysz S, Esquirol ED. Trastorno Obsesivo-Compulsivo (T.O.C.). Breve Revisión Bibliográfica. Hojas Clin Salud Ment [Internet]. 2006;15–21. Available from: http://www.psi.uba.ar/academica/carrerasdegrado/psicologia/sitios_catedras/electivas/616_psicofarmacologia/material/trastorno_obsesivo.df.
34. <http://www.equipocer.com.ar/trastorno-obsesivo-compulsivo-ninos.html>
35. <https://daniellabrat.wordpress.com/2013/11/05/trastorno-obsesivo-compulsivo-toc/>



36. <https://culturacientifica.com/2014/12/31/el-trastorno-obsesivo-compulsivo-y-los-numeros/>
37. Cárdenas Jaramillo D. Odontología pediátrica. 4th ed. Medellín, Colombia: Corporación para Investigaciones Biológicas; 2009. pp27-39.
38. Villar F. Primeros modelos de desarrollo. In Psicología Evolutiva y Psicología de la educación
[internet]http://www.ub.edu/dppsed/fvillar/principal/pdf/proyecto/cap_04_modelos_iniciales.pdf
39. <https://www.biografiasyvidas.com/monografia/freud/>
40. <http://refenciadidactica.blogspot.com/2008/04/jean-piaget.html>
41. Manual de Referencia para procedimientos clínicos en odontopediatría. [internet]. 2014-Capítulo 6
<https://www.revistaodontopediatria.org/publicaciones/manuales/referencia-para-procedimientos-en-odontopediatria/Manual-de-Referencia-para-Procedimientos-en-Odontopediatria-Capitulo-6.pdf>.
42. Huebner D, Matthews B. Qué puedo hacer cuando me obsesiono demasiado. 2nd ed. Madrid: TEA; 2011.