



FUNDACIÓN H. A.
BARCELÓ
FACULTAD DE MEDICINA



TRABAJO INTEGRADOR FINAL

CARRERA: LICENCIATURA EN PSICOLOGÍA

DIRECTOR/A DE LA CARRERA:

Gala Filippis

NOMBRE Y APELLIDO DEL AUTOR:

María Candela Machado Orquera

Número de legajo: 42.678.153.

TÍTULO DEL TRABAJO:

El rol de la familia en el mantenimiento y tratamiento
del trastorno obsesivo compulsivo infantil.

SEDE:

Sede Sarmiento

DIRECTOR/A DE TIF:

María del Rosario Quián

FECHA DE PRESENTACIÓN:

31 de agosto del 2026

Agradecimientos:

A la memoria de mi ángel, Estela, mi abuela, quien me acompañó todos estos años, y que hoy me guía desde el cielo.

A mi mamá, Lilia, por ser el pilar fundamental de este logro. Gracias por acompañarme incondicionalmente en cada etapa de mi vida, por impulsarme a seguir adelante cuando el camino se volvía difícil. Este logro también es tuyo.

A mi familia y seres queridos, por su apoyo, comprensión y aliento a lo largo de este proceso.

A mi padre, Fernando, y a mi hermano, Marcos, por el amor, la confianza y el acompañamiento que me brindaron en cada etapa de este camino.

A todas las personas que, de una u otra manera, estuvieron presentes a lo largo de este recorrido y contribuyeron a que pudiera alcanzar esta meta.

Y a mi pareja, Alexis, quien con su paciencia y apoyo me sostuvo en los momentos difíciles, y creyó en mí incluso cuando yo misma dudaba. Y a Floki, por su compañía silenciosa durante tantas horas de estudio y escritura, y por esos momentos de calma que hicieron más llevadero este camino.

Por último, a la universidad “Fundación Barceló”, y a mi directora de tesis, Rosario, por guiarme con generosidad y compromiso a lo largo de este camino, y por hacer posible que este trabajo llegue a su fin.

Resumen.

El presente Trabajo Integrador Final analiza el rol de la familia en el mantenimiento y tratamiento del trastorno obsesivo-compulsivo (TOC) infantil. El TOC pediátrico se caracteriza por una alta complejidad diagnóstica, derivada de la frecuente ausencia de introspección en menores y la comorbilidad con otros trastornos, lo que genera una brecha promedio de casi siete años entre la aparición de los síntomas y la búsqueda de ayuda especializada. El objetivo general de esta investigación es indagar el rol de la familia en el mantenimiento y tratamiento de la patología, con especial énfasis en el fenómeno de la acomodación familiar.

Metodológicamente, se realizó una revisión teórica de alcance descriptivo y exploratorio sobre un corpus de 26 fuentes bibliográficas. Los resultados permiten identificar dos modalidades de participación familiar: la adaptativa, donde los padres asumen un rol de co-terapeutas, y la desadaptativa, expresada en dinámicas de acomodación o de familia antagónica. Se destaca que la acomodación familiar —definida como la participación de los padres en rituales o la facilitación de conductas de evitación— está presente en hasta el 96% de los casos y actúa como un reforzador negativo que impide la habituación a la ansiedad, perpetuando el trastorno.

Se concluye que el éxito terapéutico depende de la transición familiar desde un rol de acomodación hacia uno de colaboración activa, donde los cuidadores actúen como co-terapeutas. En este proceso, la psicoeducación surge como la herramienta estratégica indispensable para desmitificar el trastorno, reducir la carga familiar y potenciar la eficacia de la terapia cognitivo-conductual.

Palabras clave: TOC infantil, acomodación familiar, TCC, psicoeducación, padres como co-terapeutas.

Abstract.

This Final Integrative Project analyzes the family's role in the maintenance and treatment of pediatric obsessive-compulsive disorder (OCD). Pediatric OCD is characterized by high diagnostic complexity, stemming from the frequent lack of insight in minors and comorbidity with other disorders, which results in an average gap of nearly seven years between symptom onset and seeking specialized help. The general objective of this research is to investigate the

family's role in the maintenance and treatment of the pathology, with special emphasis on the phenomenon of family accommodation.

Methodologically, a descriptive and exploratory theoretical review was conducted on a corpus of 26 bibliographic sources. The results allow for the identification of two modalities of family participation: adaptive, in which parents assume a role as co-therapists, and maladaptive, expressed through dynamics of accommodation or an antagonistic family. Family accommodation—defined as parental participation in rituals or the facilitation of avoidance behaviors—is found to be present in up to 96% of cases and acts as a negative reinforcer that prevents habituation to anxiety, perpetuating the disorder.

It is concluded that therapeutic success depends on the family's transition from a role of accommodation toward one of active collaboration, where caregivers act as co-therapists. In this process, psychoeducation emerges as the indispensable strategic tool to demystify the disorder, reduce family burden, and enhance the efficacy of cognitive-behavioral therapy.

Keywords: Pediatric OCD, family accommodation, CBT, psychoeducation, parents as co-therapists.

Índice.

Introducción:	5
Planteamiento del problema/ Pregunta de investigación:	7
Objetivos:	7
Objetivo general:	7
Objetivos específicos:	7
Antecedentes.	8
Estado del arte:	8
Marco teórico.	13
Historización del Trastorno obsesivo compulsivo.	13
¿Qué es el TOC?	14
¿Cómo se diagnostica el TOC?	18
Tratamiento para el TOC.	22
El rol de la familia y modalidades de participación.	24
La psicoeducación familiar.	25
Metodología:	26
Participantes:	26
Instrumentos:	27
Fuentes y bases de datos consultadas:	27
Palabras claves.	28
Criterios de inclusión.	28
Criterios de exclusión.	29
Procedimiento de selección de los estudios.	29
Uso de herramientas de inteligencia artificial.	29
Cronograma:	30
Resultados:	32
Discusión:	37
El desafío diagnóstico temprano.	37
Diferenciación entre rituales evolutivos y señales de alarma.	39
La máscara de la comorbilidad y la evaluación integral.	40
Dinámica familiar e identificación de modalidades de participación familiar.	42
Análisis de la acomodación familiar y su mecanismo de mantenimiento.	44
Intervención terapéutica: los padres como Co-terapeutas.	46
Psicoeducación.	48
Limitación y futuras líneas de investigación.	50
Conclusión:	54
Referencias bibliográficas.	55

Introducción:

El trastorno obsesivo-compulsivo (TOC) en la infancia constituye un cuadro clínico que puede afectar significativamente la vida cotidiana de la población infantil, interfiriendo en la autonomía, la socialización y el rendimiento escolar. Las obsesiones y compulsiones, pueden limitar el desarrollo de actividades diarias y generar un alto grado de malestar tanto en niños y niñas como en su entorno familiar. En este sentido, el trastorno obsesivo-compulsivo infantil representa un problema relevante dentro del campo de la salud mental, debido a su carácter incapacitante y al impacto en distintas áreas de desarrollo.

El trastorno obsesivo-compulsivo afecta entre el 1% y el 3% de la población pediátrica a nivel mundial (Jácome Granda et al., 2024). Es uno de los trastornos neuropsiquiátricos más frecuentes, y se estima que el 50% de los casos adultos comenzaron sus síntomas antes de los 11 años. Alrededor del 60% de los pacientes no reciben tratamiento o tardan mucho tiempo en solicitarlo debido al desconocimiento de los síntomas y a la alta comorbilidad. A su vez, Estrada Villashagñay et al. (2025) y Hervás (2025) subrayan la alta prevalencia de comorbilidades (como el trastorno del espectro autista, el trastorno por déficit de atención e hiperactividad y la ansiedad), lo cual complica el diagnóstico diferencial y requiere adaptar las herramientas de evaluación.

La familia adquiere un rol central en el desarrollo y curso del trastorno obsesivo-compulsivo en niños y niñas. Los padres, en el intento de disminuir la ansiedad de los menores y evitar situaciones de malestar, suelen involucrarse en los rituales compulsivos o acomodar su comportamiento a las demandas y necesidades del niño y la niña (Alvarenga et al., 2017). Si bien estas acciones buscan aliviar el malestar de forma inmediata, dichas conductas terminan por reforzar las compulsiones y favorecer el mantenimiento del trastorno a largo plazo (Caja, 2016). Dado que la acomodación familiar está presente en hasta el 96% de los casos, es un predictor clave de la severidad clínica y el fracaso terapéutico (Montalvo Ocampo et al., 2024). En consecuencia, se vuelve necesario indagar el rol de la familia para favorecer la eficacia de los tratamientos de terapia cognitiva-conductual (TCC). La evidencia sugiere que la inclusión de los padres como co-terapeutas y la reducción de la acomodación son elementos fundamentales para romper el círculo que mantiene la patología (Alvarenga et al., 2017).

Asimismo, resulta relevante considerar que el diagnóstico del TOC infantil no siempre es sencillo, debido a la presencia de comorbilidades y a la posible confusión con otros trastornos del desarrollo, lo que puede dificultar la detección temprana. Se observa que el TOC en la infancia continúa siendo un trastorno poco visibilizado, lo cual refuerza la necesidad de profundizar en su estudio. Este trabajo busca analizar el rol de la familia en el mantenimiento del trastorno obsesivo-compulsivo en la infancia, poniendo el foco en la acomodación familiar y su impacto en el tratamiento.

Por otra parte, la realización de este trabajo resulta factible dado el acceso a bases de datos científicas especializadas y la disponibilidad de un corpus bibliográfico sobre el TOC pediátrico y la dinámica familiar. No obstante, cabe señalar que, como toda revisión teórica, este trabajo presenta limitaciones propias del diseño metodológico empleado, tales como la priorización de literatura en español y la falta de un contraste directo en el contexto clínico local, las cuales se detallan en profundidad en el apartado correspondiente.

Planteamiento del problema/ Pregunta de investigación:

¿Qué rol ocupa la familia en el tratamiento de los síntomas del trastorno obsesivo-compulsivo en la infancia?

Objetivos:

Objetivo general:

Indagar el rol de la familia en el mantenimiento y tratamiento del trastorno obsesivo-compulsivo en la infancia.

Objetivos específicos:

- 1) Explorar y describir las características clínicas del trastorno obsesivo-compulsivo en la infancia desde un enfoque cognitivo-conductual.
- 2) Identificar las formas de participación familiar en niños y niñas con trastorno obsesivo-compulsivo.
- 3) Analizar la influencia de la acomodación familiar en el mantenimiento de los síntomas del trastorno obsesivo-compulsivo en niños y niñas.

Antecedentes.

Estado del arte:

Los investigadores destacan que el TOC en la infancia no es, simplemente, una versión “en pequeño” del TOC adulto. Alvarenga et al. (2017) y Estrada Villashagñay et al. (2025) coinciden en que el TOC pediátrico presenta peculiaridades como la frecuente ausencia de introspección; es decir, los menores no siempre reconocen sus síntomas como irracionales o excesivos. En este marco, Borda et al. (2019) señalan que el TOC se define como un desorden psiconeurobiológico que involucra la desregulación de circuitos neuronales y patrones cognitivos aprendidos, en interacción con el ambiente. Esta visión es complementada por Jácome Granda et al. (2024), quienes precisan que, a nivel neurobiológico, existen alteraciones en áreas relacionadas con el control de impulsos y la regulación emocional, específicamente en el córtex orbitofrontal, los ganglios basales y el tálamo.

A esta perspectiva se añade que el TOC pediátrico debe entenderse como un trastorno del neurodesarrollo disejecutivo (Iribarne et al., 2017). Bajo esta lógica, los mismos autores sostienen que el perfil neuropsicológico en la infancia se caracteriza por déficits en el procesamiento de la información que afectan las funciones ejecutivas, específicamente la planificación, la flexibilidad cognitiva y el control inhibitorio. Al respecto, Pardo et al. (2022) aportan evidencia adicional al señalar que estas fallas en el monitoreo del desempeño se asocian con un volumen más pequeño de la corteza cingular anterior derecha, lo que predispone al desarrollo del trastorno. Asimismo, los pacientes con TOC tienden a utilizar un pensamiento sobreinclusivo, centrando su atención en detalles mínimos y perdiendo la visión global de las situaciones, lo que genera una rigidez cognitiva que dificulta alternar esquemas de comportamiento y resolver problemas de forma intuitiva. Además, presentan un deterioro en la memoria no verbal, el cual no se debe a un fallo de memoria per se, sino a la incapacidad de organizar y estructurar adecuadamente la información antes de almacenarla (Iribarne et al., 2017).

Un punto de preocupación compartido es el tiempo que tardan las familias en buscar ayuda. Estrada Villashagñay et al. (2025) mencionan que, en promedio, existe un retraso de casi 7 años desde el inicio de los síntomas hasta la búsqueda de ayuda especializada. Este dato es

consistente con lo expuesto por Alvarenga et al. (2017), quienes refieren que aproximadamente el 60% de los pacientes tarda mucho tiempo en solicitar ayuda profesional debido al desconocimiento de los síntomas o al sentimiento de vergüenza de los niños y las niñas. Asimismo, Estrada Villashagñay et al. (2025), en diálogo con estos hallazgos, subrayan que esta larga duración de la enfermedad sin tratamiento se asocia con un pronóstico más negativo.

En este contexto, la detección temprana adquiere una importancia fundamental, dado que el trastorno afecta significativamente a la población, con una prevalencia estimada de entre el 1% en niños y niñas, así como de hasta el 4% de los adolescentes (Borda et al., 2019). Asimismo, el trastorno genera un impacto considerable en el funcionamiento diario de los menores, afectando diferentes áreas de su vida. En el ámbito escolar, el TOC provoca dificultades en la asistencia a la escuela; en el ámbito social, los menores suelen presentar problemas para interactuar con sus pares; y en el ámbito familiar, se asocia con un aumento del estrés familiar y una reducción del funcionamiento y organización de la familia (Farrell et al., 2023). De manera complementaria, Coluccia et al. (2017) indican que la población infantil y adolescente con TOC presenta niveles de calidad de vida inferiores en comparación con sus pares sin el trastorno.

Los hallazgos coinciden en que el TOC resulta de una compleja interacción de factores. Pardo et al. (2022) identifican factores biológicos críticos, entre ellos una heredabilidad total estimada del 48%. Jácome Granda et al. (2024) y Pardo et al. (2022) destacan la influencia de factores perinatales, tales como el consumo de tabaco durante el embarazo, complicaciones en el parto y bajo peso al nacer. Respecto a la comorbilidad, Estrada Villashagñay et al. (2025) reportan que una gran mayoría de los pacientes tienen al menos una comorbilidad, predominando los trastornos de ansiedad (31%), el trastorno por déficit de atención e hiperactividad (16%) y los trastornos de tics (12%). Por su parte, Jácome Granda et al. (2024) señalan que la presencia de depresión mayor (17%) complica significativamente la adherencia al tratamiento.

Existe amplio consenso sobre cuál es el abordaje más efectivo. Diversos autores coinciden en que la terapia cognitivo-conductual (TCC), específicamente mediante la técnica de exposición con prevención de respuesta (EPR), constituye el tratamiento de primera línea para niños y niñas con TOC (Alvarenga et al., 2017; Estrada Villashagñay et al., 2025;

Jácome Granda et al., 2024). A esta postura se suma Hervás (2025), quien refiere que incluso en casos complejos de comorbilidad con autismo (TEA), la TCC adaptada sigue siendo la intervención de elección. No obstante, en casos moderados a severos o refractarios, es necesaria la combinación con inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina (ISRS), como la fluoxetina o la sertralina (Estrada Villashagñay et al., 2025; Jácome Granda et al., 2024).

En relación con la eficacia terapéutica, la TCC no solo reduce los síntomas nucleares del TOC, sino que también disminuye los niveles de ansiedad y depresión comórbidos. Asimismo, los autores señalan que el tratamiento combinado, compuesto por terapia cognitivo-conductual (TCC) e inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina (ISRS), resulta estadísticamente más efectivo en niños y niñas más pequeños que presentan síntomas severos (Estrada Villashagñay et al., 2025). Además, Caja (2016) refuerza esta idea a través de evidencia empírica en casos clínicos, demostrando que la aplicación de este modelo permite romper el círculo que mantiene el trastorno. En consonancia con estos planteamientos, Pérez Rivera (2024) sostiene que, desde los enfoques más recientes, se recomienda que la EPR se realice bajo el modelo del aprendizaje inhibitorio para generar nuevas asociaciones de seguridad. Por otro lado, se destaca la eficacia de los protocolos intensivos, que ofrecen más sesiones en menor tiempo para mejorar la adherencia, y se valida el uso de la TCC remota como una alternativa tan efectiva como la presencial (Estrada Villashagñay et al., 2025).

Varios autores coinciden en que la participación de la familia puede transformarse en un obstáculo si no se maneja adecuadamente. Alvarenga et al. (2017) y Montalvo Ocampo et al. (2024) comparten la visión de que la acomodación familiar favorece el mantenimiento de los síntomas y se vincula de manera sostenida con resultados terapéuticos menos favorables y un pronóstico negativo. Este fenómeno se encuentra presente en un elevado porcentaje de las familias, con una prevalencia estimada de entre el 75% y el 96% (Montalvo Ocampo et al., 2024). Pardo et al. (2022) añaden como factor de riesgo los estilos de crianza negativos, específicamente el rechazo paterno.

Finalmente, los autores coinciden en que el éxito de la terapia depende de la transición de la familia de un rol de acomodación a uno de colaboración activa (Alvarenga et al., 2017; Caja, 2016; Montalvo Ocampo et al., 2024). Investigadores como Alvarenga et al. (2017), Caja

(2016) y Jácome Granda et al. (2024) refieren que es fundamental involucrar a los padres en el proceso terapéutico, entrenándolos para actuar como co-terapeutas en el hogar. Asimismo, sostienen que la psicoeducación familiar es el elemento fundamental para que los padres aprendan estrategias de extinción de rituales y refuerzo de conductas alternativas positivas. Como contraparte positiva, Pardo et al. (2022) identifican factores de protección cruciales que pueden potenciar el tratamiento, tales como la resiliencia, la estabilidad emocional y un elevado apoyo social en la escuela, elementos que actúan como amortiguadores frente a la severidad de la sintomatología.

Diversos autores destacan la relevancia de la psicoeducación como una fase introductoria indispensable y el cimiento sobre el cual se construye el éxito de la intervención terapéutica en el TOC infantil. Al respecto, se plantea que el éxito terapéutico requiere que la familia transite de un rol de acomodación a uno de colaboración activa, donde los padres dejen de ofrecer reaseguros que refuerzan el trastorno. Asimismo, el autor señala que la psicoeducación constituye la fase introductoria esencial del tratamiento, ya que permite conceptualizar el caso y favorecer la motivación para el cambio (Pérez Rivera, 2024). De acuerdo con la revisión sistemática de Montalvo Ocampo et al. (2024), la mayor parte de las intervenciones que reportan mejores resultados funcionales se han enfocado en brindar psicoeducación y dotar a los cuidadores de herramientas prácticas para mejorar la dinámica en el hogar. Esta perspectiva es reforzada por la idea de que la educación continua empodera a las familias para actuar como co-terapeutas, permitiéndoles aprender estrategias de extinción de rituales, refuerzo de conductas positivas y manejo de la duda sin ofrecer reaseguros que alimenten el trastorno (Jácome Granda et al., 2024).

Asimismo, la literatura científica le otorga a la psicoeducación un valor tanto preventivo como de mantenimiento a largo plazo. Caja (2016) destaca su importancia crítica para la prevención de recaídas y para romper el círculo nocivo del TOC mediante la coordinación con el entorno escolar. Finalmente, se subraya que el acceso a información actualizada es un componente esencial del seguimiento, ya que ayuda a desestigmatizar el trastorno y asegura que los logros alcanzados en la consulta se generalicen y mantengan en el ambiente natural de los niños y las niñas (Jácome Granda et al., 2024).

En síntesis, los antecedentes revisados evidencian que el TOC infantil constituye un trastorno complejo, atravesado por dificultades diagnósticas, alta comorbilidad y un abordaje

terapéutico con amplio respaldo empírico centrado en la TCC. No obstante, dentro de este panorama general, la evidencia coincide en señalar a la familia como un actor determinante en el curso del trastorno, ya sea favoreciendo su mantenimiento a través de la acomodación familiar o potenciando su tratamiento mediante la participación activa de los padres como co-terapeutas. A partir de estos hallazgos, el presente trabajo delimita su foco de análisis en torno a esta dimensión familiar, indagando específicamente el rol que cumplen los padres y cuidadores en el mantenimiento y tratamiento del TOC infantil, con especial énfasis en el fenómeno de la acomodación familiar.

Marco teórico.

Historización del Trastorno obsesivo compulsivo.

Históricamente, antes de la psiquiatría científica, los síntomas del TOC se explicaban a través del pensamiento mágico, definido como la creencia irracional de que los actos o pensamientos propios pueden influir directamente en eventos externos (Castaño Recio, 2025). En la antigüedad clásica, las conductas repetitivas y los miedos persistentes se clasificaban dentro de la melancolía, por desequilibrios humorales (Sanz Vellosillo & Fernández-Cuevas Vicario, 2015), mientras que en la Edad Media, el fenómeno se trasladó al terreno espiritual, donde el concepto de “Escrúpulo” definía la duda constante sobre la moralidad de los actos y el temor obsesivo al pecado (Matilla, 2017). En este sentido, la transición hacia un modelo médico formal comenzó en 1838 con Jean-Étienne Esquirol, quien describió el cuadro como monomanía o “delirio parcial”, caracterizado por una idea fija que no alteraba la capacidad racional global del sujeto (Kodysz, s.f.).

Hacia la segunda mitad del siglo XIX, la disputa sobre el origen del trastorno enfrentó a la escuela francesa de Morel, que propuso el *délire émotif* (delirio emotivo) para señalar que el problema era primordialmente emocional (Matilla, 2017), y a la escuela alemana de Westphal, que acuñó el término *Zwangsvorstellung* (representación forzada), para argumentar que las obsesiones eran un trastorno primario del pensamiento (Sanz Vellosillo & Fernández-Cuevas Vicario, 2015).

En relación con las raíces etimológicas de la “obsesión”: el término proviene del latín *obsidere*, que significa “asediar” o “bloquear” (Kodysz, s.f.). Esta raíz describe la experiencia del paciente de sentirse “sitiado” por pensamientos que entran como intrusos en su mente en contra de su voluntad (Castaño Recio, 2025). Por consiguiente, el nombre actual, trastorno obsesivo-compulsivo, surgió como una “solución de compromiso” para integrar las distintas tradiciones psiquiátricas europeas y reconocer que el trastorno abarca tanto el fenómeno mental (obsesión) como la respuesta motora o ritualista (compulsión) (Sanz Vellosillo & Fernández-Cuevas Vicario, 2015).

La apertura hacia la clínica pediátrica del trastorno se produjo a inicios del siglo XX. En 1903, el psicólogo francés Pierre Janet distinguió formalmente el TOC de la neurastenia y propuso que los pacientes con este cuadro presentaban una estructura de personalidad

denominada “psicastenia”, caracterizada por la ansiedad, la duda y la preocupación excesiva (Alvarenga et al., 2017). En este contexto, se considera que Janet fue el primer autor en describir formalmente un caso de un niño con TOC en su obra “Las obsesiones y la psicastenia” (López Hernández, 2022). El registro relata la historia de un niño de 5 años psicasténico, que manifestaba pensamientos intrusivos y repetitivos, a quien Janet aplicó técnicas precursoras de la terapia conductual moderna con resultados exitosos (Alvarenga et al., 2017). No obstante, a pesar de este hallazgo pionero, la clínica infantil fue históricamente escasa debido a que niños y niñas suelen vivir sus síntomas con un gran secretismo y sentimiento de culpabilidad (López Hernández, 2022).

Paralelamente, Sigmund Freud consolidó el concepto de neurosis obsesiva como un mecanismo defensivo frente a la angustia (Kodysz, s.f.), aportando a través del caso clínico de “El Hombre de las Ratas” (1909). El psicoanálisis permitió entender las obsesiones como pensamientos que “asedian” al sujeto para ocultar un conflicto emocional más profundo, proceso que Freud explicó mediante el mecanismo del desplazamiento de los afectos (Castaño Recio, 2025). Hacia la década de 1950, el enfoque conductual empezó a ganar terreno al aplicar las teorías del aprendizaje, interpretando las compulsiones como conductas que el sujeto repite para reducir temporalmente la ansiedad (Kodysz, s.f.). En los años 60, Michael Gelder (psiquiatra), clarificó la distinción técnica entre “obsesión”, para los pensamientos o imágenes persistentes, y “compulsión”, para los actos repetitivos ejecutados para reducir la ansiedad. Esta diferenciación permitió que, en 1980, el trastorno fuera codificado con su nombre actual en el DSM-III como un trastorno de ansiedad (Castaño Recio, 2025). Finalmente, con el DSM-5, el TOC fue extraído de dicha categoría para crear una sección autónoma (Sanz Velloso & Fernández-Cuevas Vicario, 2015).

Como cierre de esta evolución histórica, las investigaciones actuales se centran en modelos biológicos que postulan disfunciones en los circuitos frontobasales y desregulaciones en el sistema de la serotonina, basándose en hallazgos de neuroimagen y en la respuesta a tratamientos farmacológicos específicos (Sanz Velloso & Fernández-Cuevas Vicario, 2015).

¿Qué es el TOC?

Actualmente el trastorno obsesivo-compulsivo (TOC) se define por la presencia de obsesiones y/o compulsiones. Las obsesiones son pensamientos, impulsos o imágenes

recurrentes y persistentes que se experimentan como intrusivos y no deseados, mientras que las compulsiones son conductas repetitivas o actos mentales que un individuo se siente impulsado a realizar en respuesta a una obsesión o de acuerdo con reglas rígidas (American Psychological Association [APA], 2022). Con la publicación del DSM-5, el trastorno pasó a conformar una categoría diagnóstica propia denominada “trastorno obsesivo-compulsivo y relacionados”, dejando de ubicarse entre los trastornos de ansiedad, lo que refleja características específicas en cuanto a su clínica, factores asociados y tratamiento (Asociación Americana de Psiquiatría, 2014). En sintonía, la CIE-11 también lo agrupa dentro de una categoría de trastornos de pensamiento y comportamientos repetitivos, distinguiéndose por tener fenómenos cognitivos (obsesivos y preocupaciones intrusivas) como eje central, a diferencia de otros cuadros del espectro como el de acumulación (Organización Mundial de la Salud [OMS], 2019). Para establecer el diagnóstico en ambos, las obsesiones y compulsiones deben consumir una parte significativa del día (generalmente más de una hora diaria) o dar lugar a un malestar clínicamente significativo y un deterioro en el funcionamiento personal, familiar, social, educativo o laboral (Asociación Americana de Psiquiatría, 2014; OMS, 2019).

A nivel epidemiológico, el TOC es el cuarto trastorno infantil más común en el mundo, afectando a entre 1% y el 4% de la población pediátrica (García Marco et al., 2011) y hasta a 3 de cada 100 niños y niñas a nivel global (Mayoral Aragón et al., 2024). Su edad de aparición presenta una distribución bimodal, con un pico en la infancia (apareciendo habitualmente entre los 12 y 14 años, aunque puede manifestarse desde los 5 y 6 años) y otro en la adultez (Mayoral Aragón et al., 2024). Al respecto, la Asociación Americana de Psiquiatría (2014) señala que la edad media de inicio general es de 19,5 años, y se estima que el 25% de los casos se inicia a los 14 años; además, los varones tienen un inicio más temprano, pues casi el 25% de ellos se inicia antes de los 10 años. Si bien manifestarse en la niñez o adolescencia puede conducir a una evolución prolongada, aproximadamente el 40% de los individuos cuyo TOC se inicia en la niñez o adolescencia puede experimentar una remisión durante la edad adulta (Asociación Americana de Psiquiatría, 2014). En cuanto a la distribución por sexo en la niñez, la proporción entre niños y niñas diagnosticados con TOC es de 2,3:1, lo que indica una mayor frecuencia del trastorno en varones. Sin embargo, cuando el diagnóstico se realiza durante o después de la pubertad, esta proporción se invierte, alcanzando una relación de 1:1,35, con una mayor frecuencia en mujeres (García Marco et al., 2011).

En relación con la fenomenología clínica, las obsesiones constituyen el componente cognitivo primario del trastorno y se manifiestan como pensamientos, impulsos o imágenes recurrentes y persistentes (Asociación Americana de Psiquiatría, 2014); a esto, la CIE-11 incorpora el conceptos de “urgencias” y destaca que son experimentadas esencialmente como molestas (OMS, 2019). Estos fenómenos son involuntarios, intrusivos, no deseados, generan ansiedad significativa o un elevado malestar emocional, y sus temas varían desde temores de contaminación hasta imágenes violentas o impulsos dañinos que el sujeto intenta suprimir o neutralizar (Asociación Americana de Psiquiatría, 2014). Las compulsiones o rituales son respuestas a la presión de la obsesiones, las cuales se clasifican en comportamientos observables (lavado excesivo, orden simétrico, comprobación) o actos mentales (rezar, contar, repetir palabras), cuyo fin es reducir la angustia o prevenir eventos catastróficos, aunque carezcan de conexión lógica o sean claramente excesivos (Asociación Americana de Psiquiatría, 2014). Al respecto, la CIE-11 añade que las compulsiones también pueden ejecutarse para alcanzar una “sensación de integridad” o que algo se sienta “completo” o “correcto” siguiendo normas rígidas (OMS, 2019). Aunque las manifestaciones clínicas en la edad pediátrica y en adultos son similares en cuanto a las temáticas generales (Mayoral Aragón et al., 2024), en la infancia se observan diferencias notables. El patrón de síntomas es más variable y los contenidos se ajustan a las etapas del desarrollo, siendo más común el temor a daños catastróficos, muertes o enfermedad propia o de seres queridos (Asociación Americana de Psiquiatría, 2014). Además, en los menores el malestar se puede expresar como culpa, tristeza o rabia en lugar de la típica ansiedad del adulto, variando con frecuencia sus temáticas y repertorios (Falcón et al., 2012). En promedio, los menores presentan una amplia variedad de síntomas de manera simultánea, con un promedio de 4 obsesiones y casi 5 compulsiones (Mayoral Aragón et al., 2024), donde cerca del 90% refiere experimentar múltiples temáticas, entre las que se destacan la responsabilidad sobre pensamientos catastróficos y la simetría (García Marco et al., 2011). Asimismo, en la infancia debe considerarse la exploración de conductas de neutralización encubiertas o mentales menos visibles (Falcón et al., 2012).

La percepción de los síntomas (insight) varía ampliamente; mientras algunos de estos individuos identifican el carácter excesivo o irracional de sus rituales, otros muestran menor conciencia, asociándose frecuentemente a la anosognosia o dificultad para reconocer plenamente el alcance de la propia alteración (García Marco et al., 2011; Asociación Americana de Psiquiatría, 2014). Para operacionalizar esto, la CIE-11 distingue entre un nivel

de introspección de “regular a buena” (donde la capacidad de considerar explicaciones alternativas solo se anula temporalmente en crisis de extrema ansiedad) y una introspección “deficiente o ausente” (donde la convicción absoluta no varía según el nivel de angustia) (OMS, 2019). En los pacientes menores de edad, la madurez cognitiva limitada dificulta reconocer las obsesiones como ideas absurdas y les resulta complejo definir el objetivo de sus actos, por lo que es frecuente que presenten más compulsiones que obsesiones (Mayoral Aragón et al., 2024). Otra característica crucial del TOC infantil es la inclusión de los padres en la realización de las compulsiones, manifestada en rituales antes de dormir, como solicitar un beso de buenas noches repetidas veces o que se les lea una historia reiteradamente (Mayoral Aragón et al., 2024). Esta participación se denomina acomodación familiar, defendida como el conjunto de conductas mediante las cuales los familiares modifican rutinas, facilitan la evitación o participación en rituales para disminuir el malestar del niño (Wu et al., 2016).

No obstante, a pesar de su inicio precoz, se observa un marcado retraso diagnóstico en la población pediátrica. Habitualmente transcurren en promedio 4 años hasta alcanzar un diagnóstico formal (Falcón et al., 2012), lo que suele cursar con menos años de escolarización y consecuencias académicas, sociales y familiares (García Marco et al., 2011). En el caso de los pacientes pediátricos, la dificultad de articular y describir los síntomas, sumada a la inmadurez cognitiva, hace que el tiempo que transcurre entre el inicio de los síntomas y el diagnóstico pueda ser de 1 a 3 años (Mayoral Aragón et al., 2024). Este retraso responde a diversos motivos específicos del desarrollo: en primer lugar, los niños suelen tener dificultades para identificar que lo que les sucede no es normal o no se atreven a explicarlo por vergüenza. En segundo lugar, los síntomas pueden confundirse con otros problemas típicos de la infancia, como los tics o el trastorno por déficit de atención e hiperactividad (Mayoral Aragón et al., 2024). En tercer lugar, resulta indispensable diferenciar el TOC de los rituales normales del desarrollo infantil (como juegos de repetición, coleccionismo o rutinas para acostarse), los cuales forman parte del proceso evolutivo normal, son lúdicos, bien tolerados en su interrupción y se presentan hasta el 80% de los niños y niñas a los 3 años (García Marco et al., 2011; Mayoral Aragón et al., 2024).

¿Cómo se diagnostica el TOC?

Como señalan Mayoral Aragón et al. (2024), para poder establecer el diagnóstico de TOC, las obsesiones y las compulsiones deben ocupar una cantidad significativa de tiempo a lo largo del día y generar un deterioro en el funcionamiento de la persona. En la población infantil y adolescente, la información necesaria para el diagnóstico suele obtenerse mediante entrevistas clínicas con el menor y sus familiares, por lo que habitualmente no resulta necesario recurrir a pruebas complementarias. De esta manera, el diagnóstico del TOC pediátrico se define como un proceso fundamentalmente clínico y multidimensional que requiere de una evaluación exhaustiva de la sintomatología, del desarrollo evolutivo y del impacto funcional que el trastorno genera en la vida cotidiana del menor. Según la Guía de Práctica Clínica coordinada por Mayoral Aragón et al. (2024), se destaca la importancia de integrar la información proveniente de diferentes fuentes, incluyendo al niño, la niña o el adolescente, sus padres y, en ocasiones, cuando resulta pertinente, el entorno escolar, con el objetivo de obtener una comprensión integral del cuadro clínico.

Para ello, la evaluación clínica debe incluir una anamnesis detallada que permita explorar tanto la sintomatología actual como los antecedentes familiares, el desarrollo evolutivo y el funcionamiento psicosocial del menor, determinando el grado de malestar asociado a los síntomas y la interferencia que estos producen en las actividades cotidianas (Mayoral Aragón et al., 2024). En cuanto a los criterios diagnósticos, de acuerdo con Mayoral Aragón et al. (2024), el diagnóstico se orienta a partir de los criterios establecidos por los principales sistemas de clasificación internacionales, como el DSM-5-TR y la CIE-11, considerando determinados especificadores clínicos, entre ellos el nivel de introspección o conciencia de enfermedad y la posible presencia de tics asociados, ya que estos aspectos pueden influir tanto en el pronóstico como en la planificación del tratamiento.

En la evaluación diagnóstica infantil, la introspección o conciencia de la enfermedad no debe ser considerada como una variable estática o dicotómica, sino como un constructo dinámico y estrechamente ligado al desarrollo evolutivo del menor (Alvarenga et al., 2017; Estrada Villashagñay et al., 2025). Desde el enfoque cognitivo-conductual, se define al insight como la capacidad del sujeto para reconocer el carácter excesivo, absurdo o irracional de sus pensamientos obsesivos y rituales (Mayoral Aragón et al., 2024). En la clínica pediátrica, sin

embargo, la inmadurez cognitiva y el nivel de maduración socioemocional propios de la infancia suelen obstaculizar el desarrollo de la egodistonia (Alvarenga et al., 2017). Al no percibir sus obsesiones como ajenas o irracionales, el menor experimenta sus temores con una convicción de realidad absoluta, interpretando sus rituales de neutralización como respuestas necesarias y lógicas frente a amenazas catastróficas del entorno (Mayoral Aragón et al., 2024). Esta limitación evolutiva dificulta de manera significativa la capacidad de introspección clínica (especificada por la CIE-11 como introspección deficiente o ausente), lo que se asocia con un mayor ocultamiento sintomático, sentimientos de culpa y una severa dificultad para articular y comunicar verbalmente el malestar a los cuidadores primarios (Alvarenga et al., 2017; Mayoral Aragón et al., 2024).

Complementariamente, para una comprensión diagnóstica integral, resulta indispensable definir el perfil neuropsicológico del TOC infantil, el cual se caracteriza esencialmente por presentar un patrón del neurodesarrollo disejecutivo (Iribarne et al., 2017). Desde la neuropsicología clínica, las funciones ejecutivas se conceptualizan como el conjunto de procesos cognitivos de alto nivel necesarios para la autorregulación, la planificación y la flexibilidad del comportamiento (Iribarne et al., 2017). En los menores con TOC, la evidencia científica documenta alteraciones funcionales y estructurales en el circuito cortico-estriado-tálamo-cortical (CSTC), con especial compromiso en el córtex orbitofrontal, la corteza cingular anterior derecha y los ganglios basales (Jácome Granda et al., 2024; Pardo et al., 2022). A nivel conductual, esta disregulación neurobiológica se traduce en déficits específicos en dos dimensiones ejecutivas críticas: una de ellas es la flexibilidad cognitiva, definida como la capacidad psicofisiológica para alternar esquemas mentales, adaptar la conducta ante demandas ambientales cambiantes y resolver problemas de forma intuitiva (Iribarne et al., 2017). Su compromiso genera una marcada rigidez cognitiva que explica por qué el menor aplica rígidamente normas y queda atrapado en la reiteración conductual de sus rituales (Iribarne et al., 2017). Otra dimensión ejecutiva crítica es el control inhibitorio, conceptualizado como la habilidad para suprimir activamente respuestas automáticas, impulsos y pensamientos intrusivos que irrumpen en el psiquismo (Iribarne et al., 2017). Las fallas en esta función neuropsicológica impiden que el niño logre distanciarse voluntariamente de las obsesiones y frenar la ejecución de las compulsiones crónicas o el ciclo de mantenimiento conductual (Iribarne et al., 2017). Asimismo, este perfil disejecutivo se asocia con un procesamiento de la información de carácter sobreinclusivo (donde el menor focaliza excesivamente su atención en detalles mínimos, perdiendo la perspectiva global) y

con déficits en la memoria no verbal, explicados clínicamente por una incapacidad primaria para organizar y estructurar de manera lógica la información antes de ser almacenada (Iribarne et al., 2017).

Para complementar este proceso, Falcón et al. (2012) describen la escala de Yale-brown para el trastorno obsesivo-compulsivo en niños y adolescentes (CY-BOCS) como una entrevista semiestructurada que se posiciona hoy como el estándar de oro en la práctica clínica (Estrada Villashagñay et al., 2025; Jácome Granda et al., 2024; Mayoral Aragón et al., 2024). Esta herramienta ha permitido identificar factores diferenciales de la enfermedad, siendo los más comunes las obsesiones y compulsiones relacionadas con la limpieza, la comprobación, el orden y la repetición (García Marco et al., 2011). A esta evaluación, Falcón et al. (2012) recomiendan sumar el CBCL (Lista de Verificación de Comportamiento Infantil), un cuestionario que permite obtener un perfil psicopatológico global del menor. Asimismo, con el propósito de incrementar la precisión diagnóstica, también se recomienda la utilización de entrevistas estructuradas o semiestructuradas que permitan confirmar la presencia del trastorno e identificar posibles comorbilidades. En particular, entre los instrumentos diagnósticos más destacados se encuentran el K-SADS-PL (Entrevista para Trastornos Afectivos y Esquizofrenia en niños y adolescentes; versión actual y de por vida), la cual permite evaluar tanto los síntomas que el niño o la niña presentan en el momento actual como aquellos que han tenido a lo largo de su vida, siendo fundamental para descartar otros problemas de salud mental que suelen aparecer junto al TOC (Estrada Villashagñay et al., 2025; Jácome Granda et al., 2024). El ADIS-IV-C/P (Entrevista para los trastornos de ansiedad según el DSM-IV: versiones para el niño y para los padres), una entrevista que ofrece versiones específicas para ser administradas tanto al niño o niña como a sus progenitores, lo que permite al clínico contrastar la información y obtener una visión completa de la sintomatología desde ambas perspectivas; y la DICA (Entrevista diagnóstica para niños y adolescentes) es un instrumento clásico de evaluación global en psiquiatría infantil que sirve para realizar un cribado y diagnóstico de múltiples patologías del neurodesarrollo y del comportamiento, incluido el TOC (Mayoral Aragón et al., 2024).

Por último, un aspecto central en la evaluación del TOC infantil, según Mayoral Aragón et al. (2024) consiste en realizar un adecuado diagnóstico diferencial. El establecimiento de un diagnóstico preciso de TOC pediátrico es una tarea compleja que requiere deslindar la sintomatología patológica de las conductas esperables para la edad, ya que, como señalan

Falcón et al. (2012), uno de los mayores retos radica en el entorno familiar, puesto que los padres a menudo presentan serias dificultades para distinguir cuándo una conducta problemática es causada por el TOC y cuando responde a cambios evolutivos normales o a simples rasgos de personalidad, como la rebeldía. Frente a esto, la psicoeducación es fundamental para que la familia aprenda a diferenciar los síntomas de aquellos rituales que son normales de la infancia (Falcón et al., 2012). Se debe considerar que la reiteración conductual es parte del proceso evolutivo normal; de hecho, a los 3 años, hasta el 80% presenta rituales, los cuales deben distinguirse del TOC por su carácter transitorio y normativo. Mayoral Aragón et al. (2024) profundizan en esta distinción al aclarar que los rituales normales, como juegos de repetición, coleccionismo o rutinas para dormir son vividos de forma agradable por los niños y niñas, tienen un fin lúdico y su interrupción suele ser bien tolerada. En contraposición, los síntomas del TOC son intrusivos, generan ansiedad significativa y provocan un deterioro funcional en el hogar y la escuela (Mayoral Aragón et al., 2024).

En esta misma línea, resulta indispensable diferenciar el TOC de otros cuadros del neurodesarrollo como el trastorno del espectro autista (TEA); en este último, los comportamientos restringidos suelen ser más simples que los rituales del TOC y forman parte de los intereses del menor, marcando una clara distinción frente a la naturaleza egodistónica y no deseada de las obsesiones (Mayoral Aragón et al., 2024). Asimismo, frente al trastorno de ansiedad generalizada (TAG); si bien en este cuadro existen preocupaciones excesivas, no se presentan rituales o compulsiones asociados con mitigar el malestar (Mayoral Aragón et al., 2024). Respecto a los trastornos alimentarios y la hipocondría, el factor diferencial clave radica en que el contenido de las obsesiones en el TOC es más plástico y variado que en estos cuadros, donde la temática suele restringirse a un único pensamiento o eje temático (García Marco et al., 2011). Mientras que en la anorexia, la bulimia o la hipocondría, las ideas se limitan rígidamente a la imagen corporal, el peso o el temor a la enfermedad, los niños o niñas con TOC pueden variar sus miedos entre la contaminación, el orden o el daño a terceros (Mayoral Aragón et al., 2024). Finalmente, la diferenciación con la esquizofrenia y la psicosis se apoya críticamente en el nivel de introspección: los niños o niñas con TOC a menudo puede reconocer que sus ideas son “exageradas” o absurdas (Falcón et al., 2012), mientras que en la psicosis las creencias son claramente delirantes y pueden acompañarse de alucinaciones (Mayoral Aragón et al., 2024).

Como se profundizará en el análisis de este trabajo, realizar esta distinción frente a otros cuadros del neurodesarrollo y psiquiátricos con los que el TOC suele solaparse es el pilar fundamental para asegurar una intervención precisa y evitar el retraso diagnóstico.

Tratamiento para el TOC.

El tratamiento del trastorno obsesivo-compulsivo (TOC) en niños, niñas y adolescentes se fundamenta en una jerarquía de intervenciones que consideran la gravedad de los síntomas y el perfil de efectos secundarios, donde el objetivo primordial es lograr la remisión de los síntomas y la recuperación del funcionamiento psicosocial del menor (Mayoral Aragón et al., 2024).

En relación con las intervenciones terapéuticas disponibles, Mayoral Aragón et al. (2024) sostienen que el primer paso del tratamiento acostumbra a ser la terapia cognitivo-conductual (TCC); específicamente, la exposición con prevención de respuesta. Mediante esta terapia, los niños aprenden a afrontar sus preocupaciones (con la exposición) sin realizar las compulsiones (prevención de respuesta). De esta manera, un profesional acompaña al menor en el proceso para que vaya repitiendo las exposiciones de forma gradual a medida que va tolerando la ansiedad que aparece al no hacer las compulsiones. Este procedimiento consiste en enfrentar de manera sistemática y repetida los estímulos o situaciones que generan temor hasta que se logre una reducción natural de la ansiedad o el malestar (Mayoral Aragón et al., 2024). Para que este proceso sea efectivo, las tareas de E/PR se organizan habitualmente a través de jerarquías de exposición, las cuales permiten al menor abordar sus miedos de forma estructurada, comenzando por estímulos que le generan menor dificultad hasta alcanzar los de mayor complejidad (Mayoral Aragón et al., 2024). De esta manera, este proceso facilita la habituación y permite que el menor aprenda que la ansiedad disminuye sin necesidad de realizar la compulsión. El componente de prevención de respuesta es crítico, ya que al bloquear activamente las conductas de neutralización o evitación, se impide que el ritual refuerce el ciclo de ansiedad, permitiendo que la respuesta condicionada de malestar se extinga al no validarse la amenaza (Mayoral Aragón et al., 2024).

En este sentido, se plantea que un protocolo estándar suele constar de unas 14 sesiones que integran cuatro fases fundamentales: psicoeducación (donde se externaliza el TOC), E/PR, terapia cognitiva (para reestructurar creencias desadaptativas) y prevención de recaídas. Dentro de esta estructura, la E/PR se posiciona como el componente con mayor evidencia de

eficacia específica para el tratamiento del TOC pediátrico, siendo superior a otras intervenciones psicológicas generales (Mayoral Aragón et al., 2024). Falcón et al. (2012) indican que el tratamiento en la etapa infantil debe contar con un menor contenido de técnicas cognitivas o versiones simplificadas, debido a las dificultades específicas en los niños y niñas para identificar emociones complejas y centrarse en el presente. Por este motivo, se destaca la necesidad de incluir a los padres como co-terapeutas activos o “ayudantes”, encargados de supervisar la práctica de la E/PR en el entorno natural del menor. La función de los padres en esta técnica es fundamental, ya que participan directamente en el diseño de las jerarquías y son los responsables de asegurar una práctica supervisada y periódica de la exposición fuera de las sesiones clínicas, lo cual se ha relacionado directamente con una mayor reducción de la sintomatología y la generalización de los aprendizajes al contexto cotidiano del menor (Falcón et al., 2012). Esta colaboración activa se articula principalmente a través de la exposición con prevención de respuesta asistida, un procedimiento en el que los padres son entrenados por el profesional para participar directamente en las sesiones y tareas terapéuticas (Rosa Alcázar, 2012). Asimismo, existen protocolos específicos como el FOCUS, donde las sesiones incluyen un tiempo específico (30 minutos) de entrenamiento para padres, lo que permite revisar el progreso y enseñarles a manejar la ansiedad del menor sin recurrir a la acomodación (Mayoral Aragón et al., 2024). Cabe destacar que las observaciones clínicas sugieren que una combinación de sesiones individuales y sesiones familiares resultaría efectiva para tratar los síntomas del TOC. De este modo, la TCC familiar es un tratamiento eficaz para disminuir los síntomas obsesivos-compulsivos en niños, niñas y adolescentes (Mayoral Aragón et al., 2024).

La eficacia de este abordaje ha sido ampliamente respaldada por la evidencia científica. En este sentido, se estima que aproximadamente el 70% de los niños, niñas y adolescentes con TOC experimentan una reducción clínicamente significativa de los síntomas tras recibir terapia cognitivo-conductual con exposición y prevención de respuesta. Asimismo, una mayor intensidad de la intervención terapéutica se relaciona con mejores resultados clínicos y una mayor reducción de la sintomatología obsesivo-compulsiva (Mayoral Aragón et al., 2024).

No obstante, si la TCC no funciona o se trata de casos más graves, puede ser necesario prescribir medicación. La medicación más utilizada para tratar el TOC corresponde a los inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina (ISRS), los cuales son los fármacos de

elección. Bajo este criterio, en cuadros de intensidad leve o moderada se sugiere iniciar con la TCC de forma aislada, mientras que en casos graves se aconseja la implementación inmediata de la terapia combinada (TCC más ISRS) (Mayoral Aragón et al., 2024).

Por otra parte, el avance de las tecnologías digitales ha favorecido el desarrollo de nuevas modalidades de intervención para el TOC infantil. En este sentido, la terapia cognitivo-conductual aplicada mediante plataformas online y videoconferencia ha demostrado resultados prometedores en la reducción de la sintomatología obsesivo-compulsiva, constituyéndose como una alternativa que amplía el acceso al tratamiento para niños, niñas y adolescentes (Babiano-Espinosa et al., 2019).

El rol de la familia y modalidades de participación.

En relación con el rol de la familia en el trastorno obsesivo-compulsivo infantil, es posible identificar dos modalidades principales de participación familiar que impactan de forma opuesta en el curso del trastorno: la participación adaptativa y la desadaptativa.

La participación adaptativa se caracteriza por el rol de los padres como co-terapeutas, lo que implica que la familia se involucre positivamente en la terapia cognitivo-conductual, facilitando la exposición y dejando de reforzar las conductas obsesivas (Jácome Granda et al., 2024; Rosa Alcázar, 2012). En consonancia con esta perspectiva, Rosa Alcázar (2012) señala que una participación adaptativa implica la configuración de un ambiente de apoyo donde los padres no colaboran con las manías, pero tampoco culpan ni se exasperan con el menor por sus comportamientos irracionales. Esta postura permite animar al menor a cumplir con la terapia sin reforzar el círculo vicioso de la ansiedad.

Por el contrario, la participación desadaptativa suele expresarse a través de conductas de sobreprotección y acomodación que contribuyen al mantenimiento o agravamiento de la sintomatología. Dentro de esta modalidad se distingue la “familia acomodada”, que es aquella que facilita la ejecución de los rituales para evitar el malestar del menor, lo que impide desarrollar sus propios mecanismos de afrontamiento y potencia la generalización del problema (Rosa Alcázar, 2012). Asimismo, Caja (2016) y Montalvo Ocampo et al. (2024) señalan que los padres suelen modificar sus rutinas o ayudar en los rituales para evitar que el niño o niña sufra. Otra manifestación de la participación desadaptativa es la “familia antagónica”, caracterizada por una actitud hostil, crítica y punitiva.

En relación con estas dinámicas desadaptativas, la acomodación familiar es definida como el proceso mediante el cual uno de los miembros del entorno familiar (como padres, tutores, hermanos o abuelos, entre otros) se involucra en los rituales del menor, adoptando una actitud permisiva y muchas veces sobreprotectora (Rosa Alcázar, 2012). Este fenómeno ocurre cuando los familiares adaptan sus actividades, horarios y conductas en función de las demandas del niño o niña, para evitar su sufrimiento o genere conflictos en el hogar. Técnicamente, la acomodación se manifiesta en tres formas principales: la participación directa en la ejecución de rituales, la facilitación de la evitación de estímulos ansiosos y la modificación de las rutinas diarias para adaptarse a las demandas del TOC (Lebowitz et al., 2011).

Para medir este fenómeno de manera sistemática, se utiliza la Escala de Acomodación Familiar (FAS o SAF), que consiste en 13 ítems que evalúan la frecuencia de estas conductas y la angustia que genera tanto el acomodarse como el intentar negarse a hacerlo. Los estudios que han analizado la estructura de esta escala identifican factores clave, como la modificación de rutinas, la participación en rituales y la angustia asociada, lo que permite al clínico tener un mapa claro de la disfunción familiar (Lebowitz et al., 2011).

La psicoeducación familiar.

La psicoeducación en el trastorno obsesivo-compulsivo infantil se define como una intervención estratégica indispensable que se sitúa en la etapa I o fase introductoria del tratamiento cognitivo-conductual (Pérez Rivera, 2024). Su objetivo primordial es que el paciente y su familia comprendan que el TOC es un desorden psiconeurobiológico, lo que implica una desregulación de circuitos neuronales (específicamente el circuito orbitofrontal-subcortical) en interacción con patrones cognitivos y conductuales aprendidos en el ambiente (Pérez Rivera, 2024).

Por lo tanto, se utiliza con el fin de conceptualizar el caso y motivar al cambio (Pérez Rivera, 2024), explicar el círculo vicioso entre cerebro, cognición y síntomas clínicos (donde las compulsiones refuerzan la disfunción neuropsicológica), y preparar el terreno para la EPR, lo que permite que el paciente comprenda la necesidad de las tareas intersesión como mecanismos centrales de cambio y generalización (Borda et al., 2019). Al lograr esta comprensión, la familia puede transitar desde un rol de facilitador hacia uno de soporte estratégico en el éxito de la intervención (Lebowitz et al., 2011).

Metodología:

El presente Trabajo Integrador Final se desarrolló mediante una revisión teórica de la literatura con alcance descriptivo y exploratorio. La investigación estuvo orientada a examinar el rol de la familia en el mantenimiento y tratamiento del trastorno obsesivo-compulsivo (TOC) en la infancia, mediante la revisión y el análisis crítico de la evidencia científica disponible, así como de los principales aportes teóricos y empíricos vinculados con esta temática. Cabe precisar que, si bien el eje central de la investigación es la dinámica familiar, se incluyeron de manera complementaria aspectos generales del trastorno (como su evolución histórica, criterios diagnósticos y herramientas de evaluación), entendiendo que la delimitación clínica y contextual de la patología pediátrica constituye una base conceptual indispensable para analizar el posterior involucramiento de los cuidadores. Con el fin de sistematizar, ordenar y dar transparencia al proceso de búsqueda de las fuentes, se adoptaron de manera flexible algunos de los lineamientos generales del modelo PRISMA (Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses), del cual se retomaron sus criterios generales en cuanto a la definición de palabras claves, bases de datos, criterios de inclusión y exclusión, y procedimientos de selección de los estudios. No obstante, debido a las características y alcance de un Trabajo Integrador Final de grado, no se aplicó el protocolo PRISMA en su versión completa. En este sentido, el modelo fue utilizado como guía metodológica general para sistematizar, ordenar y dar transparencia al proceso de búsqueda bibliográfica.

Participantes:

Debido al diseño de revisión teórica y análisis documental de la presente investigación, no aplica la inclusión de una muestra de participantes, pacientes o sujetos experimentales para la recolección de datos primarios. El análisis se circunscribe estrictamente al examen de la literatura científica y académica preexistente sobre la temática.

Instrumentos:

Por las características metodológicas derivadas del diseño de revisión del estudio, no aplica la administración directa de instrumentos de evaluación psicológica, tests psicométricos o escalas clínicas a pacientes. La utilización y descripción de herramientas clínicas de evaluación (tales como la Escala CY-BOCS o la Escala FAS de Acomodación Familiar) se realiza de manera conceptual, analizándolas únicamente como variables y objetos de estudio dentro de la literatura científica revisada.

Fuentes y bases de datos consultadas:

La búsqueda bibliográfica se inició en el mes de marzo de 2026 y se mantuvo durante todo el periodo de elaboración del trabajo. La selección y revisión de los antecedentes teóricos se realizó en concordancia con los objetivos de la investigación, priorizando aquellos estudios vinculados al rol de la familia en el tratamiento del trastorno obsesivo-compulsivo en la infancia. Para ello, se consultaron a las siguientes fuentes:

- Google Scholar (Google Académico), utilizado para obtener una primera aproximación al estado del arte y para localizar artículos científicos, libros, tesis y otras publicaciones académicas relevantes para la temática abordada.
- EBSCO Discovery service, buscador académico institucional de la Fundación Barceló, empleado para acceder de manera integrada a diversas bases de datos, revistas científicas y otros recursos especializados en psicología y ciencias de la salud.
- SciELO (Scientific Electronic Library Online), utilizado para la búsqueda de artículos científicos de acceso abierto, principalmente de producción latinoamericana.
- Como recurso complementario durante el proceso de búsqueda, organización y análisis de la información, se utilizó NotebookLM, una herramienta basada en inteligencia artificial que facilitó la exploración de literatura científica, la sistematización de contenidos y la identificación de documentos relevantes para la temática. Su empleo tuvo una función de apoyo en la gestión y consulta de la información, mientras que la selección final de los antecedentes incluidos en el presente trabajo se realizó mediante la revisión directa de las fuentes académicas correspondientes.

Palabras claves.

Para la búsqueda se utilizaron, de manera individual y en combinación (mediante operadores booleanos AND/OR), las siguientes palabras clave en español: TOC, TOC infantil, TOC en niños, trastorno obsesivo-compulsivo infantil, acomodación familiar, el rol de la familia en TOC infantil, TOC desde la TCC, tratamiento del TOC infantil, el rol de los padres, padres como co-terapeutas, psicoeducación, psicoeducación familiar, exposición con prevención de respuesta, terapia cognitivo-conductual familiar, diagnóstico del TOC en la infancia.

Se especifica que los siguientes criterios de inclusión y exclusión se aplicaron para la selección de las fuentes bibliográficas analizadas en los resultados y discusión de la presente investigación.

Criterios de inclusión.

En este sentido, se incluyeron aquellos textos que reunieran las siguientes características:

- Artículos científicos publicados preferentemente entre los años 2016 y 2026, priorizando la producción más reciente sobre la temática. No obstante, se incluyeron publicaciones previas al periodo seleccionado por ser consideradas fuentes bibliográficas clave para el sustento teórico de los ejes centrales de la investigación.
- Textos disponibles mayoritariamente en idioma español. De forma complementaria, se incorporaron publicaciones en inglés que resultaron pertinentes para los objetivos del trabajo.
- Estudios centrados específicamente en la población infantil con diagnóstico de TOC.
- Publicaciones que abordaran algunos de los siguientes ejes temáticos: características clínicas y diagnóstico del TOC infantil, tratamiento desde el enfoque cognitivo-conductual, rol de la familia, acomodación familiar y psicoeducación.
- Textos con acceso al contenido completo que permitieran un análisis detallado de la información presentada.

De manera complementaria, y de forma minoritaria, se incorporaron algunos trabajos clásicos y publicaciones anteriores al año 2016 en aquellos casos en que resultaron fundamentales para el desarrollo conceptual del marco teórico.

Criterios de exclusión.

Se excluyeron aquellos textos que presentaran alguna de las siguientes características:

- Textos breves (como resúmenes y reseñas) que no permitían el desarrollo en profundidad de los conceptos abordados.
- Publicaciones centradas exclusivamente en población adulta con diagnóstico de TOC, por exceder la etapa evolutiva (infancia) contemplada en los objetivos del presente trabajo.
- Documentos cuyo texto completo no se encontraba disponible.
- Estudios que mencionaran el TOC sin abordar específicamente las variables centrales de este trabajo, tales como el rol de la familia, la acomodación familiar, el tratamiento cognitivo-conductual o la psicoeducación.

Procedimiento de selección de los estudios.

La selección de los estudios se realizó en varias etapas. Inicialmente se revisaron los títulos y resúmenes de los documentos identificados mediante las palabras clave, con el propósito de evaluar su pertinencia temática. Posteriormente, se analizó la introducción de aquellos trabajos que superaron esta primera instancia, a fin de determinar su relación con los objetivos de la investigación. Finalmente, aquellos textos considerados pertinentes fueron leídos en su totalidad, lo que permitió realizar un análisis en profundidad de su contenido y su posterior incorporación al estado del arte, el marco teórico y la discusión, conformando un corpus final de veintiséis (26) fuentes bibliográficas.

Uso de herramientas de inteligencia artificial.

En el desarrollo del presente trabajo se utilizaron herramientas de inteligencia artificial como apoyo complementario en distintas instancias del proceso, las cuales se detallan a continuación con fines de transparencia metodológica.

Por un lado, se utilizó NotebookLM como herramienta de apoyo para la búsqueda y localización de fuentes bibliográficas adicionales, así como para la organización y síntesis preliminar de los documentos ya recopilados. A través de esta herramienta surgieron, de manera incidental, algunas publicaciones en idioma inglés que resultaron pertinentes y fueron posteriormente evaluadas según los criterios de inclusión y exclusión definidos para este

trabajo. Asimismo, fue empleado como apoyo en la elaboración y verificación de las citas y referencias bibliográficas del trabajo.

Por otro lado, se utilizaron Claude (Anthropic) y ChatGPT como herramientas de apoyo para la mejora de la redacción académica del texto, para la revisión y corrección del escrito, en cuanto a claridad, cohesión y adecuación al lenguaje formal requerido en un Trabajo Integrador Final de grado. Asimismo, estas herramientas fueron utilizadas para la búsqueda de sinónimos, conectores y alternativas de formulación lingüística que contribuyeran a una expresión más precisa y fluida de ideas, facilitando además la organización y estructuración de los contenidos.

Cabe destacar que el uso de la inteligencia artificial fue de carácter instrumental y complementario. La lectura crítica de las fuentes, el análisis de la información, la selección bibliográfica y la elaboración conceptual del contenido fueron realizados por la autora del presente trabajo. Asimismo, las decisiones relativas a la estructura, organización y desarrollo teórico constituyeron un proceso de producción propia.

Cronograma:

Con el propósito de sistematizar el proceso de investigación, el presente Trabajo Integrador Final se desarrolló a lo largo de un proceso continuo estructurado en cinco fases consecutivas entre los meses de marzo y agosto de 2026.

A continuación, se describen detalladamente las actividades y los hitos formales que marcaron la evolución cronológica del estudio.

Fase 1. Planificación y formulación de objetivos. (Marzo - abril de 2026).

Esta fase inicial se centró en la delimitación del problema de investigación y la búsqueda bibliográfica preliminar en bases de datos. Durante esas semanas, se plantearon las primeras líneas del problema clínico. Esta etapa concluyó formalmente con el hito de la primera entrega el 13 de abril de 2026, donde se presentaron ante la cátedra la delimitación definitiva del tema, el objetivo general y los objetivos específicos del estudio.

Fase 2. Construcción del estado del arte y marco teórico (Abril - mayo de 2026).

Una vez aprobados los objetivos, el trabajo se orientó de forma específica a la búsqueda profunda, análisis y redacción del estado del arte y de los conceptos del marco teórico de la investigación. Este proceso de sistematización teórica y recopilación de antecedentes se consolidó con el hito de la segunda entrega el 21 de mayo de 2026, fecha en la que se presentó el cuerpo integrado de ambas secciones ante la cátedra.

Fase 3. Diseño metodológico y anteproyecto (mayo - junio de 2026).

Durante este periodo, el trabajo se centró en la estructuración formal de la introducción y en el desarrollo detallado del apartado de metodología. Esta etapa culminó con el hito de la entrega del anteproyecto el 23 de junio de 2026, instancia en la cual se unificaron y presentaron formalmente ambas secciones como parte del trabajo preliminar de la investigación.

Fase 4: Redacción integral y armado de TIF. (Junio - julio 2026).

Durante esta etapa, se procedió a la redacción y consolidación de las secciones definitivas que estructuraron el cuerpo del manuscrito final: el resumen, el índice, el desarrollo clínico de la discusión, las limitaciones y futuras líneas de investigación, y las conclusiones del estudio. Esta fase de integración formal culminó con el hito de envío del TIF el 17 de julio de 2026, fecha en la que se entregó el documento completo a los evaluadores del tribunal.

Fase 5. Revisión de dictámenes, levantamiento de observación y entrega final (Agosto de 2026).

La última fase del proceso de investigación se inició con el hito de recepción de correcciones el 13 de agosto de 2026, donde el tribunal examinador remitió sus valiosas devoluciones para el perfeccionamiento del escrito. Entre el 13 y el 21 de agosto de 2026 se llevaron a cabo los ajustes sugeridos por los evaluadores. El proceso de investigación concluyó de manera definitiva con el hito de entrega final del TIF el 21 de agosto de 2026, habilitando formalmente la instancia de defensa oral ante el tribunal.

Resultados:

Las publicaciones científicas analizadas abarcaron preferentemente el periodo comprendido entre los años 2016 y 2026, incorporando asimismo estudios clásicos de valor histórico para la delimitación conceptual del trastorno. El corpus de análisis definitivo quedó conformado por veintiséis (26) fuentes bibliográficas que incluyeron guías prácticas, revisiones sistemáticas y estudios de caso. Las muestras evaluadas en los trabajos seleccionados estuvieron integradas de manera prioritaria por población pediátrica (niños, niñas y adolescentes) con diagnóstico formal de trastorno obsesivo-compulsivo, así como por sus respectivos cuidadores primarios y grupos familiares.

La severidad de la sintomatología obsesivo-compulsiva infantil y la evolución clínica de los menores fueron examinadas en la literatura principalmente mediante la Escala Obsesivo-Compulsiva de Yale-Brown para Niños y Adolescentes (CY-BOCS; Children's Yale-Brown Obsessive-Compulsive Scale). Por su parte, la frecuencia del involucramiento de los cuidadores y el impacto de la dinámica familiar se evaluaron con mayor frecuencia a través de la Escala de Acomodación Familiar (FAS; Family Accommodation Scale). De forma complementaria, para el diagnóstico diferencial, el cribado psicopatológico y la valoración de perfiles ejecutivos, las investigaciones reportaron el empleo de herramientas estandarizadas como el Listado de Comportamiento Infantil (CBCL; Child Behavior Checklist), la Entrevista para Trastornos Afectivos y Esquizofrenia en Niños y Adolescentes-Versión Actual y de Por Vida (K-SADS-PL), la Entrevista para los Trastornos de Ansiedad según el DSM-IV en sus versiones para Niños y Padres (ADIS-IV-C/P) y la Entrevista Diagnóstica para Niños y Adolescentes (DICA).

A partir del análisis temático del corpus, los hallazgos de la presente revisión se organizaron en tres ejes temáticos principales: características clínicas y complejidad diagnóstica en la infancia; pautas de interacción y modalidades de participación familiar; e índices de acomodación, intervenciones de entrenamiento parental y eficacia del tratamiento cognitivo-conductual.

Características clínicas del TOC infantil y variables de la brecha diagnóstica (objetivo 1).

Los estudios revisados evidenciaron que el TOC pediátrico presenta pautas epidemiológicas específicas y una sintomatología variable que lo diferencian de la presentación clínica

observada en la población adulta. Los datos epidemiológicos consolidados reportaron tasas de prevalencia de entre el 1% y el 3% a nivel mundial en población infantil, elevándose hasta el 4% durante la adolescencia (Borda et al., 2019; García Marco et al., 2011). Respecto a la distribución por sexo, las investigaciones identificaron una proporción asimétrica en la infancia de 2,3 varones por cada niña, relación que tiende a invertirse hacia el final de la pubertad, registrando una mayor frecuencia en mujeres con una proporción de 1:1,35 (García Marco et al., 2011). Asimismo, el corpus documentó que la sintomatología de inicio temprano presenta una alta tasa de heredabilidad estimada en un 48% (Pardo et al., 2022). A nivel clínico, las investigaciones coincidieron en señalar que las manifestaciones en menores se caracterizan por una temática sintomática variable y concurrente, registrándose un promedio de 4 obsesiones y casi 5 compulsiones simultáneas por paciente, y que el 90% de los niños presenta múltiples temáticas en paralelo (García Marco et al., 2011; Mayoral Aragón et al., 2024).

Los hallazgos de las fuentes analizadas demostraron de manera consistente la existencia de una alarmante brecha temporal en la detección del cuadro. Se identificó que aproximadamente el 60% de los menores no recibe asistencia oportuna (Alvarenga et al., 2017), y se estima un retraso promedio de entre 4 y 7 años desde la aparición de las primeras manifestaciones clínicas hasta la consulta con un especialista (Alvarenga et al., 2017; Estrada Villashagñay et al., 2025; Falcón et al., 2012). La literatura asoció esta demora diagnóstica con particularidades del desarrollo evolutivo del menor, como dificultades en la introspección (insight). Al respecto, los estudios reportaron una limitada capacidad en los pacientes menores de edad para reconocer el carácter excesivo o absurdo de sus pensamientos obsesivos, lo que promueve conductas de secretismo y culpa que retrasan la búsqueda de ayuda (Alvarenga et al., 2017; Estrada Villashagñay et al., 2025). Asimismo las investigaciones neuropsicológicas documentaron la presencia de déficits específicos en la flexibilidad cognitiva y en el control inhibitorio de los menores evaluados, lo que restringe su capacidad para distanciarse voluntariamente de los rituales (Iribarne et al., 2017). A esto se suma que los hallazgos confirmaron que la presencia de comorbilidades es la norma en la clínica infantil, observándose que la gran mayoría de los pacientes presenta de forma simultánea trastornos de ansiedad (31%), trastorno por déficit de atención e hiperactividad (16%), depresión mayor (17%) o trastornos de tics (12%) (Estrada Villashagñay et al., 2025; Jácome Granda et al., 2024). Estas particularidades del desarrollo evolutivo del menor

pueden solapar y mimetizar el diagnóstico inicial del TOC (Falcón et al., 2012; Montalvo Ocampo et al., 2024).

Finalmente, los resultados señalaron la necesidad de diferenciar clínicamente la patología de los rituales evolutivos normativos del desarrollo (Mayoral Aragón et al., 2024). Se identificó que hasta el 80% de los niños y niñas sanos a la edad de 3 años presenta conductas repetitivas transitorias (García Marco et al., 2011), las cuales son bien toleradas a diferencia de la rigidez y el malestar intrusivos característicos del TOC (Mayoral Aragón et al., 2024).

Modalidades de participación familiar y dinámicas de interacción en el hogar (objetivo 2).

La literatura científica analizada coincidió en que el entorno familiar y la sintomatología del menor interactúan bajo un patrón relacional de bidireccionalidad (Lebowitz et al., 2011). Los resultados demostraron que la irrupción de los síntomas interfiere de forma significativa en la organización del hogar, lo que afecta el funcionamiento social, escolar y ocupacional de todos los miembros del sistema familiar (Farrell et al., 2023; Rosa Alcázar, 2012).

Respecto a las pautas de reacción familiar, las investigaciones registraron que el involucramiento positivo de los padres y su rol activo en la supervisión de las tareas de exposición en el hogar se asociaron de manera significativa con una mayor reducción de la sintomatología obsesivo-compulsiva. Por el contrario, Alvarenga et al. (2017) y Montalvo Ocampo et al. (2024) identificaron que la modificación de las rutinas domésticas, el ofrecimiento de reaseguro continuo y la participación directa de los allegados en la ejecución de los rituales del menor (pautas que componen el fenómeno de la acomodación familiar) se asociaron de forma sostenida con resultados terapéuticos menos favorables y un pronóstico negativo. Se evidenció que las respuestas caracterizadas por actitudes hostiles, críticas y sanción punitiva por parte de los cuidadores incrementaron la tensión del sistema y se correlacionaron con conductas de ocultamiento y aumento de la severidad del cuadro (Rosa Alcázar, 2012).

Asimismo, se constató que la manifestación de estallidos de ira, berrinches y conductas oposicionistas en los niños opera como un mecanismo coercitivo que fuerza y predice niveles más elevados de acomodación por parte de los cuidadores en el hogar, constituyéndose en un factor crítico de mantenimiento que debe ser abordado en el tratamiento (Lebowitz et al., 2011).

Prevalencia de acomodación familiar, parámetros de entrenamiento parental y eficacia (objetivo 3).

El análisis del corpus bibliográfico de Montalvo Ocampo et al. (2024) y Lebowitz et al. (2011) reveló que la acomodación familiar registra tasas de prevalencia sumamente elevadas en la práctica clínica pediátrica, situándose entre el 75% y el 96,9% de los casos evaluados. Las pautas de acomodación reportadas con mayor frecuencia por los cuidadores correspondieron al ofrecimiento de consuelo diario, a la evitación de estímulos ansiosos y a la espera prolongada para que el paciente finalice sus rituales.

Respecto al análisis conductual de la dinámica familiar, las investigaciones evidenciaron de manera consistente que el involucramiento de los cuidadores primarios en los rituales del menor actúa como una variable de mantenimiento sintomático asociada con una mayor severidad del cuadro clínico y a peores resultados terapéuticos al finalizar el tratamiento (Rosa Alcázar, 2012; Wu et al., 2016). Aunque la participación de los allegados en las compulsiones se asoció con una disminución inmediata de la ansiedad infantil en el corto plazo, los hallazgos reportaron que, en el largo plazo, este patrón relacional interrumpe el proceso de habituación natural del menor y favorece el arraigo de las conductas disruptivas en el hogar (Rosa Alcázar, 2012).

Frente a este escenario, los estudios del corpus posicionaron a la terapia cognitivo-conductual basada en la exposición con prevención de respuesta como el abordaje con mayor evidencia de eficacia, el cual registra una tasa promedio de reducción de la sintomatología del 70% cuando se integra de manera activa a los cuidadores en el proceso terapéutico (Mayoral Aragón et al., 2024). En lo que respecta a las particularidades estructurales y etarias de la intervención, se constató que en casos de inicio precoz (delimitado en rangos de edad de entre los 5 y los 7 años) los protocolos de entrenamiento dirigidos exclusivamente a los padres sin la participación directa del menor alcanzan niveles de eficacia terapéutica equivalentes a la terapia cognitivo-conductual individual aplicada al niño o a la niña (Mayoral Aragón et al., 2024).

Asimismo, las investigaciones identificaron parámetros de eficacia específicos en el protocolo estructurado FOCUS, el cual incorpora de forma sistemática módulos de entrenamiento parental dentro de la sesión clínica del menor, con el propósito de capacitar a los cuidadores en el manejo de límites no acomodativos (Mayoral Aragón et al., 2024).

Finalmente, en relación con la distribución temporal de las intervenciones, la evidencia científica ubicó unánimemente a la psicoeducación en la etapa I o fase introductoria del tratamiento cognitivo-conductual (Pérez Rivera, 2024). Al respecto, los hallazgos clínicos reportaron que la omisión de esta fase introductoria o la provisión de una intervención psicoeducativa de carácter inespecífico constituye una de las principales variables asociadas estadísticamente con la resistencia al tratamiento en la clínica del trastorno obsesivo-compulsivo pediátrico (Borda et al., 2019).

Discusión:

Comprender el rol de la familia en el trastorno obsesivo-compulsivo infantil requiere analizar de manera articulada sus manifestaciones clínicas, las pautas de interacción que se desarrollan en el hogar y las estrategias de intervención terapéutica asociadas. En función a los objetivos planteados, la discusión se estructura en sucesivos apartados que responden a cada uno de ellos, permitiendo analizar de manera detallada el diagnóstico clínico, las pautas de participación de los cuidadores y el impacto de la acomodación y el entrenamiento parental en la terapia. Desde esta perspectiva, se interpretan los principales resultados obtenidos y se los articula con los aportes conceptuales desarrollados tanto en el marco teórico como en el estado del arte, siguiendo el recorrido propuesto por los objetivos del presente trabajo.

El desafío diagnóstico temprano.

Uno de los principales obstáculos en el abordaje del trastorno obsesivo-compulsivo pediátrico es la notable demora en su detección y diagnóstico. A la luz de los índices de prevalencia global y la alarmante brecha en el acceso a la asistencia oportuna sistematizados en el apartado de resultados, en el cual se extrajeron los porcentajes de afectación pediátrica y el porcentaje de pacientes sin atención oportuna de Jácome Granda et al. (2024) y Alvarenga et al. (2017), se evidencia que la identificación inicial suele fallar de manera crítica en el entorno familiar inmediato. Al respecto, las investigaciones actuales revelan una realidad preocupante: los pacientes no reciben tratamiento o tardan un tiempo excesivo en solicitarlo (Alvarenga et al., 2017), lo que demuestra que la identificación inicial suele fallar en el entorno familiar inmediato. Este retraso no es un fenómeno menor, ya que la cronicidad de la enfermedad sin un abordaje oportuno se asocia directamente con un pronóstico clínico más negativo (Estrada Villashagñay et al., 2025). A este grave impedimento se suma que el TOC puede causar un deterioro significativo de las rutinas normales, debido a que los recursos cognitivos dedicados a pensamientos y preocupaciones obsesivas generan un impacto significativo en la salud, el funcionamiento y el desarrollo esperado para la edad del menor (Lebowitz et al., 2011). Esto evidencia que la demora diagnóstica no es inocua, sino altamente invalidante para el desarrollo evolutivo.

Este fenómeno no constituye una problemática reciente ni circunscrita a los sistemas de salud contemporáneos. Por el contrario, la dificultad para identificar y diagnosticar el TOC en la

infancia ha sido señalada desde las primeras descripciones clínicas del trastorno. En este sentido, autores pioneros como Pierre Janet ya observaban que la clínica infantil era escasa debido a que los menores suelen vivir sus síntomas con un profundo secretismo y sentimiento de culpabilidad (López Hernández, 2022). En la actualidad, el estado del arte confirma que una de las principales causas del retraso diagnóstico radica en la vivencia interna del menor. A diferencia de los adultos, los pacientes pediátricos suelen ocultar sus rituales por vergüenza, al percibir que sus pensamientos o acciones son diferentes a los de sus pares (Alvarenga et al., 2017; Mayoral Aragón et al., 2024), lo que reactualiza de manera directa el secretismo histórico descrito por Janet en los inicios de la disciplina.

A este componente emocional se suma una barrera del desarrollo: la inmadurez cognitiva. Desde la TCC, se destaca que los niños y niñas a menudo carecen de insight o introspección, lo que les impide reconocer sus pensamientos como irracionales, excesivos o absurdos (Alvarenga et al., 2017; Estrada Villashagñay et al., 2025). Al no identificar el carácter egodistónico (no deseado) de sus síntomas, los niños y las niñas tienen serias dificultades para articular y describir lo que les sucede, lo que entorpece la posibilidad de pedir ayuda de manera directa (Mayoral Aragón et al., 2024), generando un círculo cerrado donde el silencio del menor contribuye a perpetuar la ausencia de intervención del entorno. Este obstáculo clínico, descrito históricamente como un problema de secretismo y culpabilidad, encuentra hoy una explicación científica en el estado del arte: el TOC infantil debe entenderse como un trastorno del neurodesarrollo disejecutivo (Iribarne et al., 2017). Bajo esta lógica, los déficits en la flexibilidad cognitiva y el monitoreo del desempeño (vinculados a alteraciones en el córtex orbitofrontal y los ganglios basales) son lo que impiden que el menor reconozca sus pensamientos como irracionales, integrando de este modo la limitación neurobiológica con la brecha diagnóstica reportada por la literatura (Estrada Villashagñay et al., 2025; Jácome Granda et al., 2024), al demostrar que la incapacidad de comunicar el síntoma no es un acto de rebeldía infantil, sino una limitación madurativa real.

Estas dificultades diagnósticas no son aleatorias, sino que se derivan directamente de las características clínicas propias del TOC pediátrico. El perfil neuropsicológico del trastorno, caracterizado por déficits en la flexibilidad cognitiva y el control inhibitorio, contribuye a que los menores queden cognitivamente atrapados en sus rituales sin poseer los recursos ejecutivos necesarios para distanciarse voluntariamente de ellos (Iribarne et al., 2017). Esto produce una convergencia crítica entre la limitación biológica del menor y la incompreensión

del entorno familiar. Desde la perspectiva cognitivo-conductual, este solapamiento exige redefinir la mirada de los cuidadores primarios: comprender que el menor no actúa “a propósito” ni por capricho, sino bajo la presión de un circuito neuropsicológico disfuncional, es el pilar fundamental (tanto para el terapeuta como para la familia) a fin de mitigar la hostilidad inicial y estructurar una alianza terapéutica efectiva.

En este sentido, comprender las características clínicas del TOC infantil desde un enfoque cognitivo-conductual, especialmente la ausencia de insight y la dificultad para articular los síntomas, resulta indispensable para entender por qué el diagnóstico temprano constituye un desafío tan significativo, tal como se propone en el primer objetivo específico de este trabajo.

Diferenciación entre rituales evolutivos y señales de alarma.

Asimismo, el entorno familiar es la pieza fundamental para la detección de los síntomas del TOC; las familias se enfrentan al desafío de diferenciar las conductas normales del desarrollo de las señales de alarma del TOC. Con frecuencia, los padres encuentran dificultades para discernir si determinadas conductas problemáticas corresponden a cambios propios del desarrollo, a características de la personalidad como la oposición o la rebeldía, o a la presencia de un trastorno mental. El marco teórico establece que los niños y niñas sin TOC presentan rituales normativos como juegos de repetición o rutinas para dormir; estos rituales pueden ser lúdicos, placenteros y cuya interrupción es bien tolerada (García Marco et al., 2011; Mayoral Aragón et al., 2024), lo que demuestra que en el desarrollo típico el ritual tiene una función organizadora y adaptativa.

Sin embargo, el estado del arte advierte que, cuando estas conductas se tornan intrusivas, generan ansiedad significativa y provocan un deterioro funcional, estamos ante síntomas de TOC (Mayoral Aragón et al., 2024). El reconocimiento temprano de las conductas normales del desarrollo y las señales de alarma del TOC suele verse obstaculizado porque los menores frecuentemente involucran a sus padres en la ejecución de los rituales (Mayoral Aragón et al., 2024), transformando actos patológicos en rutinas hogareñas que los adultos, en su intento de aliviar el malestar del menor (Alvarenga et al., 2017), terminan por normalizar o reforzar involuntariamente (Caja, 2016). Este proceso evidencia cómo el desconocimiento familiar inicial actúa como el primer eslabón en el mantenimiento involuntario de la patología.

Esta caracterización del TOC como una patología inhabilitante encuentra un correlato empírico en las investigaciones actuales, las cuales demuestran que, mientras los rituales evolutivos son lúdicos y transitorios (García Marco et al., 2011), los síntomas del TOC generan niveles de calidad de vida significativamente inferiores en comparación con sus pares sin trastorno, afectando específicamente las áreas escolar y social (Coluccia et al., 2017). De este modo, la rigidez cognitiva del menor (caracterizada por la adherencia a normas rígidamente aplicadas) se manifiesta en la práctica como un pensamiento sobreinclusivo que le impide al menor resolver problemas de forma intuitiva. Esta inflexibilidad fuerza a la familia a normalizar una patología que deteriora la organización y el funcionamiento del hogar (Farrell et al., 2023; Iribarne et al., 2017), confirmando que el impacto del trastorno no se limita al menor, sino que desestructura a la dinámica de todo el sistema familiar.

Lo anterior pone en manifiesto que delimitar con precisión las características clínicas del TOC infantil resulta un paso fundamental para distinguir lo normativo de lo patológico, respondiendo así a la necesidad planteada en el objetivo específico I de explorar y describir las características clínicas del trastorno en la infancia.

La máscara de la comorbilidad y la evaluación integral.

Esta dificultad de los padres para distinguir el límite entre lo evolutivo y lo patológico se ve agravada por un factor crítico: el TOC pediátrico raramente se presenta de forma aislada. Es aquí donde aparece la máscara de la comorbilidad, complicando aún más el diagnóstico diferencial, ya que los síntomas propios del TOC pueden solaparse o confundirse con otras condiciones del neurodesarrollo. Este fenómeno contribuye directamente a la brecha diagnóstica sistematizada previamente en el apartado de resultados, la cual separa la aparición de los síntomas de la búsqueda de ayuda profesional, ya que la presencia de múltiples cuadros clínicos oculta la verdadera naturaleza del trastorno (Alvarenga et al., 2017; Estrada Villashagñay et al., 2025).

El trastorno obsesivo-compulsivo infantil se caracteriza por una alta prevalencia de trastornos comórbidos, presentes en la gran mayoría de los pacientes. Los síntomas del TOC suelen confundirse con otros problemas típicos de la infancia; las investigaciones actuales reportan que la gran mayoría de los pacientes pediátricos presenta al menos una comorbilidad (Estrada Villashagñay et al., 2025). Esta coexistencia recurrente de diversos cuadros clínicos valida

empíricamente la necesidad de un diagnóstico diferencial exhaustivo, tal como se planteó en el marco teórico, demostrando que la máscara de la comorbilidad no es una excepción, sino la norma en la clínica infantil (Estrada Villashagñay et al., 2025; Hervás, 2025). A esta complejidad se añade que la presencia de sintomatología depresiva no solo ensombrece el pronóstico, sino que impacta negativamente en la adherencia al tratamiento y en el bienestar emocional del menor (Jácome Granda et al., 2024).

Este solapamiento no es solo una suma de diagnósticos, sino que los síntomas de estos trastornos suelen entrelazarse. No obstante, es fundamental considerar que en la práctica clínica puede resultar sumamente difícil distinguir un tic motor complejo de una compulsión física (Falcón et al., 2012). Esta dificultad diagnóstica se ve potenciada por el perfil neuropsicológico de los niños y niñas con TOC, quienes suelen presentar fallas en el control inhibitorio y la flexibilidad cognitiva, lo que dificulta que los menores puedan distanciarse de sus rituales y diferenciarlos de otros comportamientos repetitivos (Borda et al., 2019; Iribarne et al., 2017).

Como conclusión de este análisis diferencial, se sostiene que la presencia de compulsiones voluntarias realizadas con el fin de obtener alivio o 'neutralizar' una idea molesta se constituye como el marcador clínico más fiable para confirmar el TOC frente a otras entidades que solo presentan pensamientos frecuentes (Falcón et al., 2012; Mayoral Aragón et al., 2024).

Por consiguiente, la presencia de otros trastornos no solo “disfraza” al TOC, sino que requiere adaptar las herramientas de evaluación tradicionales para lograr un diagnóstico diferencial preciso (Estrada Villashagñay et al., 2025; Hervás, 2025). En este sentido, se recomienda que el diagnóstico sea fundamentalmente clínico y multidimensional, integrando información proveniente del menor, la familia y, en ocasiones, el entorno escolar, confirmando la necesidad de aplicar una evaluación que no dependa de un único informante (Mayoral Aragón et al., 2024). En consonancia con lo detallado en el apartado de resultados, esto implica la implementación de instrumentos de referencia como la Escala CY-BOCS para medir la severidad de los síntomas, la cual debe ser complementada con entrevistas estructuradas como la K-SADS-PL o la ADIS-IV-C/P (Jácome Granda et al., 2024; Mayoral Aragón et al., 2024). Estas herramientas son fundamentales, ya que permiten al clínico

contrastar la información y obtener una visión completa de la sintomatología desde la perspectiva de ambos: padres e hijos (Mayoral Aragón et al., 2024).

Todo esto reafirma la necesidad planteada en el objetivo 1, de describir las características clínicas del TOC infantil considerando su complejidad diagnóstica, ya que solo a partir de una comprensión integral del cuadro es posible diseñar intervenciones que incluyan a la familia de manera eficaz.

Dinámica familiar e identificación de modalidades de participación familiar.

Una vez establecida la complejidad del diagnóstico, es fundamental analizar cómo el sistema familiar procesa y reacciona ante la aparición de estos síntomas. Es así que el papel de la familia es un factor determinante en el curso y pronóstico del trastorno obsesivo-compulsivo durante la infancia, dado que los patrones de interacción familiar influyen y, a su vez, se ven influidos por la sintomatología del menor, es decir, que las formas de interacción dentro de la familia afectan a los síntomas del menor y, al mismo tiempo, estos síntomas repercuten en la dinámica familiar. Esta interacción bidireccional entre los síntomas y los comportamientos familiares ha sido objeto de interés central, lo que sugiere que los efectos del TOC no solo deterioran la vida del paciente, sino que impactan profundamente en padres, cuidadores y hermanos, cuyas respuestas pueden moldear el curso clínico del trastorno; es decir, que sus respuestas pueden desempeñar un papel crucial en el curso del trastorno (Lebowitz et al., 2011).

Como sostiene Rosa Alcázar (2012), la dinámica del hogar suele manifestar un deterioro importante tras la aparición del trastorno, lo que interfiere en el rendimiento académico, las relaciones personales y la vida social de todos los miembros de la familia, no solamente en el niño o niña implicado. Por este motivo, la familia se configura como una pieza fundamental para establecer un entorno de calma y proporcionar el apoyo y la contención necesaria para la evolución favorable del tratamiento. Los menores más pequeños tienden con mayor frecuencia a implicar a sus familiares en sus rituales, lo cual conlleva un mayor grado de acomodación familiar. Mientras que algunos intentan impedir que el niño o niña lleve a cabo el ritual, otros “se acomodan” y refuerzan los síntomas (Alvarenga et al., 2017).

En este escenario, es posible identificar dos modalidades principales de participación familiar que impactan de forma opuesta en el pronóstico del menor: la participación adaptativa y la

desadaptativa. En lo que respecta a la participación adaptativa, el análisis clínico demuestra que el rol de los padres como co-terapeutas y su involucramiento positivo en la terapia cognitivo-conductual se vuelve indispensable para asegurar que el entorno hogareño no se convierta en un facilitador involuntario de la patología (Lebowitz et al., 2011). En consonancia con esta perspectiva, Rosa Alcázar (2012) señala que esta actitud favorece que el menor afronte de manera activa las pautas de exposición, rompiendo progresivamente la retroalimentación de la angustia. Bajo esta mirada, este enfoque multidisciplinario, que integra a la familia de forma activa, es esencial para optimizar los resultados terapéuticos, validando la necesidad de estructurar un ambiente hogareño de apoyo y contención (Jácome Granda et al., 2024; Lebowitz et al., 2011).

Por el contrario, la participación desadaptativa suele expresarse a través de conductas de sobreprotección y acomodación que contribuyen al mantenimiento o agravamiento de la sintomatología, lo que impide que el menor desarrolle sus propios mecanismos de afrontamiento y potencia la generalización del problema (Rosa Alcázar, 2012). De este modo, se observa cómo los cuidadores alteran de forma sistemática el ritmo cotidiano del hogar para prevenir el sufrimiento del menor, tal como reportan Caja (2016) y Montalvo Ocampo et al. (2024). Como se detalló en el apartado de resultados, esta acomodación es evaluada clínicamente mediante la Escala de Acomodación Familiar (Family Accommodation Scale, FAS) (Mayoral Aragón et al., 2024). Bajo una dinámica familiar antagónica, al no permitir que el paciente los involucre en sus rituales desde el enfado, aumentan los niveles de tensión, provocando que el menor tienda a ocultar sus compulsiones y que los síntomas empeoren (Rosa Alcázar, 2012).

En relación con estas dinámicas desadaptativas, es vital identificar patrones de comportamientos disruptivos específicos para jóvenes con TOC, los cuales están dirigidos a imponer la acomodación a los miembros de la familia mediante la coacción (Lebowitz et al., 2011). Esto implica que, ante el intento de los padres de poner límites o negarse a participar de un ritual impuesto por el menor, este puede reaccionar con estallidos de ira, berrinches o conductas agresivas externas para así “forzar” a la familia a que cumpla con sus demandas; según los autores, estas conductas coercitivas han demostrado ser un medio sumamente efectivo para obligar a los cuidadores a ceder ante la acomodación, lo cual se asocia con una mayor gravedad de los síntomas del TOC. Se plantea entonces una relación bidireccional compleja: mientras que las conductas disruptivas pueden ser el camino para forzar la

acomodación, es igualmente posible que la propia acomodación previa fomente estos estallidos, ya que el paciente se vuelve cada vez más dependiente de controlar el comportamiento de los demás para evitar sentir ansiedad. Por otra parte, en sintonía con las correlaciones sistematizadas en el apartado de resultados, la presencia de problemas de externalización y comportamientos desafiantes se correlaciona de forma fuerte y consistente con niveles más elevados de acomodación familiar, lo que se convierte en un factor crítico de mantenimiento que debe ser abordado en el tratamiento (Lebowitz et al., 2011).

La identificación de estas dos modalidades de participación constituye una respuesta directa al objetivo específico 2 de este trabajo, que busca precisamente identificar las formas en que la familia puede involucrarse en el curso del trastorno obsesivo-compulsivo infantil.

Análisis de la acomodación familiar y su mecanismo de mantenimiento.

La prevalencia de este fenómeno es extremadamente alta; como se detalló en el apartado de resultados, los familiares reportan al menos alguna forma de acomodación, siendo las conductas más frecuentes el ofrecimiento de consuelo diario y la espera para que el paciente realice sus rituales (Lebowitz et al., 2011). Este elevado índice reportado en la clínica coincide con los hallazgos del estado del arte, donde Alvarenga et al. (2017) y Montalvo Ocampo et al. (2024) comparten la visión de que la acomodación familiar favorece el mantenimiento de los síntomas y se vincula de manera sostenida con resultados terapéuticos menos favorables y un pronóstico negativo. Siendo así, destacan que este fenómeno se encuentra presente en un elevado porcentaje de las familias (Montalvo Ocampo et al., 2024). En relación con este mecanismo, este mantenimiento opera a través de un proceso circular: el estrés del menor genera acomodación en los padres, lo que a su vez impide que el niño o niña aprenda a tolerar la ansiedad, perpetuando el trastorno (Montalvo Ocampo et al., 2024). En esta misma línea, Caja (2016) observa en su práctica clínica que las actitudes de sobreprotección de los padres permiten que el niño o niña evite situaciones temidas, reforzando negativamente las conductas obsesivas. Como complemento a estos mecanismos de mantenimiento, se señala que este círculo vicioso se ve agravado por la intolerancia a la incertidumbre, un rasgo que hace que el menor perciba las situaciones ambiguas como peligrosas, generando así una hipervigilancia que la familia suele intentar calmar mediante la acomodación (Borda et al., 2019). En línea con esta perspectiva, Wu et al. (2016) señalan que a mayores niveles de acomodación familiar se asocia una mayor severidad de los síntomas y

peores resultados terapéuticos. Esta alta frecuencia de ayuda familiar coincide con lo que el estado del arte describe como una respuesta al perfil del niño y la niña: debido a que su cerebro tiene dificultades biológicas para controlar los impulsos (Jácome Granda et al., 2024), el menor queda atrapado en rituales que la familia intenta mitigar mediante la acomodación. Así, la ciencia confirma que el niño o niña no actúa de forma voluntaria, sino bajo la presión de un circuito neuropsicológico disfuncional que dificulta su flexibilidad mental y favorece el mantenimiento del trastorno (Alvarenga et al., 2017; Iribarne et al., 2017).

Al respecto, Falcón et al. (2012) plantean un modelo donde la acomodación actúa como una variable mediadora entre la severidad de los síntomas y el grado de discapacidad. Un hallazgo relevante es que dicha acomodación se relaciona con la discapacidad informada por los padres, pero no siempre con la del menor, quien puede no percibir su propia limitación al sentirse aliviado porque su familia “coopera” con el ritual (Falcón et al., 2012). Como se detalló previamente al sistematizar las herramientas de evaluación en el apartado de resultados, este fenómeno es medido de manera sistemática a través de instrumentos clínicos específicos que permiten mapear la frecuencia de estas conductas de adaptación familiar (Lebowitz et al., 2011).

Es importante destacar que la acomodación no se presenta de igual forma en todos los casos; se ha demostrado una asociación significativa entre la dimensión de síntomas de limpieza y contaminación y un aumento en los niveles de acomodación (Lebowitz et al., 2011).

Ejemplos comunes de esta dinámica incluyen que los padres compren jabones especiales, realicen lavados excesivos. Respecto a la dimensión de simetría u orden, la familia puede participar tocando ambos lados del cuerpo del menor (por ejemplo, besar ambas mejillas) para que el niño o niña se sienta “completo” o negarse a cambiar muebles de lugar para no disparar una crisis de ansiedad. Ante pensamientos prohibidos pueden verse compelidos a escuchar obsesiones o llevar al menor a exámenes médicos innecesarios (Lebowitz et al., 2011).

Desde una perspectiva funcional, la acomodación actúa como un reforzador negativo externo: al involucrarse el familiar en la compulsión requerida por el niño o niña, este último experimenta un alivio inmediato de la ansiedad. Sin embargo, Rosa Alcázar (2012) advierte que este alivio es solo temporal y, a largo plazo, la participación de la familia en los rituales

favorece el arraigo y el mantenimiento de las conductas disruptivas, aumentando la fuerza de la sintomatología. Es decir, cuando los familiares se involucran de manera recurrente en los rituales o adaptan su comportamiento para responder a las demandas del menor, contribuyen inadvertidamente a reforzar las conductas obsesivas (Rosa Alcázar, 2012).

En este sentido, la acomodación familiar funciona de manera similar a las compulsiones del TOC. Aunque los familiares realizan estas conductas con la esperanza de reducir la ansiedad y el malestar (Alvarenga et al., 2017), a largo plazo contribuyen a mantener los síntomas (Caja, 2016). Estas conductas van en contra de los objetivos de la EPR al evitar que el niño o niña aprenda a tolerar la ansiedad (Mayoral Aragón et al., 2024), lo cual se asocia con el fracaso terapéutico (Montalvo Ocampo et al., 2024). Por lo tanto, resulta esencial identificar estas conductas y abordarlas como parte integral del tratamiento para asegurar la remisión de los síntomas.

Este análisis del mecanismo circular de la acomodación familiar da respuesta al objetivo específico 3 del presente trabajo, al evidenciar de qué manera la participación desadaptativa de la familia no solo acompaña al trastorno, sino que actúa como una variable activa en su mantenimiento y agravamiento.

Intervención terapéutica: los padres como Co-terapeutas.

Para revertir estos patrones de mantenimiento, como plantea Rosa Alcázar (2012), la implicación de la familia en el tratamiento se considera un factor esencial para lograr un pronóstico positivo y una evolución favorable en el menor. Bajo el modelo propuesto por Rosa Alcázar (2012), los adultos asumen un rol de co-terapeutas, actuando como agentes activos del cambio dentro del contexto natural del menor. La evidencia indica que, al tener un miembro de la familia en calidad de co-terapeuta en el hogar, los pacientes experimentan una mayor reducción de la ansiedad y una mejora en su funcionamiento social y ocupacional (Lebowitz et al., 2011). En consonancia con los indicadores analizados en el apartado de resultados, esta función de los padres como “coaches” o ayudantes en el hogar encuentra su validación en el estado del arte, donde se observa que la implicación activa de la familia permite alcanzar tasas de reducción de síntomas de aproximadamente el 70% (Mayoral Aragón et al., 2024).

Coincidiendo con esta postura, Mayoral Aragón et al. (2024) abordan la inclusión de los padres como agentes activos en el tratamiento, donde existe la necesidad de incluir a las familias en toda intervención psicológica, ya que el trastorno impacta profundamente en la dinámica del hogar y la familia puede desempeñar un papel en el mantenimiento de los síntomas. Subrayan que los padres son fundamentales para supervisar el cumplimiento de las tareas de Exposición con Prevención de Respuesta (EPR) fuera de la sesión clínica, esperándose que el menor repita las exposiciones junto a uno de sus cuidadores para asegurar la generalización de los aprendizajes. En línea con las discrepancias estadísticas detalladas al presentar los resultados, si bien añadir el entrenamiento parental al protocolo de EPR estándar no siempre incrementa de manera significativa la eficacia global del tratamiento cognitivo-conductual, se reconoce unánimemente su valor clínico específico para dismantelar la acomodación en el hogar. Por lo tanto, los padres deben actuar como parte del equipo terapéutico, siendo entrenados para elogiar los avances del menor, identificar rituales y sustituir las respuestas de "tranquilización" por estrategias que fomenten la autonomía del menor frente al trastorno. El entrenamiento debe enseñar a los padres y hermanos a abordar los síntomas de una forma terapéutica en lugar de ceder ante ellos, lo que no solo beneficia al niño o niña sino que mejora el funcionamiento global de la familia, ya que las terapias que se dirigen específicamente a reducir la acomodación familiar han demostrado ser eficaces para mejorar los resultados globales del tratamiento (Lebowitz et al., 2011). Desde la perspectiva del estado del arte, estas tareas de intersesión supervisadas por los padres no son solo un complemento, sino el mecanismo central de cambio que permite que los logros terapéuticos se mantengan en el ambiente natural del menor (Borda et al., 2019). Asimismo, la evidencia científica actual destaca que en caso de inicio muy precoz, entre los 5 y 7 años, el entrenamiento dirigido exclusivamente a los padres puede ser tan efectivo como la terapia que incluye al menor, lo que posiciona a la intervención parental como la estrategia de elección en la primera infancia (Mayoral Aragón et al., 2024).

De este modo, la transición del rol familiar (de la acomodación a la colaboración activa) articula los objetivos específicos 2 y 3: por un lado, identifica una forma concreta de participación familiar positiva y, por otro, muestra cómo reducir la acomodación es condición necesaria para interrumpir el ciclo de mantenimiento del trastorno.

Psicoeducación.

Finalmente, tal como se conceptualizó en el marco teórico, la psicoeducación no constituye un proceso pasivo, sino una intervención estratégica que se sitúa en la etapa I o fase introductoria del tratamiento (Pérez Rivera, 2024). En el escenario clínico real, esta etapa inicial es crítica si se considera que, en sintonía con la alarmante tasa de subatención y la brecha diagnóstica sistematizadas en el apartado de resultados, los pacientes pediátricos tardan un tiempo excesivo en recibir asistencia especializada debido al desconocimiento de los síntomas o al sentimiento de vergüenza de los niños y niñas (Alvarenga et al., 2017; Estrada Villashagñay et al., 2025). En este sentido, se sostiene que el tratamiento debe iniciarse obligatoriamente con una etapa psicoeducativa donde el menor y sus cuidadores comprendan el funcionamiento de las obsesiones y rituales (Caja, 2016). En consonancia con lo anterior, este proceso informativo debe ser profundo y abarcar no solo las manifestaciones clínicas y las comorbilidades, sino también los riesgos de ciertas reacciones familiares, enseñando a los padres la mejor forma de asistir al paciente sin reforzar involuntariamente el ciclo de las compulsiones (Alvarenga et al., 2017). Por ello, la psicoeducación debe utilizar un lenguaje adaptado a la edad del menor para desmitificar el trastorno y reducir el impacto emocional que genera tanto en el menor como en sus cuidadores (Caja, 2016).

En esta fase, es crucial abordar la carga familiar; aunque los miembros de la familia a menudo se acomodan para disminuir tanto su propia angustia como la del niño o niña, la psicoeducación debe demostrar que, en realidad, esto aumenta la carga y el estrés familiar a largo plazo (Lebowitz et al., 2011).

El fin de esta etapa es proporcionar la información necesaria para reconocer la enfermedad y la apertura para incluir a la familia en el tratamiento. En sintonía con el impacto adverso de prescindir de esta etapa (detallado al presentar los resultados), Borda et al. (2019) señalan que omitir este paso o brindar una “psicoeducación inespecífica” constituye una de las variables principales que explica por qué muchos pacientes resultan “resistentes” al tratamiento. Al respecto, el marco teórico destaca que la psicoeducación permite externalizar el trastorno, ayudando a la familia a separar la identidad del menor de la patología; esto es fundamental dado que el estado del arte advierte que el impacto del TOC se extiende a toda la vida del hogar, lo que provoca un aumento del estrés familiar y un deterioro en la organización de la familia (Farrell et al., 2023; Mayoral Aragón et al., 2024).

Solo a través de una comprensión clara de estos mecanismos, la familia puede transitar de un rol de facilitador a uno de soporte estratégico en el éxito de la intervención (Lebowitz et al.,

2011). De esta manera, el acceso a información actualizada y basada en la evidencia no solo favorece la adherencia, sino que actúa como un componente esencial para la prevención de recaídas y para asegurar que los logros alcanzados en la consulta se generalicen al ambiente natural del menor (Caja, 2016; Jácome Granda et al., 2024).

Al integrar el concepto de acomodación en la psicoeducación, se permite a la familia entender que su “cooperación” con el ritual es, funcionalmente, una parte del problema que debe ser modificada para lograr la remisión de los síntomas (Lebowitz et al., 2011).

En síntesis, la psicoeducación emerge como el elemento que articula los tres objetivos específicos de este trabajo: permite comprender las características clínicas del trastorno (objetivo específico n°1), define una modalidad concreta de participación familiar (objetivo específico n°2) y constituye la herramienta fundamental para reducir la acomodación y favorecer el éxito terapéutico (objetivo específico n°3).

Limitación y futuras líneas de investigación.

En cuanto a las limitaciones del presente trabajo, cabe señalar que, al tratarse de una revisión teórica de alcance descriptivo, los hallazgos se encuentran circunscriptos a la evidencia disponible en las fuentes consultadas, sin contar con un componente empírico que permita contrastar estos conceptos en la población clínica local de manera directa. Asimismo, el criterio de inclusión priorizó bibliografía en idioma español, lo que podría limitar el acceso a desarrollos experimentales recientes publicados en otras regiones. Por último, cabe señalar que el presente análisis se centró exclusivamente en el enfoque cognitivo-conductual, lo que constituye una limitación al dejar fuera otros marcos teóricos y perspectivas clínicas que podrían aportar visiones complementarias sobre la dinámica y el tratamiento familiar en el TOC infantil.

A partir del análisis realizado en el presente trabajo, se identifican áreas de vacancia que requieren un abordaje profundo para optimizar el pronóstico de los pacientes pediátricos: En primer lugar, dado que la familia tiende, en numerosas ocasiones, a normalizar o acomodarse a los síntomas del trastorno obsesivo infantil (Alvarenga et al., 2017; Caja, 2016), y considerando que este fenómeno contribuye a la alarmante brecha diagnóstica de casi 7 años que separa la aparición de los primeros síntomas de la búsqueda de ayuda especializada (Alvarenga et al., 2017; Estrada Villashagñay et al., 2025), se considera fundamental investigar el desarrollo de protocolos de detección temprana en entornos escolares, así como indagar el rol del ámbito escolar como un potencial segundo observador clave en la detección temprana del trastorno. Como ya hemos visto a lo largo del trabajo, el trastorno afecta significativamente el rendimiento y la calidad de vida en el ámbito escolar, el TOC provoca dificultades específicas en el ámbito escolar, tales como problemas de asistencia, por lo cual la coordinación con los docentes resulta relevante para evitar que estos refuercen involuntariamente rasgos como el perfeccionismo o la inflexibilidad de los menores (Coluccia et al., 2017; Farrell et al., 2023). En Argentina, no se identificaron protocolos sistematizados ni programas de capacitación específicos de alcance nacional orientados a guiar a los docentes en el reconocimiento de señales de alarma del trastorno obsesivo-compulsivo en población pediátrica. Si bien existen iniciativas como el Programa Nacional de Salud Escolar (PROSANE), estas promueven la detección temprana de problemáticas de salud desde una perspectiva general, sin contemplar lineamientos

específicos para la identificación del TOC infantil (Ministerio de Salud de la Nación, 2008, s. f.)

En este sentido, futuras investigaciones podrían orientarse al diseño y validación de instrumentos de cribado breves para el ámbito escolar, así como al desarrollo de programas de capacitación docente que permitan diferenciar los rituales evolutivos normativos de los síntomas obsesivo-compulsivos, contribuyendo así a acortar los tiempos de derivación hacia una evaluación especializada. Una línea de investigación valiosa sería evaluar cómo la psicoeducación en las escuelas puede evitar que el perfeccionismo o la inflexibilidad del menor sean reforzados de manera inadvertida por los docentes mediante “reaseguros” o acomodaciones, asegurando que el entorno educativo actúe en sintonía con los objetivos terapéuticos (Caja, 2016; Jácome Granda et al., 2024).

En segundo lugar, considerando que la “máscara de la comorbilidad” es la norma en la clínica infantil, especialmente con el trastorno del espectro autista (TEA) y el TDAH (Estrada Villashagñay et al., 2025; Hervás, 2025), resulta necesario profundizar en las adaptaciones de la terapia cognitivo-conductual para la neurodiversidad. El TOC pediátrico, como se ha expuesto, se caracteriza por un perfil disejecutivo con fallas en la flexibilidad cognitiva y el control inhibitorio (Iribarne et al., 2017; Pardo et al., 2022). Cabe destacar que la técnica de E/PR estándar presupone cierto grado de flexibilidad cognitiva e insight por parte del paciente (Iribarne et al., 2017), capacidades que pueden encontrarse comprometidas en el TEA y el TDAH por mecanismos distintos a los que subyacen al TOC. Asimismo, la distinción entre comportamientos restringidos propios del TEA y compulsiones egodistónicas del TOC (Mayoral Aragón et al., 2024) puede volverse considerablemente más compleja cuando ambos cuadros coexisten en un mismo paciente. Por ello, se sugiere investigar cómo adaptar las jerarquías de exposición cuando las compulsiones se solapan con los intereses restringidos del autismo o la impulsividad del TDAH. Resulta fundamental validar protocolos que utilicen un lenguaje simplificado, herramientas visuales o ritmos de exposición adaptados a la rigidez cognitiva propia del TEA, que ayuden al menor a externalizar el trastorno y permitan que los padres actúen como co-terapeutas eficaces incluso ante perfiles neuropsicológicos complejos.

En el marco de la sociedad actual, caracterizada por una creciente digitalización y la necesidad de optimizar los tiempos, el empleo de psicoterapia online se ha consolidado como una herramienta habitual en la práctica clínica convencional. Este fenómeno, impulsado por

el avance de las tecnologías digitales, ha permitido adaptar los tratamientos a las demandas de accesibilidad contemporáneas, facilitando que las intervenciones trasciendan las barreras físicas.

Por consiguiente, una línea de investigación de creciente relevancia se vincula con la implementación y eficacia de la terapia cognitivo-conductual aplicada mediante modalidades online. Tal como señalan Babiano-Espinosa et al. (2019), la TCC administrada a través de plataformas digitales ha mostrado resultados prometedores y niveles de eficacia equiparables a la modalidad presencial en la reducción de la sintomatología obsesivo-compulsiva. Esta modalidad se constituye como una alternativa estratégica que amplía el acceso al tratamiento, especialmente en contextos donde la disponibilidad de especialistas es limitada o existen barreras geográficas que dificultan el seguimiento. Sin embargo, a pesar de su potencial, la evidencia disponible aún resulta escasa en relación con el impacto específico de la modalidad remota sobre la reducción de la acomodación familiar. Dado que la implicación de los padres como co-terapeutas es un componente crítico para el éxito del tratamiento, sería pertinente que futuras investigaciones evalúen si el formato online favorece o dificulta el entrenamiento parental. En particular, resulta de gran interés indagar si la supervisión de las tareas de exposición a través de la pantalla facilita la intervención en el entorno natural del menor, donde la tarea de intersesión actúa como el mecanismo central de cambio y generalización de los logros terapéuticos. Asimismo, se propone investigar si esta modalidad permite sostener a largo plazo la transición del rol familiar hacia una colaboración activa que prevenga recaídas.

En conclusión, las líneas de investigación propuestas no pretenden ser esfuerzos aislados, sino componentes de un abordaje integral que reconozca el TOC pediátrico como un desafío tanto clínico como social. Resulta fundamental que la investigación futura en Argentina aproveche marcos normativos existentes, como la Resolución 439/2008 (Ministerio de Salud de la Nación, 2008), la cual ya promueve el fortalecimiento de políticas de cuidado entre los ámbitos de Salud y Educación. Aunque programas como el PROSANE tienen objetivos generales de promoción de salud, existe un área de vacancia crítica para generar evidencia específica que permita acortar la brecha de casi 7 años en el diagnóstico del TOC.

En última instancia, avanzar sobre el estudio de la acomodación familiar en entornos digitales y en cuadros de comorbilidad neuropsicológica permitirá no solo optimizar los resultados de la TCC, sino también garantizar el derecho del niño a un desarrollo integral. En definitiva, el

valor de estas investigaciones futuras estará en nuestra capacidad para ayudar a las familias a que dejen de ser un apoyo involuntario del síntoma y se conviertan en los mejores aliados del tratamiento. Al lograr que los cuidadores pasen de facilitar los rituales a tener una colaboración activa, permitiremos que las herramientas de la terapia no se queden solo en el consultorio, sino que se apliquen en el día a día de la casa y la escuela, que es el lugar real donde el menor vive y se desarrolla.

Conclusión:

Tras la realización de la presente revisión teórica y circunscribiéndonos al alcance de la bibliografía analizada, se concluye que la dinámica familiar no es un aspecto secundario, sino un eje determinante en el curso y pronóstico del trastorno obsesivo-compulsivo (TOC) infantil. Los hallazgos permiten dar respuesta a los objetivos planteados, evidenciando que el éxito terapéutico parece vincularse de manera estrecha a una transformación profunda en la interacción entre el menor y sus cuidadores.

En relación con las características clínicas (objetivo 1), los estudios examinados sugieren que el TOC pediátrico posee una singularidad que lo distancia del cuadro adulto, marcada por un perfil disejecutivo y una frecuente ausencia de introspección. Esta falta de insight, sumada al secretismo, constituiría uno de los factores asociados con la brecha diagnóstica de casi siete años que reporta la literatura. Por lo tanto, la práctica profesional del psicólogo se beneficiaría de priorizar una evaluación que logre distinguir con precisión los rituales evolutivos del malestar patológico, evitando que el trastorno se cronifique por falta de detección temprana.

Respecto a la participación familiar (objetivo 2), se concluye que el sistema familiar suele quedar atrapado en una participación desadaptativa, donde la acomodación (objetivo 3) se reporta con tasas sumamente elevadas en el corpus revisado, alcanzando hasta el 96% de los casos en muestras de estudio específicas. Este mecanismo, aunque nace del deseo de aliviar el malestar del menor, actúa como un reforzador negativo que impide la habituación a la ansiedad y perpetúa el círculo vicioso del trastorno.

Finalmente, con base en el corpus documental evaluado se sostiene que la terapia cognitivo-conductual con la inclusión de los padres como co-terapeutas se presenta como una de las estrategias de abordaje con mayor respaldo por parte de la evidencia científica analizada. En este punto, la psicoeducación no es solo una etapa informativa, sino la intervención estratégica que permite externalizar el trastorno y empoderar a la familia para sustituir la acomodación por una colaboración activa. Fortalecer el rol de los padres como "coaches" se propone como una estrategia de gran relevancia para favorecer que las herramientas terapéuticas trasciendan el consultorio y se apliquen en el entorno natural del menor, acompañando su derecho a un desarrollo saludable e integral.

Referencias bibliográficas.

- Alvarenga, P. G., Mastrorosa, R. S., & Rosário, M. C. (2017). Trastorno Obsesivo-Compulsivo en el niño y el Adolescente (L. Revert, M. Irrázaval & A. Martin, Eds.; R. Villegas, P. Placencia, J. A. Alda & P. Cox, Trans.). En J. M. Rey (Ed.), *Manual de Salud Mental Infantil y Adolescente de la IACAPAP* (Capítulo F.3). Asociación Internacional de Psiquiatría del niño y el Adolescente y Profesiones Afines.
- Asociación Americana de Psiquiatría. (2014). *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (DSM-5)* (5.ª ed.). Editorial Médica Panamericana.
- Asociación Americana de Psiquiatría. (2020). *Publication Manual of the American Psychological Association* (7th ed.). American Psychological Association.
- Babiano-Espinosa, L., Wolters, L., Weidle, B., Op de Beek, V., Pedersen, S., Compton, S., y Skokauskas, N. (2019). Acceptability, feasibility, and efficacy of Internet cognitive behavioral therapy (iCBT) for pediatric obsessive-compulsive disorder: a systematic review. *Systematic reviews*, 8(1), 284. <https://doi.org/10.1186/s13643-019-1166-6>.
- Borda, T., Rodríguez Novo, M. R., Iribarne, J., & Pérez Rivera, R. (2019). Tarea intersesión como herramienta terapéutica potenciadora a exposición y prevención de la respuesta en pacientes con trastorno obsesivo-compulsivo. *Anuario Anxia*, (25), 3-7.
- Caja, R. (2016). Evaluación e intervención en un caso de trastorno obsesivo compulsivo. *Clínica y Salud*, 27(1), 23-28. <https://doi.org/10.1016/j.clysa.2016.01.003>.
- Castaño Recio, G. (2025). *Historia del TOC. Personajes famosos con Trastorno Obsesivo compulsivo*. Nuestro Psicólogo en Madrid.
- Coluccia, A., Ferretti, F., Fagiolini, A., & Pozza, A. (2017). Quality of life in children and adolescents with obsessive-compulsive disorder: a systematic review and

meta-analysis. *Neuropsychiatric Disease and Treatment*, 13, 597–608.
<https://doi.org/10.2147/NDT.S122306>.

Estrada Villashagñay, A. V., Rojas Carvajal, N. M., Villacis García, J. S., Casco Manzano, C. M., & Murillo Idrovo, C. R. (2025). Diagnóstico y tratamiento de trastorno obsesivo compulsivo en niños menores de 12 años. *Revista Científica Internacional Arandu UTIC*, 12(2), 4480-4496. <https://doi.org/10.69639/arandu.v12i2.1243>.

Falcón, F., Lazar, C., y Saldaña, C. (2012). El papel de los padres en el tratamiento cognitivo-conductual del trastorno obsesivo-compulsivo en la infancia: a propósito de un caso. *Cuadernos de Medicina Psicosomática y Psiquiatría de Enlace*, (102), 58-72.

Farrell, L. J., Waters, A. M., Storch, E. A., Simcock, G., Perkes, I. E., Grisham, J. R., y Ollendick, T. H. (2023). Closing the Gap for Children with OCD: A Staged-Care Model of Cognitive Behavioural Therapy with Exposure and Response Prevention. *Clinical Child and Family Psychology Review*, 26(3), 642-664.
<https://doi.org/10.1007/s10567-023-00439-2>.

Hervás, A. (2025). Trastornos del espectro autista (TEA) y trastorno obsesivo compulsivo (TOC): Nuevo enfoque desde el DSM-5-TR y su abordaje. *MEDICINA (Buenos Aires)*, 85(Supl. I), 36-41.

Iribarne, J., Borda, T., & Pérez Rivera, R. (2017). Trastorno obsesivo compulsivo: Perfil Neuropsicológico y Rehabilitación Cognitiva como herramienta terapéutica. *Anuario Anxia*, (23), 10-15.

Jácome Granda, C. S., Sinchiguano Ñacata, J. E., Pazmiño Lascano, D. F., Millán Rodríguez, V. C., Suárez Bracho, G. E., Vilema Miranda, E. S., Pérez Silva, K. D., & Duicela Simbaña, S. A. (2024). Diagnóstico y manejo del trastorno obsesivo-compulsivo en niños y adolescentes. *Ibero-American Journal of Health Science Research*.

- Kodysz, S. (s. f.). *Trastorno Obsesivo-Compulsivo (T.O.C.). Breve Revisión Bibliográfica*. Facultad de Psicología, Universidad de Buenos Aires.
- Lebowitz, E. R., Panza, K. E., Su, J., & Bloch, M. H. (2011). Acomodación familiar en el trastorno obsesivo-compulsivo. *R.E.T.*
- López Hernández, P. (2022). *Evaluación de Variables Neuropsicológicas en niños y Adolescentes con Trastorno Obsesivo-Compulsivo: un Estudio Meta-Analítico* [Tesis Doctoral, Universidad de Murcia].
- Matilla, K. (2017). La Otra de Rafael Huertas [Reseña del libro Otra historia para otra psiquiatría]. *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*, 37(132), 551-561.
- Mayoral Aragón, M., Lázaro García, L., y García Delgar, B. (Coords.). (2024). *Guía de Práctica Clínica de Tratamiento del Trastorno Obsesivo-Compulsivo en niños y Adolescentes*. Asociación Española de Psiquiatría de la Infancia y la Adolescencia (AEPNYA) / CIBERSAM.
- Ministerio de Salud de la Nación. (s. f.). *Programa Nacional de Salud Escolar*. Argentina.gob.ar. <https://www.argentina.gob.ar/salud/dinamia/saludescolar>.
- Ministerio de Salud de la Nación. (2008, 16 de mayo). *Resolución 439/2008. Programa Nacional de Sanidad Escolar - Creación*. Boletín Oficial de la República Argentina. <https://www.argentina.gob.ar/normativa/nacional/resoluci%C3%B3n-439-2008-14079>
- 3
- Montalvo Ocampo, L., Barcelata Eguiarte, B. E., & Robles García, R. (2024). Acomodación familiar: una revisión sistemática. *International Journal of Psychology & Psychological Therapy*, 24(1), 7-23.
- Organización Mundial de la Salud. (2019). *Clasificación Internacional de Enfermedades, undécima revisión (CIE-11)*. <https://icd.who.int/browse11>.

- Pardo, M., Sandín, B., Valiente, R. M., & Chorot, P. (2022). Factores de riesgo y de protección asociados al trastorno obsesivo-compulsivo en niños y adolescentes: Una revisión sistemática. *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica*, 27(3), 217-232. <https://doi.org/10.5944/rppc.31598>.
- Pérez Rivera, R. (2024). *Diplomado Internacional de TOC Abril a Diciembre 2024* [Folleto informativo]. TOC Argentina.
- Rosa Alcázar, A. I. (2012). *El trastorno obsesivo-compulsivo en la infancia: Una guía de desarrollo en la familia*. Ediciones Pirámide.
- Sanz Velloso, P., & Fernández-Cuevas Vicario, A. (2015). Trastorno obsesivo compulsivo. *Medicine: Programa de Formación Médica Continuada Acreditado*, 11(84), 5008-5014.
- Wu, M. S., McGuire, J. F., Martino, C., Phares, V., Selles, R. R., & Storch, E. A. (2016). A meta-analysis of family accommodation and OCD symptom severity. *Clinical Psychology Review*, 45, 34–44. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2016.03.003>.