

TOC EN NIÑOS Y ADOLESCENTES (OCD IN CHILDREN AND ADOLESCENTS)

Rafael Vásquez* Juan JD Ortiz Guerra** Jorge
Rodríguez-Losada Allende*** Luis Eduardo Jaramillo González***

Utilizando la entrevista clínica y varias escalas de evaluación se realizó la caracterización de un grupo de 28 niños con TOC en la ciudad de Bogotá. Estos hallazgos fueron contrastados con lo reportado en la literatura mundial.

Palabras clave: TOC, niños, adolescentes.

Using a clinical interview and several check lists, several features of 28 OCD children, in Bogotá, are described. Findings are compared with data from other investigators. Children's chief complaints and symptoms are different from those reported in world literature

Key words: OCD, children, adolescents.

INTRODUCCIÓN

En el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM-IV) el TOC se define como un trastorno de ansiedad, que se caracteriza por la presencia de obsesiones y/o compulsiones de carácter recurrente, lo suficientemente graves como para provocar pérdidas de tiempo significativas o un acusado deterioro de la actividad general o un malestar clínicamente significativo ⁽¹⁾. En algún momento del curso del trastorno el individuo reconoce que estas obsesiones o compulsiones son exageradas o irracionales.

A partir de entonces, la persona puede sentir dispuesta a resistirlas e incluso puede llegar a intentarlo. Al hacerlo, lo invade una sensación progresiva de ansiedad o tensión que se suele aliviar rindiéndose a los actos compulsivos. En el curso del trastorno y después de repetidos fracasos al intentar resistir las obsesiones o compulsiones, el individuo puede claudicar ante ellas, no volver a desear combatirlas nunca más e incorporar estas compulsiones a sus actividades diarias ⁽²⁾.

- * Psiquiatra de niños y adolescentes. Profesor Departamento de Psiquiatría Universidad Nacional de Colombia. Departamento de Pediatría Fundación Santafé de Bogotá. rvasquez@openway.com.co
- ** Psiquiatra Universidad Nacional de Colombia. Bucaramanga
- *** Profesor Departamento de Psiquiatría Universidad Nacional de Colombia
- **** Profesor Departamento de Psiquiatría y Director de las especialidades médico quirúrgicas de la Facultad de Medicina. Universidad Nacional de Colombia.

Vásquez R, Ortiz J, et al

El TOC en niños es un diagnóstico laborioso porque la mayoría de sus síntomas son secretos para el ambiente inmediato que los rodea y en buena parte de los casos el paciente no percibe que se trata de eso: de síntomas⁽³⁾. En general en psiquiatría de niños, las observaciones de los padres y maestros son muy importantes, pero en el TOC esta afirmación se diluye⁽⁴⁾, puesto que un niño puede padecer las obsesiones en secreto durante meses antes que sus familiares se percaten de ello y en la escuela pueden no darse cuenta de los mismos⁽⁵⁾.

El diagnóstico es clínico y existen al-

tección de los síntomas, la más utilizada es el Inventario Obsesivo de Leyton (LOI, siglas del inglés)⁽³⁾, la versión infantil en español.

En general, los niños presentan en su sintomatología tanto obsesiones como compulsiones. Sin embargo, el motivo de consulta más frecuente son los rituales. Hay varios estudios extranjeros que describen la clínica infantil del TOC. En la muestra de 70 casos consecutivos del National Institute of Mental Health (NIMH)⁽⁴⁾, la edad media de inicio del TOC fue de 10.1 ±3.52 años, de curso crónico o episódico, la remisión espontánea, aún después de años de enfermedad, ocurre hasta en una tercera parte de los pacientes.

De acuerdo con estos estudios, los niños obsesivos "puros", son escasos, representan cerca de un 4%. No ocurre lo mismo con los ritualizados "puros", que son bastante frecuentes⁽⁵⁾. El contenido de esta conducta obsesivo-compulsiva varía durante la enfermedad en cerca del 95% de los pacientes, lo que quiere decir que por ejemplo, un niño con TOC puede tener obsesiones de contami-

nación con rituales de lavado y posteriormente ser reemplazados por conductas de chequeo. El motivo de consulta no sigue un patrón único y tampoco permite una orientación diagnóstica⁽³⁾.

En Colombia hemos publicado casos y revisiones teóricas del TOC, pero no una serie de pacientes que permita analizar las similitudes y diferencias en nuestra cultura. El objetivo del presente estudio es describir algunas variables como: edad de comienzo del trastorno, distribución por sexo, distribución por estratos socioeconómicos, motivo de consulta de los niños y motivo de consulta por los padres, antecedentes prenatales y del desarrollo de los pacientes, el funcionamiento y comportamiento habitual de estos niños, número de consultas médicas desde el inicio de la enfermedad, antecedentes psiquiátricos personales y familiares, comorbilidad médica, grado de sufrimiento o interferencia que el trastorno provoca, tipos de obsesiones y compulsiones más frecuentes, comorbilidad psiquiátrica y evaluación global del funcionamiento.

MATERIALES Y MÉTODOS

La muestra de pacientes se recolectó desde enero de 1994 hasta noviembre de 1997, en dos sitios: las consultas de psiquiatría infantil del Hospital Universitario Pediátrico de la Misericordia y del Departamento de Pediatría de la Fundación Santafé de Bogotá. Todos los pacientes a quienes se les hizo el diagnóstico de TOC, por evaluación clínica del psiquiatra infantil, fueron elegidos para el estudio. De los 58 pacientes con diagnóstico de TOC accedieron a participar en el estudio, 28 pacientes (48%). Una vez confirmado el diagnóstico de TOC, por medio de la entrevista estructura-

da ADIS-IV-CHILD ^{<6>}, el paciente entró a formar parte de la muestra.

El ADIS-IV-CHILD es un instrumento diseñado por Silverman y Albano ^{<6>}, del cual hicimos una traducción, que no ha sido validada entre nosotros. Esta entrevista tiene una sección introductoria que investiga en forma general la presencia de obsesiones y de compulsiones. La segunda parte evalúa los diferentes tipos de obsesiones de acuerdo a la persistencia (duración de las obsesiones), del malestar (con una escala analógica visual de 0 a 4, llamada el termómetro de sentimientos) y de la resistencia (si se intenta parar las obsesiones); seguidamente se evalúan las compulsiones en la misma forma como se hizo para las obsesiones. En la tercera parte se evalúa la interferencia, que es el deterioro o desarreglo, general y en las diferentes áreas (escolar, familiar, social), que el TOC ocasiona al paciente, utilizando una escala analógica visual para las áreas generales y una valoración cualitativa (sí/no) para las específicas. Por último, hay una sección que trata de precisar el tiempo libre de obsesiones, edad de inicio de las mismas, y grado de introspección con respecto a estas ideas. A continuación se evaluó lo mismo para las compulsiones.

A los 28 pacientes se les completó una historia clínica basada en las recomendaciones de estudio para los Trastornos de Ansiedad, propuesta por la Academia Americana de Psiquiatría Infantil y de Adolescentes ⁽⁷⁾. Para este proyecto se elaboró un formato especial que incluye: datos de identificación, motivo de consulta, enfermedad actual, repercusiones de la enfermedad, factores desencadenantes, antecedentes persona/es del desarrollo, médicos patológicos, escolares sociales y psiquiátricos, historia

TOC en niños y adolescentes

familiar social médica y psiquiátrica, entrevista con el paciente, información del colegio.

Los instrumentos de evaluación utilizados fueron: Jellinek ^{<16>}, Zung de Ansiedad y Zung de Depresión ⁽¹⁴⁾, Leyton (9.10.11.12[^] Achenbach(S), la escala obsesivo compulsiva de Yale-Brown: Y-BOCS (15), se aplicaron de acuerdo a la edad de cada uno de los pacientes y se realizó el diagnóstico multiaxial propuesto en el DSM-IV, con particular atención en el GAF^{<11>}.

El Inventario Obsesivo de Leyton que se utilizó en el presente estudio, fue la versión publicada por nosotros ⁽³⁾. Es una encuesta de autoinforme que consta de 44 preguntas agrupadas por tipos sintomáticos. Además de las instrucciones originales para su aplicación, pedimos que se jerarquicen por orden de interferencia los cinco primeros síntomas.

El listado de Síntomas de Achenbach ⁽⁸⁾, consta de 113 observaciones. Está diseñado para recoger en un formato estandarizado los problemas de los niños y adolescentes entre 4 y 18 años reportados por sus padres. Consta de 113 ítems de problemas y de 2 ítems de pregunta abierta que tienen tres opciones de respuesta según la frecuencia en que se observe la conducta del niño. La evaluación con esta lista agrupa los síntomas en ocho síndromes que son: aislamiento, componente somático, ansiedad y depresión, problemas sociales, problemas del pensamiento, problemas de atención, conducta delincinencial, conducta agresiva, y en un apartado de problemas sexuales y otros problemas que son síntomas aislados. No ha sido validada en nuestro medio.

El Y-BOCS ^{<15>} es una encuesta de autoinforme diseñada para calificar la

severidad y el tipo de síntomas de los pacientes con TOC. El puntaje máximo es 40 y tiene cuatro grados de severidad: leve, moderado, severo y extremo.

RESULTADOS

De los 58 pacientes con diagnóstico clínico inicial de TOC, aceptaron ser incluidos en el estudio 28 (48%), la distribución por sexos fue de 18 hombres y 10 mujeres. En 25 (89.3%) de ellos, el diagnóstico se confirmó por entrevista, los otros tres no tenían TOC. El promedio de edad fue de 12.96 años. La distribución por estratos socioeconómicos fue: estrato dos 8 pacientes, estrato tres 4 pacientes, cuatro 4 pacientes, del estrato cinco hubo 3 pacientes y del estrato seis fueron 6 pacientes.

Según los padres, el motivo de consulta más frecuente fue síntomas va-

rios en 13 (52%) de los casos; seguido de ansiedad en 4 (16%) y solo en 3 (12%) fueron obsesiones y compulsiones. (Ver tabla 1)

El motivo de consulta para los pacientes fue de comportamientos obsesivos y/o compulsivos en dos (8%) pacientes. Igual que para los padres, el motivo más frecuente por síntomas varios con 17 (68%) casos como se muestra en la tabla 2.

Los padres de los pacientes no identificaron factores desencadenantes en el 40% de los casos. Ningún padre reportó politraumatismo, abuso sexual o enfermedad general como desencadenante. El 20% considera la disfunción familiar como factor desencadenante. De los pacientes, 22 (88%) no presentan conductas evitativas. Los padres de 22 pacientes (88%) no encuentran relación entre los síntomas obsesivo-compulsivos y algún estímulo.

Tabla 1

MOTIVO DE CONSULTA SEGÚN LOS PADRES

MOTIVO	Pacientes	%
Síntomas varios	13	5
Angustia exclusivamente	2	2
Depresión y síntomas varios	2	8
Depresión, aislamiento y síntomas varios.	2	8
Obsesiones y/o compulsiones exclusivamente	2	8
Obsesiones y/o compulsiones y depresión	1	8
Obsesiones y/o compulsiones y síntomas varios	1	4
Bajo rendimiento escolar y síntomas varios	1	4
Aislamiento y síntomas varios.	1	4
	1	4
	1	4

Tabla 2

MOTIVO DE CONSULTA SEGÚN LOS PACIENTES

MOTIVO	Pacientes	%
Síntomas varios	17	68
Depresión, tristeza	2	
Angustia y síntomas varios	2	
	1	
Obsesiones y/o compulsiones y síntomas vanos	1	
Angustia, inquietud, temores	1	
Bajo rendimiento escolar y síntomas varios	1	

El 60% de los pacientes eran primogénitos, el 24% ocupaba un lugar intermedio y en el 16% de los casos eran hijos menores. Ocho pacientes fueron producto de gestaciones a término y 18 (72%) fueron prematuros. La mayoría de gestaciones 92% (N = 23) sucedieron sin complicaciones, solo hubo un caso con hipertensión inducida por el embarazo y uno con amenaza de parto prematuro. Nacieron por vía vaginal 72% y 28% por cesárea. La mayoría de pacientes (72%) no presentaron complicaciones en el nacimiento. La complicación más frecuente (12%) fue el bajo peso al nacer. El 88% tiene antecedentes de desarrollo psicomotor adecuado. En la tabla 3 se describen las áreas con alteraciones del desarrollo de acuerdo con la escala de Denver modificada por el CLAT⁽¹³⁾.

La mayoría de padres (83%) está en el rango de 34-48 años de edad. El 84%

de las madres está en el rango de 29-43 años de edad. El 52% de los padres y el 48% de las madres tiene escolaridad universitaria y una quinta parte tiene primaria .

Entre los antecedentes psiquiátricos familiares el más frecuente fue trastorno afectivo (40%), seguido por trastornos de ansiedad. Hubo tics en 8% de los familiares de los pacientes. (Ver Tabla 4)

Las características temperamentales que mejor describen al paciente, de acuerdo con la impresión de los padres, fueron: activo (56%), temeroso (52%), rígido (48%), dependiente (48%), independiente (44%), flexible (36%), y por últimos inhibido y pasivo (30%). Se podía describir más de una característica en cada paciente. El vínculo con la madre es adecuado en 96% de los casos y con el padre en 80% de los casos. La mayoría de niños con TOC

Tabla 3

ANTECEDENTE DEL DESARROLLO EN LOS PACIENTES SEGÚN INFORME DE LOS PADRES

ASPECTO	ADECUADO	INADECUADO
MOTOR FINO MOTOR	88% (22)	12% (3)
GRUESO LENGUAJE	84% (21)	16% (4)
PERSONAL SOCIAL	88% (22)	12% (3)
	88% (22)	12% (3)

Tabla 4

ANTECEDENTES PSIQUIÁTRICOS FAMILIARES

Trastorno afectivo	40%
Ninguno	40%
Trastornos de ansiedad (otros)	16%
Abuso de sustancias	8%
Tics	8%
Conductas suicidas	8%
Trastornos de personalidad	8%
Trastorno deficitario de atención/hiperactividad	4%
Hipocondriasis	4%
Trastorno psicótico	4%

pueden calmarse a sí mismos (76%) o ser calmados por otros (72%). Los padres consideraron que la capacidad de adaptación ante situaciones nuevas de los niños con TOC era fácil en el 56% (14 pacientes), los demás pacientes se retraían ante los extraños. La respuesta de los niños ante la separación de sus padres y ante los extraños, fue considerada adecuada por los padres en el 56% de los casos

La mayoría de niños con TOC (68%) presentó temores, que en orden descendente de frecuencia, fueron: temor a la oscuridad (28%), otros (24%), a los animales (20%), a hablar en público (12%) y temor a ciertos lugares (8%).

El rendimiento académico fue bueno en 80% y la actividad deportiva satisfactoria en 72% de los casos. Solo el 4% tenía un pobre rendimiento aca-

démico. Igualmente la mayoría de pacientes (76%) tenía un funcionamiento social, definido por los padres, como adecuado. La mayoría de niños (72%) no ha dejado de asistir a la escuela por causa de este trastorno.

El factor ambiental identificado como perturbador, más frecuente, fue la presencia de enfermedad mental o física en la familia en el 32% de los casos, pero en el 60% no se identifica ninguno.

La mayoría de niños con TOC (64%) no tienen historia de separaciones o pérdidas. La separación más frecuente es la de los padres en 24% de los casos. El 76% tiene adecuadas relaciones con sus pares y con adultos.

El 56% de los niños había asistido a consultas médicas en 4 o más ocasiones desde que apareció la enfermedad, por consulta externa, 10 (40%) presentaban síntomas emocionales como motivo de la consulta. De los 8 (32%) que asistieron a urgencias por cualquier causa, solo dos pacientes (8%) consultaron a urgencias por síntomas relacionados con factores emocionales: nerviosismo ambos niños y uno además por dificultad para respirar.

Entre los antecedentes patológicos de los niños con TOC, el más frecuente fue alergias en 20% de los casos, seguido por dispepsia ulcerosa en 16% y convulsiones en 12%. Algunos pacientes tenían más de un diagnóstico. Los antecedentes de trastornos psiquiátricos son principalmente depresivos, tal como se describe en la Tabla 5.

La edad promedio de aparición de las obsesiones fue de 9.04 años, y la de las compulsiones fue de 8.91 años; la edad de comienzo de las obsesiones y compulsiones se presentó en un rango de 4 a 17 años. El promedio de

Tabla 5

**1 ANTECEDENTE DE TRASTORNOS 1
PSIQUIÁTRICOS EN LOS PACIENTES**

Depresión	28%
Distimia	28%
Otros	28%
Ninguno	24%
Tics	20%
Tr. ansiedad generalizada	16%
Trastorno de pánico	12%
Fobia específica	4%

Tabla 6

**TIPOS DE OBSESIONES DE ACUERDO CON
LA ENTREVISTA ADIS-IV-CHILD**

Pensamientos sin sentido	72%
Religiosos - satánicos	60%
Duda	56%
Misceláneo	56%
Simetría/exactitud	52%
Pensamientos sobre sexo	48%
Agresivas	24%
Contaminación	20%
Acumular/guardar	20%

Tabla 7

TIPOS DE COMPULSIONES DE ACUERDO AL ADIS-IV-CHILD

Rituales varios	88%
Chequeo	80%
Ordenar/arreglar	72%
Repetición	64%
Conteo	44%
Acumular / coleccionar	28%
Limpieza;/ Layado	20%

edad en los pacientes al momento del diagnóstico clínico inicial de TOC fue de 11.7 años de edad, con un rango de 7-19 años. Estos datos indican que, en promedio los pacientes estuvieron con síntomas 2.8 años antes de ser diagnosticados.

El 36% de pacientes mostró por lo menos un signo de ansiedad durante la entrevista, como vigilancia, tensión motora, variación en la producción del discurso y chequeo. En cuanto a la frecuencia del tipo de obsesiones de acuerdo con la entrevista ADIS-IV-CHILD, predominan los pensamientos sin sentido, los demás se pueden observar en la tabla 6.

En cuanto a la frecuencia del tipo de compulsiones, de acuerdo al ADIS-IV-CHILD, la más común fue la de distintos rituales; los demás se pueden observar en la tabla 7.

Las áreas más afectadas por el TOC, fueron la escolar en 48%, la social en 32% y la familiar en 20% de los pacientes.

Al evaluar subjetivamente la molestia que el TOC les induce a los pacientes, el 56% considera que les afecta su vida mucho o demasiado, 30% consideran que no les afecta en nada su vida, los demás califican de leve la afectación.

Resultados Del Cuestionario de Síntomas Pediátricos del Dr. Jellineck.

El promedio del puntaje obtenido fue: 26, que indica que el paciente no tiene alteración del comportamiento, el punto de corte es 28.

Las preguntas señaladas en orden descendente de frecuencia fueron:

1. No entiende los sentimientos de los demás?
2. Culpa a los demás por sus problemas?
3. Es inquieto, no se puede que dar sentado, sin moverse?
4. No hace caso de las normas?
5. Se muestra temeroso ante situaciones nuevas?

Trece pacientes (52%), señalan una depresión mínima(24%) o moderada(28%) en la encuesta de Zung de Depresión. El puntaje promedio fue 55, correspondiente a Depresión mínima o leve. Solo 12% tienen un puntaje para depresión severa y en 36% el puntaje fue menor a 50, lo cual indica que no hay depresión. El puntaje promedio de los pacientes en la encuesta de Zung-Ansiedad fue 53, con un rango de 41 a 95 puntos. El 56% de los pacientes tuvo un puntaje superior a los 50 puntos.

Resultado del Inventario de Leyton(LOI) Versión Pediátrica

El promedio de síntomas fue de 26, o sea que cada paciente tuvo cerca del 60% de los síntomas encuestados.

Las preguntas más frecuentes en su orden fueron:

1. A veces se le ocurre que sus padres o hermanos podrían tener un accidente?
2. Le vienen a la mente ciertos pensamientos o palabras una y otra vez?
3. Se pone bravo o se molesta si otros niños le desordenan su escritorio?
4. Recuerda una y otra vez lo que ha hecho porque no esta seguro de haber hecho lo correcto?

5. Se preocupa mucho de que sus cuadernos sean pulcros/ordenados?

6. Siente con frecuencia que tiene que hacer ciertas cosas aunque sabe que realmente no tiene que hacerlas.

Al agrupar los síntomas por subtipos, como lo permite el LOI, los más frecuentes son aquellos relacionados con el trabajo escolar como se muestra en la tabla 8.

Dos terceras partes de los pacientes tuvieron un puntaje total del Achenbach positivo. Resultado promedio: 50.8, correspondiente a positivo, necesita consulta especializada. Dos terceras partes de los pacientes con Achenbach positivo, tuvieron un puntaje positivo de la subescala ansiedad/depresión. El 40% de los pacientes tuvo positiva la subescala de alteraciones de la atención y el 28% fue dudosa.

El 88% de los pacientes reportó TOC de moderado a severo en el Y-BOCS. Puntaje promedio: 20.3, correspondiente a TOC de severidad moderada.

La comorbilidad en el eje I fue distimia en primer lugar con 24% de los pacientes, seguida por tics en 16%, tras-

torno de ansiedad generalizada en 8%, fobia social en 4%, fobia específica 4%, trastorno del comportamiento alimentario (TCA) en 4%, Hipocondriasis en 4%, trastorno dismórfico corporal (TDC) en 4%, trastorno deficitario de atención en 4%, depresión en 4% y otros (se incluye trastorno por somatización, dolor abdominal recurrente). No se detectó comorbilidad en 32% de los pacientes.

La mayoría de pacientes (92%) no presentó comorbilidad en el eje II. Los dos pacientes con diagnóstico en este eje son uno con trastorno mixto de personalidad y otro con rasgos prominentes de personalidad dependiente.

El puntaje promedio de la evaluación del funcionamiento global (GAF) de los pacientes fue de 67.4, con un rango de 50 a 78.

En el momento del estudio, el 64% de los niños tenía tratamiento para el TOC, 16% con Fluoxetina y los demás recibían como antiobsesivos, fluvoxamina, sertralina y clomipramina, en orden descendente de frecuencia. El 36% no tenía tratamiento.

Tabla 8

AGRUPACIÓN DE LOS SÍNTOMAS POR SUBTIPOS DE ACUERDO CON EL LEYTON (LOI)

SUBTIPO	Pacientes	
Trabajo escolar	24	96
Orden y aseo	23	92
Pensamientos sin sentido	22	88
Síntomas de orden y rutina	20	80
Compulsiones de repetición	19	76
Conductas de revisión	18	72
Obsesiones con mugre y contaminación	18	72
Exceso de escrúpulos	18	72
Indecisión	17	68
Acumulación	16	64
Juegos mágicos	16	64
Preocupaciones por objetos peligrosos	14	56
: Preocupación por el dinero	12	48

DISCUSIÓN

Este es el primer estudio descriptivo publicado sobre el Trastorno Obsesivo Compulsivo en niños de nuestra población y evidencia que no tenemos la misma frecuencia de síntomas que los reportados en la literatura mundial.

La relación por género hallada en esta muestra (2:1) concuerda con la referida por Adams⁽¹⁷⁾, de un rango de 1:1 a 4:1 a favor de los varones en población clínica.

La distribución de estratos socioeconómicos hallada se explica por los sitios de recolección. Uno de ellos es un hospital dedicado a atender principalmente a población de estratos 1, 2 y 3; el otro sitio está ubicado en una zona de estratos 4, 5 y 6. No son representativos demográficamente, pero teniendo en cuenta que es un primer informe, señalan una tendencia. Al menos, no tiene el sesgo de ser una muestra exclusiva de centros populares de atención en salud.

El informe de los motivos de consulta de los padres y de los pacientes, refleja la dificultad diagnóstica con el TOC, sólo alrededor del 10% presenta como síntomas obsesiones o compulsiones, más de la mitad de los casos se presentan con síntomas diversos. Esto implica que para el clínico el motivo de consulta no es un auxiliar confiable para sospechar TOC.

Los antecedentes prenatales y del desarrollo psicomotor evidencian que este grupo de pacientes no tuvo alteraciones con lesión del sistema nervioso central, es más, no existe en el grupo un antecedente o una variante gruesa del desarrollo que sirva de indicador para sospecharlo. En este sentido, un futuro estudio debe bus-

car otro tipo más específico de antecedente, para aclarar este tema. En estos pacientes no se puede descartar del todo que existan variantes del desarrollo que no conocemos. En concreto, la sensación que tienen estos pacientes de ser hiperresponsables, por razones metodológicas no la exploramos a través del desarrollo. De otra parte, este hecho aumenta la confiabilidad de las encuestas de autoinforme, porque los pa-

Gientes no tienen alteraciones del desarrollo que les impida entenderlas o responderlas.

La edad en la cual comienzan las obsesiones, nueve años y las compulsiones 8.91 años informada en nuestro estudio, es muy cercana a la informada en la muestra del National Institute of Mental Health (10.1 ± 3.52 años)⁽⁴⁾.

La mayoría de los pacientes son descritos por sus familiares como niños comunes y corrientes con buen rendimiento académico, bien relacionados socialmente, sin rigidez o restricción de las relaciones humanas. Esta observación contrasta fuertemente con la sensación personal de los pacientes acerca de sufrir (80%) con esta perturbación. Se puede interpretar esta diferencia como evidenciada que sucede en secreto y como un drama íntimo. Esta conclusión se confirma por la descripción de los padres: de una aparición insidiosa, sin que algo especial la desencadene, observan que se pueden calmar o que los pueden calmar sencillamente en la familia.

El grupo presenta una importante frecuencia de temores, pero no tenemos un estudio de su presencia normal en el desarrollo contra la cual contrastar este dato, creemos que es de baja interferencia por cuanto no se incluye en el motivo de consulta.

La mayoría de los pacientes había consultado previamente al Pediatra y a otros médicos en un número importante de ocasiones. Nos preguntamos si tal vez el motivo de consulta fue impreciso o no se consultó por el TOC. No tenemos forma de explicar esta pregunta, muy interesante, si se tiene en cuenta que cerca del 30% fueron urgencias.

Los antecedentes psiquiátricos observados en nuestro estudio siguen el patrón reportado por el NIMH ⁽⁴⁾, siendo los más frecuentes trastornos depresivos y de ansiedad, en 28 y 32%, respectivamente de los casos. La presencia de tics en nuestra muestra es menor (20%) que la reportada por el NIMH (30-59%).

Los dos antecedentes psiquiátricos familiares más frecuentes son los trastornos afectivos (30%) y trastornos de ansiedad. No se detectó ningún caso de TOC entre los familiares de los pacientes. Este dato es contrario a los informes de estudios familiares ^(22,23) en TOC, que reportan prevalencias del 10 al 25% en familiares de primer grado, pero está de acuerdo con los que no hallan evidencia de TOC familiar ^(24,25).

Llama la atención que alrededor del 30% de los pacientes consideran que el TOC les afecta poco o nada, ya que no tienen motivación para buscar y menos aceptar un tratamiento. Lo cual nos permite afirmar que, seguramente, conocen esta enfermedad los pacientes es por la comorbilidad. Como guía en la clínica, pensamos que a partir de una entidad de comorbilidad si se encuentran los elementos de diagnóstico del TOC, se debe actuar como si este fuera primario, aun cuando el paciente no busque ayuda por fenómenos relacionados con este trastorno.

Se observa comorbilidad con alergias, dispepsia ulcerosa y convulsiones. Esto puede sensibilizarnos en la búsqueda del TOC al encontrarnos frente a un paciente pediátrico con aquellas dolencias, acompañadas de buen rendimiento escolar y una imagen social de persona bien adaptada. Esta predominancia de las alergias es similar a la de los pacientes con Trastorno deficitario de atención.

En nuestra muestra, los síntomas de presentación más frecuentes son los rituales misceláneos en 88% de los casos, conductas de chequeo en 80%, ordenar/arreglar en 72%, pensamientos sin sentido en 72%, rituales de repetición en el 64%, pensamientos religiosos en el 60%, obsesiones de duda en 56%, obsesiones de simetría/exactitud en 52%, obsesiones sexuales en 48%, rituales de conteo en 44%, acumular/coleccionar en 28% y por último obsesiones agresivas, de contaminación y rituales de limpieza/lavado. Esta distribución es claramente diferente de los síntomas de presentación más frecuentes de la muestra del NIMH, limpieza/lavado en algún momento en el 85% de los pacientes, repetición en 51%, chequeo en 46%, contaminación en 40%, rituales misceláneos en 26%, rituales para evitar contaminación en 23%, rituales de tocar en 20%, conteo en 19%, ordenar arreglar en 17% y simetría/orden en 17%. Se puede considerar una particularidad de esta población, con evidencia de que los factores culturales influyen en la manera como se expresa la enfermedad, lo que ignoramos es cuales de ellos son los cruciales.

La comorbilidad psiquiátrica observada al momento del estudio fue en primer lugar la distimia en 24% de los casos, seguida de trastorno por so-matización (incluido en otros), en tercer lugar los tics (16%) y por último la

ansiedad generalizada (8%). En el eje II, es el 92% de pacientes no se halló comorbilidad. Estos hallazgos no corresponden con los reportes clásicos de comorbilidad en TOC. Es posible que este resultado se deba a que no se utilizó una entrevista estructurada para diagnosticar otros trastornos del eje I, igualmente, es probable que sea una expresión de las particularidades que tenemos como población, o puede atribuirse a que se trató de pacientes con baja morbilidad subjetiva y que por lo tanto son TOC sin complicaciones. Esta evidencia nos conduce a afinar la sensibilidad hacia los elementos de comorbilidad al hacer el diagnóstico de TOC.

En nuestra muestra el tiempo medio transcurrido entre el inicio del trastorno y el diagnóstico inicial de TOC, fue de 3 años. Esto corrobora su naturaleza crónica, insidiosa y secreta. Se llega al diagnóstico explorando la comorbilidad.

Una prueba de tamizaje rápido, para trastornos de conducta como la de Jellinek⁽²⁶⁾ no es un instrumento sensible para detectar estos cuadros sería preferible una encuesta como la de Achenbach que mostró especificidad y sensibilidad muy útil en estos niños.

Destacamos la encuesta de Leyton (LOI) que es, en este grupo de edad una encuesta que facilita la exploración de los síntomas. Los pacientes marcaron en promedio más de la mitad de los síntomas de la lista, facilitando así poder hablar y explorar en detalle cada uno de los fenómenos que la misma explora. No es un instrumento de diagnóstico, pero sí un auxiliar invaluable para detectarlos. Sin duda el Y-BOCS es más útil para el seguimiento y en futuros proyectos presentaremos su papel en la vigilancia y atención de los pacientes.

CONCLUSIONES

01. Los síntomas obsesivos y las compulsiones de esta población fueron distintas a las observadas en un grupo más numeroso de pacientes.

02. La respuesta a las preguntas que indujeron este estudio las describimos a continuación por variables. La edad de comienzo del trastorno fue 9 años y la edad promedio de esta muestra fue de 13. La distribución por sexos fue de dos hombres por cada mujer. Pertenecen a los seis estratos socioeconómicos, sin predominio de alguno. Los motivos de consulta de los niños y de los padres no muestran un patrón que facilite sospechar el TOC desde el comienzo de la atención del paciente. No hay un patrón especial en los antecedentes prenatales. En cuanto al desarrollo, no se encontraron alteraciones destacadas. El desempeño escolar y social de los pacientes fue normal. En cuanto a comportamiento habitual nada llamaba especialmente la atención de los adultos. Todos habían consultado previamente al pediatra y el 30% tenía consulta de urgencias por síntomas ansiosos. Los antecedentes psiquiátricos predominantes fueron alteraciones del afecto y ansiedad, y no se encontraron obsesivos. En cuanto a antecedentes personales, fueron más frecuentes las alergias. El grado de sufrimiento del trastorno, en un poco más de la mitad, fue descrito como mucho, en los demás leve y el 30% no lo sentían. La obsesión más frecuente fue la de pensamiento sin sentido y compulsión más frecuente fue chequear. Distimia fue la comorbilidad más frecuente y la escala de evaluación global del funcionamiento mostró un promedio de 67.

03. En este grupo el rendimiento escolar no sirvió como indicador de la

Vásquez R, Ortiz J, et al

morbilidad, de hecho la mayoría de los pacientes rinden escolarmente

04. En cuanto a los objetivos generales del tratamiento, este grupo no presentó alteraciones importantes de la convivencia social, que ha sido tradicionalmente considerado como una de las metas cardinales de la

atención de estos pacientes,

AGRADECIMIENTOS. A la División de Investigación sede Bogotá (DIB) de la Universidad Nacional de Colombia, quien con gran esfuerzo financió esta investigación (proyecto #809130), en medio de la asfixia económica de la que es víctima la Universidad Pública en Colombia.

REFERENCIAS

1. DSM-IV Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales. American Psychiatric Association. Masson, Barcelona, 1995.
2. Ortiz G, JJD y Vásquez R. Trastorno Obsesivo Compulsivo. Monografía. Colección "Pedro Alfonso López Rincón". Departamento de Psiquiatría Universidad Nacional de Colombia. Santafé de Bogotá 1998.
3. Vásquez R, Avila C y Rodríguez-Losada, J. Trastorno obsesivo compulsivo en niños: una perspectiva clínica. Actualizaciones Pediátricas Fundación Santafé de Bogotá 1996; 6(1): 2-12.
4. Swedo SE, Rapoport JL, Leonard HL et al. OCD in children and adolescents: Clinical Phenomenology of 70 consecutive cases. Arch Gen Psychiatry 1989; 46:335-341.
5. Rapoport J, Leonard H, Swedo S. et al. Obsessive Compulsive Disorder in Children and Adolescents. Issues in Management. J Clin Psychiatry 1993; 54(6, suppl): 27-29.
6. Silverman WK., Albano, A.M. Anxiety Disorders Interview Schedule for DSM-IV Child Versión. Florida International University. 1995.
7. Bernstein G, Shaw K. Practice Parameters for the Assessment and Treatment of Anxiety Disorders. J Am Acad Child Adolesc Psychiatry 1993; 32(5): 1089-1098.
8. Achenbach T.M. Manual for the Child Behavior Checklist / 4-18 and Profile. Burlington, VT: University of Vermont Department of Psychiatry. 1991
9. Cooper J. The Leyton Obsessional Inventory/. Psychol Med 1970; 1: 48-64.
10. Snowden J. A comparison of written and postbox forms of The Leyton Obsessional Inventory. Psychol Med 1980; 10: 165-170.
11. Berg C, Rapoport J, Flament M. The Leyton Obsessional Inventory- child versión. J Am Acad Child Adolesc Psychiatry 1986; 25: 84-91.
12. Berg C, Whitaker A, Davies M, et al. The survey form of the Leyton Obsessional Inventory-child versión: norms from an epidemiological study. J Am Acad Child Adolesc Psychiatry 1988; 27: 759-763.
13. Evolución esquemática de las conductas del desarrollo hasta los 5 años. Centro Latinoamericano de Perinatología y Desarrollo Humano- CLAP-OPS-OMS. Montevideo. Cartel de uso público.
14. Torres Y, Posada J, et al. I Estudio Nacional de Salud Mental y Consumo de Sustancias Psicoactivas. Ministerio de Salud. Bogotá, Colombia. 1993.
15. Nicolini, Herrera y otros. Traducción al español y confiabilidad de la escala Yale Brown para el Trastorno obsesivo compulsivo. Salud Mental. Octubre de 1996. 19: supl.3: 13-16.
16. Vásquez, R. citado en "Bajo rendimiento escolar" en Plata Rueda y Leal Q. El pediatra eficiente. Quinta edición Editorial Médica Panamericana. Bogotá. Páginas 511 -517. 1996.
17. Flament MF, Whitaker A, Rapoport JL, et al. Obsessive compulsive disorder in adolescence: and epidemiologic study. J Am Acad Child Adolesc Psychiatry 1988; 27: 764-771.