

J.L. Pedreira*
E. Felipe**

* Paidopsiquiatra. Sección Psiquiatría Infantil. Hospital Infantil Universitario Niño Jesús. Madrid.

** Psicóloga Clínico. Facultad Psicología de la Universidad de Salamanca.

Correspondencia:

J.L. Pedreira
Alcalde Sainz de Baranda 45,2ºD
Madrid

RESUMEN

Existe un claro consenso acerca de la frecuencia con que se inicia el Trastorno obsesivo-compulsivo (TOC) en la adolescencia e incluso en la infancia. Pero contamos con pocos estudios que hagan una descripción clara de su psicopatología y su clínica, aspecto aún más importante en los niños debido fundamentalmente a que en la infancia suelen ser normales las conductas repetitivas y reiteradas. Es por ello por lo que debemos clarificar las formas clínicas en las que estos trastornos pueden presentarse en la infancia y adolescencia para poder realizar un diagnóstico preciso y la intervención más pertinente.

Las formas clínicas de presentación suelen ser como a) Conductas obsesivo-compulsivas tanto en los Trastornos psicóticos como en las formas deficitarias. En ambos casos bien como clínica propiamente dicha o como una "salida" obtenida por el tratamiento psicoterapéutico al que el niño ha sido sometido. b) Trastornos con componentes ansioso tipo obsesivo-compulsivos, entre los que tenemos reactividad frente al estrés "tics" y el Trastorno Obsesivo-compulsivo propiamente dicho. c) Ideas obsesivas presentes en los Trastornos

N. de R.: los Anexos I y II pueden solicitarse al autor.

Trastorno obsesivo-compulsivo en la infancia y adolescencia: psicopatología, manifestaciones clínicas e intervenciones

Obsessive-compulsive disorder in children: psychopathological approach an treatments

Afectivos. d) Asociados a Trastornos Fóbicos. Aspecto fundamental ya que en el caso de los niños existe una importante confusión y solapamiento entre ambos trastornos.

Se presentarán casos paradigmáticos de cada una de las presentaciones clínicas consideradas.

PALABRAS CLAVE

Trastornos obsesivo-compulsivos; Infancia; Psicopatología; Psicosis; Psicósomática.

SUMMARY

There is a clear consensus on the frequency with which an Obsessive-Compulsive Disorder (OCD) initiates in adolescence and in infancy. There exist a scarce amount of research which gives a clear description of the psychopathology and the clinical view, an aspect which is even more important in children, due to the fact that during infancy it is usually normal to see repetitive behaviours. Because of this we must clarify the different clinical features in which these disorders can appear during infancy and adolescence, which in turn will allow us to give a precise diagnostic and the most appropriate type of treatment. The observation of clini-

cal features are usually seen as a) Obsessive-compulsive behaviours both in psychotic disorders and their or cognitive handicap. In both cases, as the clinical view or as an achieved "way out" by the psychotherapeutic treatment which the child was involved in. b) Disorders with anxiety components such as obsessive-compulsive, with those who have reactivity from stress, tics and from the conspicuous OCD. c) Obsessive ideas in Affective Disorders or Mood Disorders. d) Associated with Eating Disorders, Gilles de la Tourette Syndrome, Somatoform Disorders and/or Phobic Disorders, a fundamental aspect, since in children there is an important confusion and overlap between both disorders. Presented here you will see paradigmatic cases of each one of the clinical views considered.

KEY WORDS

Obsessive-compulsive disorder; Children; Psychopathology; Psychosis; Psychosomatic.

INTRODUCCIÓN

Hasta la década de los 70 no se comenzó a estudiar con seriedad, en niños/as y adolescentes, los Trastornos obsesivo-compulsivos (TOC). Existe un cierto consenso respecto al inicio de este trastorno en la adolescencia y aún en la infancia. Pero hay escasos trabajos publicados e incluso en los textos de Psicopatología infantil no es infrecuente encontrar que se haya obviado el tema.

Si realizamos una revisión histórica de los autores que se han dedicado al estudio de esta entidad psicopatológica, hemos de comenzar por un autor pionero en introducir en un texto de Psiquiatría infantil un capítulo dedicado al tema de las obsesiones: Augusto Vidal Parera en 1908¹. Desde entonces los textos de Psiquiatría han marginado relativamente el tema o lo han reducido a un breve apunte.

Desde el siglo XVII contamos con descripciones de la histeria en el niño. El primer estudio de conjunto se debe a Landor (1873). Dupré describe la "mitomanía" infantil. En sus escritos Freud, en lo concerniente al niño, sólo identificó el "histerismo" y la "fobia infantil"².

K. Jaspers³ piensa que al hombre le es necesario un alto grado de conciencia de su propia vida para que se manifiesten las representaciones obsesivas; dicho de otra forma, no se encontrarían más que en individuos ya diferenciados, por lo que no se observarían en la infancia. Otros autores consideran que el Síndrome obsesivo no aparece antes de la pubertad. Los Trastornos obsesivos-compulsi-

vos pueden desarrollarse tempranamente, pero el verdadero Síndrome obsesivo no puede sentirse subjetivamente por debajo de cierta edad y cierto nivel de maduración mental, que se podría situar alrededor de los 7 años.

Kanner en 1935⁴ hizo una revisión del tema y señaló una tendencia al aislamiento social de los niños obsesivos y la frecuente implicación excesiva de las familias en sus rituales. También señaló la similitud de ciertos comportamientos compulsivos con los tics.

Despert en 1955 describió un grupo de 68 casos, siendo el primer estudio realizado con una población infantil clínica numerosa.

Anna Freud (1965)⁵ ve diferencias en el TOC significativas entre niños y adultos. Según esta autora en los adultos el síntoma obsesivo formaría parte de una estructura de personalidad relacionada genéticamente con él. En los niños, el síntoma obsesivo se daría de forma aislada o asociada a otros síntomas o características de personalidad no afines a aquel.

Judd (1965)⁶ formuló una serie de características que pudieran constituirse en criterios de inclusión para seleccionar a niños con TOC: - presencia de síntomas obsesivos y compulsivos bien definidos,- tales síntomas deben constituir la patología principal, y - los síntomas deben ser lo suficientemente graves para interferir en el funcionamiento normal del niño.

Otra cuestión a considerar es la gravedad, aspecto fundamental ya que se ha puesto de manifiesto la existencia de obsesiones y compulsiones en la población normal que son similares, en cuanto a la forma y el contenido, a las descritas en poblaciones clínicas. Las diferencias fundamentales son cuantitativas, luego lo importante no es su existencia sino el grado en que dichas obsesiones y/o compulsiones causen malestar a la persona o interfieran en su vida cotidiana.

Este aspecto es fundamental a la hora de ser considerado, debido a que en la infancia y adolescencia es normal la existencia de conductas repetitivas y reiteradas. Es el caso de las "reacciones circulares" de Baldwin, que Piaget⁷ retomó y lo incluyó en el desarrollo sensoriomotor. Según Kessler (1972), la edad de 2 años, el periodo comprendido entre los 7 y 8 y el inicio de la adolescencia, constituyen periodos de máxima frecuencia de comportamientos repetitivos.

Toro (1995)^{8,9} distingue los rituales normales de los patológicos con las siguientes características clínicas:

1.- El ritual obsesivo-compulsivo va acompañado de ansiedad; el ritual normal es experimentado como placentero, como experiencia lúdica.

132 2.- La interrupción del ritual obsesivo produce irritabilidad y desencadena la agresividad del niño; la interrupción del ritual normal no las provoca.

3.- El ritual obsesivo interfiere en la organización de la vida cotidiana, en el funcionamiento corriente del niño e incluso en su desarrollo general; el ritual normal carece de consecuencias negativas.

4.- El ritual obsesivo suele ser finalista, en el sentido de suprimir o mitigar, mediante su práctica, sentimientos, actos o cualquier otro fenómeno negativo; el ritual normal sólo tiene finalidad lúdica o práctica.

5.- El ritual obsesivo suele ser juzgado como un perturbador por padres y maestros; el ritual normal no es percibido así.

La descripción sintomática debe hacerse siempre ligada al contexto, teniendo en cuenta el momento evolutivo, ya que cualquier manifestación estereotipada o ritualizada según este momento puede ser considerada normal o anormal.

En cuanto a la epidemiología, no existen estudios suficientemente extensos⁹⁻¹¹. En población general, los estudios hablan de una prevalencia entre 0,3-3,6%. En poblaciones clínicas, más abundantes, los estudios hablan de prevalencias entre 0,2 y 16,9%. Por los datos vemos que hay graves problemas metodológicos en los estudios, relativos a los criterios de diagnóstico de caso, al tamaño muestral, al lugar de procedencia de la muestra (población clínica o general), a la formación de los profesionales, entre otros sesgos posibles.

En cuanto a la proporción por sexos, hay el doble de varones que de niñas, en los adultos la proporción es similar. En relación al orden de nacimientos, existe un mayor porcentaje de hijos/as primogénitos e hijos/as únicos. No se han encontrado diferencias significativas entre TOC y nivel socioeconómico.

Capstick y Seldrup (1977) encontraron una incidencia superior de partos distócicos entre los niños/as diagnosticados de TOC, hecho que lleva con frecuencia a la separación madre-hijo, lo cual induce a los autores a proponer una teoría según la cual la ansiedad de separación sería un factor etiológico muy importante. Tal ansiedad de separación, se reproduciría en la edad adulta ante situaciones similares de tipo ambiental que evocan al conflicto original.

Últimos estudios¹²⁻¹³ aseguran encontrar una asociación significativa entre la presencia de toxinas estreptocócicas tipo beta hemolíticas y la clínica obsesiva en la infancia y la adolescencia. Este hallazgo apunta a una orientación clínica y terapéutica de gran relevancia y

novedad que deberá confirmarse en estudios posteriores, pero que presentan una nueva perspectiva para el estudio de los TOC en la infancia y la adolescencia.

MATERIAL Y MÉTODOS

Se ha seleccionado población clínica procedente de una Unidad de Salud Mental Infantil específica, que presta atención territorializada a una población de 23.000 habitantes comprendidos entre 0-16 años de edad, los casos que presentaban clínica Obsesivo-compulsiva, según criterios CIE-10¹⁴, durante el periodo de un año.

Como instrumentos se ha utilizado la HICPIA¹⁵ como entrevista clínica semiestructurada y para evaluar los TOC se ha empleado la versión castellana de la escala Yale-Brown, realizada por Pedreira (1.995)^{15,16}.

Posteriormente se agruparon los casos por los diagnósticos clínicos más relevantes de tipo estructural, es decir psicosis, neurosis y otro tipo de procesos. Tras ello se seleccionaron algunos casos que, a nuestro parecer, resultaban paradigmáticos de los grupos que exponemos a continuación.

Descripción de casos paradigmáticos:

CASO 4661: Trastorno obsesivo compulsivo propiamente dicho, con aspectos afectivos y fóbicos.

Varón, 11 años, en julio del 96 derivado por su pediatra de Atención Primaria. En el P-10 indica "alteración del comportamiento". Convive con sus padres y una hermana mayor. Escolarizado en 4º E.G.B. Acude a la primera consulta acompañado de su madre. Dice que es escrupuloso, "no me gusta que le tosan encima, no me gusta lo que está chupado de otros, tampoco que me echen el aliento", no le gusta que le toquen las cosas. Según sus padres es introvertido, tiene fobia a la comida, "tapa el plato para que no le caigan gérmenes", todo debe estar muy limpio para que coma. Obediente, retraído, pocas relaciones interpersonales, inseguro y con baja autoestima. Desde hace 4-5 años no come con la familia en la mesa, se lleva el alimento a su cuarto. Importante sufrimiento. Lleva siempre un cubierto encima y no come nada fuera de casa lo que le supone una importante limitación social. Es capaz de ver una película una y otra vez sin cansarse. Colección de coches. Ante la comida, cuando se le obliga a comer pasa el tiempo soplando y tosiendo. Con respecto a su historia evolutiva no hay ningún aspecto que destacar.

I.D. Neurosis Obsesiva

Intervención acordada: Psicoterapia y psicofarmacología.

CASO 4630: Conductas compulsivas de rascado con las que se logra reducir la ansiedad, en personalidad con rasgos obsesivos.

Varón, 11 años, en junio del 96 derivado por su pediatra de Atención Primaria por presentar exceso de rascado que la madre piensa que ya es un hábito. Previamente a esta primera consulta hay una interconsulta con los servicios pediátricos. Sufre una colestasis intrahepática que le obliga a tener revisiones médicas continuas, con pruebas, aspecto que el niño no acepta y lo vive mal. Convive con sus padres y otro hermano menor. Escolarizado en 5º de E.G.B. con muy buenos resultados. En el último tercio del embarazo la madre sufre una varicela, y a las 24 horas de nacer el niño presenta varicela e ictericia. Como consecuencia se le diagnostica la enfermedad hepática antes descrita. Rascados continuos, sobre todo en situaciones en las que no está haciendo nada. Problemas de sueño. Satisfacción en el rascado. Aislamiento social, los niños le insultan. En el colegio suele provocar situaciones con los otros críos, pero luego es incapaz de enfrentarse con ellos retirándose. Nervioso e intranquilo, le cansan enseguida las cosas, ante el fracaso no insiste. No acepta que se le lleve la contraria. Ante situaciones de aburrimiento y enfado: "sólo pienso en rascarme".

I.D. Factores psíquicos en afección orgánica; conductas compulsivas

Intervención acordada: Psicoterapia y psicofarmacología.

CASO 4640: Funcionamiento obsesivo de la personalidad con conductas de comprobación y rumiaciones, ante una situación importante de estrés postraumático.

Varón, 7 años, en julio del 96 derivado por su pediatra de Atención Primaria por presentar sintomatología psicosomática y ansiosa. Convive con sus padres y una hermana mayor. Escolarizado en 2º E.G.B. Es descrito como un niño tímido, retraído y miedoso, que le cuesta relacionarse, "se queda parado". Miedo al rechazo. Se inventaba dolores de cabeza y de barriga, con tos nerviosa. Continuamente pendiente de su padre y con dificultades de sueño. Nos refieren situación familiar complicada en la que el padre es llevado a comisaría por encontrarle en el negocio unos ordenadores robados. El niño lo presenciaba todo y no le explicaron nada de lo que ocurrió. El padre estuvo dos días en comisaría hasta que se solucionó todo. Funcionamiento alexitímico importante en la familia. De la historia evolutiva destacar hemorragias durante el 3º y 6º mes de embarazo de la madre. Durante el embarazo

muerte de la madre y enfermedad de una tía y del padre (familia materna).

I.D. Estrés postraumático

Intervención acordada: Psicoterapia y Psicoterapia.

CASO 2188: Niño con perfil evolutivo de una Psicosis infantil, que tras intervención presenta como "salida" un trastorno obsesivo compulsivo.

Varón, 14 años, en abril del 96 derivado por su pediatra de Atención Primaria. Conocido del Centro desde septiembre del 86, con un diagnóstico de Psicosis Infantil, manifestaba dificultades madurativas manifiestas alrededor de los 3 años con presentación disarmónica y afectando sobre todo a las áreas motrices y de lenguaje. En tratamiento con psicoterapia durante 10 años. Es dado de alta en 1991 al conseguirse una mayor estructuración del Yo e integración familiar y social. En la actualidad: Cuesta la toma de decisiones y decir que no. Aislamiento social, cuenta mentiras. Miedo a la oscuridad, enuresis nocturna, no le gustan los cambios. Intranquilidad ante situaciones nuevas. Dificultades interpersonales con los pares. Convive con sus padres y una hermana mayor. Escolarizado en 2º de E.S.O. Pensamientos catastrofistas, con temores. Reiteración de conductas y pensamiento, pensamiento viscoso. Ansiedad situacional. Preocupaciones continuas en relación a muchos aspectos que no parecen tener relación: pis, instituto, amigos, oscuridad.

I.D. Reacciones fóbico-obsesivas, en el curso de una psicosis infantil de buena evolución.

Intervención terapéutica: Psicofarmacología y Psicoterapia.

DISCUSIÓN Y COMENTARIOS

Problemas generales

Frecuencia de los síntomas de aspecto neurótico: Desde la generalización de la utilización de los actuales sistemas de clasificación de los trastornos mentales, tanto la serie DSM americana¹⁷ como la CIE-10 de la OMS¹⁴, la desaparición de la neurosis como categoría clínica dificulta poder establecer cualquier aproximación epidemiológica. El uso del término "trastorno", aunque ha obtenido una gran difusión y aceptación, contribuyendo a una cierta homogeneidad terminológica, no ha sido totalmente aceptado por los profesionales que poseen una base psicopatológica relevante¹⁸⁻¹⁹. La sustitución de los estudios de tipo estructural por los meramente descriptivos ha terminado por originar una confusión metodológica y, por tanto, un verdadero obstáculo a la hora de la Investi-

134 gación más que parezca y aparezca una serie de coincidencias en la nomenclatura de los procesos y en los trabajos de investigación. En el caso concreto de los TOC en la infancia y la adolescencia los síntomas que aparecen en la descripción son, en gran mayoría, de la serie neurótica. Por lo tanto pueden aparecer en multitud de procesos clínicos y, sobre todo, con características evolutivas en el tiempo.

Discontinuidad entre síntomas infantiles y patología del adulto²⁰⁻²²:

- Los síntomas de una serie neurótica en la infancia no son, en general, mensajeros de la neurosis correspondiente en la edad adulta. P.e. que exista clínica correspondiente a una neurosis obsesiva en la infancia no se corresponde totalmente con una neurosis obsesiva en la edad adulta, pudiendo representar una formación reactiva o una defensa al desarrollo de otro proceso psicopatológico más severo.

- Si seguimos la evolución de una neurosis caracterizada, se observa un desarrollo en dos tiempos separados por un periodo en el que el sujeto se encuentra desprovisto de sintomatología. Según una investigación dirigida por Rosenberg²² en la Universidad de Detroit, diversos marcadores neurobiológicos recientemente evaluados en el TOC varían de forma llamativa entre la infancia y la edad adulta, lo que aporta datos fundamentales para comprender como influyen los factores del desarrollo en la psicopatología de este trastorno. Según este autor aproximadamente el 80% de los pacientes con TOC los síntomas se inician en la infancia, sea diagnosticado o no el trastorno en esta etapa de la vida. De hecho los neuro-marcadores específicos presentes en un niño/a que padece este trastorno pueden desaparecer en el momento que alcanza la edad adulta, ya que estos marcadores son reemplazados por otros más importantes. Uno de estos marcadores descritos por Rosenberg es el incremento del tamaño del tálamo en los niños/as afectados de TOC y que disminuye al iniciarse la edad adulta, pese a la persistencia de los síntomas propios de este trastorno. Se puede concluir que las regiones encefálicas más implicadas en la fisiopatología del TOC son exactamente aquellas que experimentan cambios del neurodesarrollo llamativos durante la adolescencia. Por ello la respuesta terapéutica no es unívoca en el TOC, pero si que se demuestra que en la psicopatología de este trastorno estén implicados componentes del desarrollo que es necesario identificar.

Evaluación de los síntomas: Es esencial evaluar su significación pronóstica²³⁻²⁴:

- Caracteres clínicos de los síntomas: Es interesante delimitar en la evaluación clínica la intensidad, frecuencia y persistencia con posterioridad a la edad en que son más habituales como rasgos evolutivos.

- Criterios económicos y dinámicos, nos permiten prever el grado de evolución de los síntomas. Freud²⁵ habla de la aptitud o ineptitud del niño para progresar en su desarrollo, proponiendo el valor pronóstico de los síntomas en función de: anomalías del desarrollo, tipo de angustias y conflictos, características generales del niño y mecanismos de defensa utilizados.

Estados neuróticos y neurosis propiamente dicha¹⁸⁻²⁴: son dos situaciones que no son exactamente superponibles ni sinónimas conceptualmente. Que un sujeto presente síntomas neuróticos (p.e. rituales marcados o "manías") no implica que padezca una neurosis clínica (p.e. neurosis obsesiva o fóbica, en el caso anteriormente citado), sin embargo podría perfectamente puntuar en escalas de evaluación de trastornos mentales (p.e. en la escala de Leyton o en la Yale-Brown, en el caso precedente).

Mezcla de Trastornos neuróticos en la infancia: a lo largo de la etapa infantil existen una sucesión normal de trastornos de tipo neurótico que se entremezclan. Así existen miedos sin que sean propiamente una fobia, o rituales sin que sean necesariamente un TOC y ambos coexistir de tal forma y manera que dificultan un diagnóstico clínico de neurosis, mientras que pudieran obtener un diagnóstico de caso con co-morbilidad en cualquiera de los sistemas de clasificación de los trastornos mentales al uso²⁶, sin embargo se eliminaría la perspectiva de la psicopatología del desarrollo, por lo tanto se necesita una sutíliza mayor e incorporar esta perspectiva en los sistemas de clasificación como se hace en el sistema multiaxial en la infancia y la adolescencia basado en el CIE-10²⁷.

Relación con los Trastornos neuróticos de los padres: las figuras parentales cuando padecen algún tipo de trastorno neurótico, aunque sea sólo una serie de características sintomáticas, establecen unos mecanismos de comunicación y un patrón relacional que comporta un sustrato neurótico que el niño/a incorpora y "repite" y/o amplifica evolutivamente, representando como el positivado de la película parental. En algunos casos se ha definido como "el niño síntoma de la neurosis de los padres"²⁸. El papel de las figuras parentales se termina de configurar con un patrón que se repite en este tipo de pacientes: padre "devaluado" con cierta rigidez pero bas-

tante inconsistente aunque se exprese con actitudes autoritarias hacia la familia o hacia el proceso educativo; la madre se presenta como una figura dominante pero de forma soterrada, exigente pero con gran nivel de ansiedad, expresa su deseo de superación por medio de este/a hijo (sobre todo si es varón o el primero de la fratria sea cual fuere su sexo) obteniendo así su seguridad y fortaleza en el seno de la familia²⁹.

*Eclosión de las Neurosis (S. Lebovici)*³⁰: Neurosis histéricas durante el periodo de latencia. Neurosis obsesivas en la pubertad o, cuanto menos, hasta el final del periodo de latencia. Neurosis fóbicas al comienzo de la edad adulta (incluso en la adolescencia). Neurosis de angustia; No hay solución de continuidad a lo largo del proceso evolutivo.

En general para la perspectiva psicoanalítica se precisa un grado de madurez del yo para poder desarrollar una neurosis clínica, en concreto se señala la fase de resolución de la conflictiva edípica^{28,30}, por lo que no es extraño que este autor delimite incluso con tipologías clínicas las diversas formas clínicas de neurosis en la infancia. Lo que resulta relevante es apreciar que el sentimiento de culpa del sujeto infantil ante los conflictos del desarrollo, tanto los internos como con el mundo externo, se suavizan por medio de los rituales obsesivos que, en opinión de A. Freud²⁵ serían rituales de limpieza, ceremonias al acostarse más o menos barrocas, acciones repetitivas, preguntas o demandas continuas con afán dilatorio, empleo de palabras o movimientos con un sentido mágico. En cuanto al patrón defensivo de las neurosis obsesivo-compulsivas en la infancia y la adolescencia³¹ hay que considerar que al mecanismo de represión, común con toda la estructura neurótica, se debe unir el desplazamiento hacia otro objeto del mundo externo, la compensación en cuanto mitigar la emergencia del sentimiento de culpa y la regresión hacia puntos de fijación pre-edípicos, en concreto en la fase anal (retener/compartir, valor del dinero en su valor real versus valor de intercambio, control/impulsividad).

Neurosis obsesiva o TOC de cierta severidad

Cuadro clínico caracterizado por^{8,9,11,14,17-19,25,30-36}:

Síntomas:

- Irrupciones repetitivas y lancinantes de pensamientos, representaciones o grupos de representaciones asociadas a sentimientos penosos contra los cuáles se defiende el sujeto: bien por mecanismos mentales que tienen por objeto desechar, conjurar o dominar sus pensamien-

tos y representaciones, ideas de conjuro, rumiaciones, mitomanía...; bien con comportamientos con el mismo significado: rituales, comprobaciones...

- La angustia que acompaña a los pensamientos y las representaciones obsesivas es frecuentemente muy viva, sobreviniendo bajo la forma de crisis agudas y pudiendo abocar en sentimientos de despersonalización.

- En todos los casos el sujeto permanece consciente de la morbosidad de sus trastornos y conserva una percepción clara de la realidad sin confusión mental.

Un fondo de personalidad neurótica: tendencia a los escrúpulos, a la abulia, a la duda, tendencia a las crisis de conciencia moral, timidez e inhibición en los contactos sociales, tendencia a la introspección y el autoanálisis de la vida interior.

Manifestaciones obsesivas en la infancia

Siguiendo a S. Lebovici y R. Diatkine¹⁹ podemos observar según la edad, los síntomas siguientes:

En la *primera infancia*, los ritos aparecen desde el primer año; de forma repetitiva, el niño hace caer un objeto para que sea recogido.

Durante el *segundo año*, los ritos acompañan al aprendizaje esfinteriano, el niño rehusa hacer sus necesidades en otro orinal que el suyo, procurando que sea colocado en un cierto lugar, con tal o cual juguete junto a él.

A partir del *tercer año*, ritos al acostarse, el niño exige que sus juguetes sean colocados de una cierta manera, que su madre venga varias veces a decirle buenas noches, que le traiga un vaso de agua...

Durante el *periodo edípico*, la sintomatología obsesiva cede paso, generalmente a la de otra de tipo fóbico. Pero podemos ver que persisten algunos rituales, especialmente, los de la hora de acostarse.

Durante el *periodo de latencia*, el Yo en este periodo es específicamente obsesivo. Distinguimos tres eventualidades: se discute el valor obsesivo de los síntomas, en apariencia benignos; o Tras alteraciones del comportamiento aparecen signos de la serie obsesiva o un cuadro de carácter obsesivo; o El niño/a presenta un cuadro genuino de obsesión frecuentemente asociada a fobias, que lo invalidan gravemente.

Durante la *adolescencia* hallamos:

- Preocupaciones metafísicas, escrúpulos excesivos, una masturbación compulsiva y culpabilizada
- La eclosión de una neurosis obsesiva tal como la que se observa en el adulto
- Manifestaciones obsesivas de aspecto raro, racional-

136 lizadas o acompañadas de experiencias de despersonalización, que más bien hacen pensar en una evolución psicótica

- Ciertos comportamientos antisociales de aspecto compulsivo (cleptomanía, fuga, exhibicionismo)
- Más rara vez rasgos de carácter obsesivo.

Estados neuróticos de la infancia

Son manifestaciones obsesivas que nos permiten hablar de estados neuróticos³⁵⁻³⁸:

Rasgos de carácter obsesivo; meticulosidad, parsimonia acompañándose de un cierto grado de sentimiento de contrariedad interna y de sufrimiento psíquico.

Síntomas obsesivos, caracterizados por su aspecto compulsivo que se acompañan de angustia, de un sentimiento de contrariedad, pero con una conciencia clara y sin romper el contacto con la realidad.

Es habitual *cierto grado de Inhibición intelectual* enmascarado con frecuencia por el éxito escolar. También es frecuente la inhibición de las relaciones interpersonales, retraimiento social.

Manifestaciones clínicas del TOC y Comorbilidad

En primer lugar hemos de hacer una descripción de los *aspectos psicopatológicos de la sintomatología obsesiva*, como: Enmascaración de una psicosis depresiva; Tentativa de curación de una psicosis esquizofrénica; Depresión neurótica como tentativa de elaboración de la posición depresiva; Neurosis con defensas obsesivas estructuradas rigidamente en la que la depresión es negada y no aparece por la defensa maniaca.

De igual forma nos gustaría delimitar que, entendemos por *co-morbilidad* lo que se explicita en la literatura fundamentalmente de origen sajón, pero que presenta muy serias dudas metodológicas y conceptuales en la psicopatología del desarrollo³⁹. En general co-morbilidad hace referencia a una coincidencia azarosa y no a una generalización ni mucho menos a relaciones causa-efecto entre los procesos reseñados. La co-morbilidad es una de las consecuencias del uso indiscriminado y poco sutil de los sistemas de clasificación de los trastornos mentales (p.e. no utilización de los criterios de exclusión de los propios sistemas de clasificación⁴⁰).

- *Trastorno psicótico*: Conductas obsesivo-compulsivas tanto en los trastornos psicóticos como en las formas deficitarias. En ambos casos bien como clínica propiamente dicha o como una "salida" obtenida por el trata-

miento psicoterapéutico al que el niño ha sido sometido, de forma precoz y con buenos resultados, ya que representa el perfil de mejor pronóstico de los posibles^{34,37,38,41-44}.

Abunda en la literatura científica la conceptualización de los síntomas obsesivos-compulsivos como prevención de una desintegración de tipo psicótico^{20,21,24,34,37,38}. Las obsesiones se constituyen, desde esta perspectiva, en una tentativa para adquirir cierto grado de seguridad a través de medios mágicos (conducta controladora y ritualista excesiva).

En la infancia y adolescencia las conductas obsesivo-compulsivas pueden aparecer vinculadas a los trastornos psicóticos, presentando lazos estructurales y elaboradores comunes, de dos maneras fundamentalmente:

a) Prepsicosis de la infancia que parece hacerse obsesiva en la adolescencia. Aquí cabe hacerse la pregunta: ¿Incluir en este marco evolutivo los casos de niños autistas, que salen bruscamente de su mutismo y de su mundo, aparentemente desprovistos de comunicación, a través de comportamientos ritualizados? En este apartado cabrían los casos de niños diagnosticados de psicosis infantil a los que la intervención psicoterapéutica lleva hacia esta forma de comunicación, es decir, como una "salida" del tratamiento⁴¹⁻⁴³.

b) Instalación de la neurosis de carácter obsesivo en la adolescencia en sujetos que hasta ese momento habrían podido clasificarse en el marco de la prepsicosis (según la reconstrucción de su biografía)⁴⁴.

- *Trastornos afectivos*: Las ideas obsesivas se encuentran, casi siempre, presentes en los Trastornos afectivos y del humor^{11,18-20,34-38,44}. Se expresan como ideas recurrentes de contenido depresivo (p.e. de muerte, inseguridad, desamparo, soledad...). A ello se une los sentimientos de baja autoestima con importantes dudas acerca del valor de lo realizado hasta ese momento en su vida. Se manifiestan en forma de preguntas constantes y reiterativas sobre "sus" temas con un contenido acerca de los peligros en el proceso de vinculación y en la estabilidad del vínculo afectivo, con temores relevantes de pérdida y/o muerte. Con el fin de obtener una cierta seguridad aparecen los rituales que, a muy corto plazo, denotan la expresión de la gran inseguridad y la baja autoestima. En general se podría decir que estas situaciones pueden estar basadas en contenidos de la realidad, pero son magnificados, amplificados y actúa la generalización de forma relevante como distorsionadora de esa realidad, lo que hace que aparezca con una cierta permanencia a lo largo del tiempo, aunque haya cursado con una mejoría clínica del cuadro depresivo⁴⁵.

- *Trastornos de ansiedad*: En la infancia es frecuente la clínica fobo-obsesiva, siendo en ocasiones difícil discernir entre ritual obsesivo y una evitación defensiva en las fobias, ya que existe un solapamiento entre ambos tipos de clínica en la infancia²⁶. De igual forma no es extraño que aparezcan síntomas de expresión corporalizada siendo los tics-síndrome de Gilles de la Tourette su expresión más relevante^{11,18-20,34-38,44}. También es frecuente la reactividad frente a situaciones de estrés con síntomas como "tics" y síntomas obsesivo-compulsivos propiamente dichos; este tipo de reactividad es muy frecuente en los síndromes de estrés postraumático en la infancia⁴⁶. La ansiedad que se detecta suele ser de dos tipos fundamentales: ansiedad difusa y ansiedad de separación, sobre todo ésta última dada la perspectiva vincular que incluye en la infancia y la adolescencia⁴⁷.

- *Toc y síndromes complejos*: Los síntomas obsesivos que aparecen en los síndromes complejos son tanto de la serie obsesiva (ideación y rumiación) como de la serie compulsiva (conductas e impulsividad), pero tampoco es extraño su aparición en forma de clínica fobo-obsesiva. Es frecuente la asociación con manifestaciones de la clínica psicósomática, sobre todo con las somatizaciones, ya que existe un cierto parecido entre la anancastía típica del obsesivo y la alexitimia tan descrita en la clínica psicósomática⁴⁸. El trastorno obsesivo, especialmente en adolescentes, obliga, una vez diagnosticado, a verificar la existencia de clínica alimentaria (TCA) como forma de expresión y/o dominante del proceso psicopatológico subyacente al TCA. La ideación sobre el cuerpo, la imagen corporal, la dieta, la compulsividad de los atracones y/o vómitos, que configura lo que algunos autores denominan "ideación anoréxica", no son más que una forma de expresión de la ideación obsesiva referida a un tema concreto, en este caso el comportamiento alimentario^{49,50}.

Evaluación clínica de los TOC

En los últimos tiempos la evaluación de los TOC ha sufrido una reconsideración fundamental de la que es necesario hacerse eco:

La historia clínica detallada y la observación clínica, continúan siendo la base fundamental para el diagnóstico. La formación psicopatológica y la experiencia clínica resultan fundamentales para llevar a cabo este importante instrumento de evaluación clínica mezcla aderezada de técnica y arte, al decir de los clásicos¹⁵.

La utilización de escalas diagnósticas: Las escalas de evaluación general pueden ser de orientación; la de

Achenbach & Edelbrock ofrecen una serie de características que la hacen ideal: abarca un gran espectro de síntomas, a todo el rango de edades, puede ser aplicada a informantes múltiples (padres, maestros y al propio/a adolescente) y tienen validación en español⁵¹. En cuanto a las escalas específicas hemos de señalar que la inicial escala de Layton ha dado paso a la más precisa escala Yale-Brown⁵². Ambas tienen adaptación española¹⁶ y poseen un diseño de cara a la aplicación diagnóstica y terapéutica (anexos I y II). Para todas ellas se precisa entrenamiento y experiencia clínica, pues una cosa es que puntúen en las escalas y otra muy diferente es que los sujetos padezcan un TOC.

Las pruebas biológicas y de exploración funcional: Los estudios neurofisiológicos (EEG, Potenciales Evocados) apenas han dado resultados específicos, siendo más la expresión de clínica acompañante (p.e. epilepsias, déficit sensoriales) que de los propios TOC. La aparición de los estudios experimentales de tomografías con emisión de positrones (PET) han evidenciado varios datos de interés en cuanto a la perfusión y consumo metabólico de determinadas áreas cerebrales en este tipo de trastornos que con tratamiento farmacológico han vuelto a una relativo consumo más normalizado⁵³. Estas áreas cerebrales de mayor consumo de glucosa y perfusión en los TOC se localizan en unas zonas en las que coinciden la mayoría de los trabajos, como son las correspondientes al núcleo caudado y en menor medida en otras zonas. Como bien resume Vallejo⁵⁴: las zonas en las que más anomalías se han detectado han sido las zonas orbitarias del lóbulo frontal, el córtex cingular y los ganglios de la base, especialmente el núcleo caudado. En general estos hallazgos han sido de hiperactivación, con una restitución a la normalidad tras el tratamiento, aunque estos hallazgos no reflejan necesariamente la alteración primaria puesto que podrían corresponderse con mecanismos secundarios de tipo compensatorio⁵²⁻⁵⁶.

Estudios recientes de neuroimagen desarrollados por Rosenberg²² en 21 niños/as diagnosticados de TOC con edades comprendidas entre -17 años y 21 niños/as de un grupo control pareados caso a caso, concluyó que en el momento inicial los niños/as más pequeños con TOC presentaban un mayor volumen talámico de forma significativa. Aunque el tamaño del tálamo se vaya normalizando hasta los 17 años, no quiere decir que el TOC desaparezca. Lo que quieren decir estos datos es que no existe una lesión ni una localización fundamentales para el TOC, sin embargo una lesión concreta puede adquirir importancia dependiendo del momento del desarrollo.

138 También se comprobó que los niños/as con el tálamo de mayor tamaño en el momento inicial del TOC, tuvieron más probabilidades de respuesta terapéutica.

De igual forma (Rosenberg²⁷) afectaciones de la corteza prefrontal, sobre todo la ventral, y de los ganglios basales, sobre todo el núcleo caudado, resultan ser relevantes en la regulación de la inhibición nerviosa de la respuesta conductual, hecho que podría estar en relación con la dificultad de los pacientes afectados de TOC para poder bloquear los pensamientos no deseados y los comportamientos impulsivos. Este autor ha constatado con PET que las concentraciones de glutamato en el núcleo caudado de los pacientes con TOC es superior a los controles, la importancia reside en la gran cantidad de aferencias glutaminérgicas del núcleo caudado y el impacto de esta sustancia sobre la liberación de serotonina, dopamina y otros neurotransmisores de importancia en los TOC. Entre glutamato y serotonina existe una reacción inversa, a mayor tasa de glutamato menor de serotonina, lo que tiene especial importancia a la hora de la elección terapéutica.

CONCLUSIONES

Los TOC en la infancia y la adolescencia representan un cuadro clínico complejo, muy polimorfo en la presentación y cuyo pronóstico es de cierta severidad a medio y largo plazo.

La fenomenología fundamental hace referencia a ideas recurrentes de tipo obsesivo que originan angustia y/o en la realización de actos repetitivos de forma compulsiva que pretendiendo enjugar la angustia no lo consiguen o incluso la incrementan.

La evaluación de los TOC debe realizarse en un contexto clínico que incluya:

1) La investigación de alguna situación que pudiera considerarse en el concepto de síndrome de estrés post-traumático y/o la presencia de acontecimientos vitales estresantes en un periodo no superior a los seis meses de antelación a la presentación de la clínica.

2) Es necesario investigar el tiempo "ocupado" en las ideaciones obsesivas y/o en los actos compulsivos.

3) El nivel de ansiedad y grado de invalidez social para desarrollar las actividades habituales para su edad y nivel de desarrollo.

4) Tipo de vivencia y de reacción del sistema familiar a la clínica presentada por el niño/a o adolescente.

Otro aspecto fundamental para comprender los TOC en la infancia y la adolescencia consiste en contemplar en la

evaluación clínica la etapa del desarrollo, lo que incluye el grado de madurez y/o suficiente (al menos debe estar en la fase de resolución edípica/operaciones concretas) y el tipo de organización defensiva o utilización de mecanismos de afrontamiento del tipo de rigidez y fragilidad de las defensas establecidas y/o utilizadas por el sujeto.

En cuanto al tratamiento utilizado señalamos la preferencia por tratamientos del tipo integrado (psicoterapia+psicofarmacología)^{40,57,58}, aunque somos conocedores del extraordinario nivel de complejidad de este tipo de tratamientos, que requieren gran formación y flexibilidad en los profesionales que los diseñan. Lo que incluye que la perspectiva terapéutica debe ser desarrollada por profesionales muy formados en psicoterapias de la infancia y la adolescencia en cualquiera de las perspectivas teóricas (dinámica, cognitivo-conductual y, sobre todo en nuestra experiencia, psicoterapia interpersonal)^{59,60}. Existen intervenciones de tipo psico-educativo para las familias, los profesionales sanitarios de atención primaria y los profesores, apareciendo folletos y metodologías grupales de discusión, que pueden ser de gran utilidad si se saben utilizar y son dirigidas por profesionales con experiencia en este tipo de actividades complementarias al tratamiento^{61,62}.

En cuanto a la utilización de psicofarmacología hemos de señalar la importancia de los tratamientos actuales del tipo de Inhibidores Selectivos de la Recaptación de Serotonina (ISRS)⁶³, por su facilidad de dosificación (equivalente a 0,7-1,5 mgr/Kgr de peso/día de fluoxetina), su vida media (basta una sola dosis al día) y su bajo perfil de efectos secundarios. La aparición de la paroxetina (mayor efecto ansiolítico, pero presenta algunos efectos secundarios muy transitorios) y de la sertralina (escaso perfil de interacciones farmacológicas, buen nivel de tolerancia) han desplazado a la fluoxetina (eleva el nivel de ansiedad de forma bastante relevante), aunque la primera en ser utilizada en la infancia fuera la fluvoxamina⁶³⁻⁶⁷. En casos resistentes se utilizan los antidepresivos tricíclicos (imipramina y amitriptilina), pero requiere un seguimiento cardiológico (quincenal) y de niveles séricos (mensual) muy cercano⁶⁵. En los últimos tiempos la risperidona puede ser empleada para casos muy resistentes o en los casos con tics complicados o síndromes de Gilles de la Tourette⁶⁸.

Los estudios referenciados de Rosenberg²⁷ dejan entrever que no existe una respuesta debida al tratamiento del TOC de forma específica, dejando claro que en la psicopatología de estos trastornos estén implicados aspectos del desarrollo que es necesario identificar.

BIBLIOGRAFÍA

1. Vidal Parera, A.: Compendio de Psiquiatría Infantil. Barcelona: Librería del Magisterio, 1908, págs. 163-170.
2. Freud, S.: Obsesiones y fobias. En Obras completas. Madrid: Biblioteca Nueva, 1979. Tomo II, págs. 1347-1412.
3. Jaspers, K.: Psicopatología General. Madrid: Gredos, 1980.
4. Kanner, L.: Child Psychiatry. (3rd ed) Springfield: I.L. Charles C.Thomas, 1962.
5. Freud, A.: La neurosis infantil. Buenos Aires: Paidós, 1980.
6. Judd, L.: Obsessive compulsive neurosis in children. Arch. Gen.Psychiatry, 1965, 12, 136-143.
7. Piaget, J.: Psicología infantil. Madrid: Morata, 1979.
8. Toro, J.; Cervera, M.; Osejo, M. & cols.: Obsessive-compulsive disorder in childhood and adolescence: A clinical study. J. Child Psychiatr. and Psychol., 1992, 33, 6, 1025-1037.
9. Toro, J. & cols.: Obsesiones en la infancia. En J. Vallejo (Ed.): Estados obsesivos. Barcelona: Salvat, 1987.
10. Bebington, P.E.: Epidemiology of obsessive-compulsive disorder. Br. J.Psychiatry, 1998, 173 (suppl. 35), 2-6.
11. Thomsen, P.H.: Obsessive-compulsive disorder in children and adolescents. Clinical guidelines. European Child & Adolescent Psychiatry, 1998, 7, 1-11.
12. Swedo, S.E. & cols.: Identification of children with Pediatric Autoimmune Neuropsychiatric disorders associated with Streptococcal infections by a marker associated with Rheumatic fever. Am. J. Psychiatry, 1997, 154, 110-112.
13. Perlmutter, S.J. & cols.: A case of Pediatric Autoimmune Neuropsychiatric Disorders Associated with Strptococcal Infactions. Am. J. Psychiatry, 1998, 155, 11, 1592-1598.
14. López-Ibor Aliño, J.J. (Dir.): CIE-10. Madrid: Meditor, 1992.
15. Ballesteros, C.; Alcázar, J.L.; Pedreira, J.L.; de los Santos, A.: Práctica y clínica Paidopsiquiátrica. Madrid: Smithkline-Beecham, 1998.
16. Pedreira, J.L.: Protocolos de Salud Mental Infantil para Atención Primaria. Madrid: ARAN-ELA, 1995.
17. American Psychiatric Association: Manual DSM-IV. Barcelona: Masson, 1994.
18. Diatkine, G.: Obsesiones y Neurosis obsesiva en el niño. En S. Lebovici, R. Diatkine & M. Missés (Dirts.): Tratado de Psiquiatría del niño y del adolescente. Madrid: Biblioteca Nueva, 1989, tomo III, págs. 213-244.
19. Lebovici, S. & Diatkine, R.: Les obsessions chez l'enfant. Rev. Franç.Psychan., 1957, 21, 647-670.
20. Geller, D.; Biederman, J.; Jones, J. & cols.: Is Juvenile Obsessive-compulsive Disorder a Developmental Subtype of the Disorder? A review of the Pediatric Literature. J. Am. Acad. Child Adolesc. Psychiatry, 1998, 37, 4, 420-427.
21. Rodrigo Alfageme, M.: Curso clínico y relaciones con el trastorno obsesivo-compulsivo del adulto. Monografías de Psiquiatría, 1997, IX, 3, 27-33.
22. Rosenberg, D.: Perspectiva evolutiva de los marcadores neurobiológicos de los TOC. Clinical Psychiatry News (Ed. española), 2000, 2, 5 (julio), pág. 16.
23. Faus Boronat, G.: TOC: 100 preguntas más frecuentes. Madrid: EDIMSA, 1998.
24. Vallejo, J.: Aspectos críticos en relación al TOC. Barcelona: Pfizer, 1999.
25. Freud, A.: Normalidad y patología en la niñez. Buenos Aires: Paidós, 1979.
26. Bassas, N. & Bielsa, A.: Estudio psicopatológico sobre fobia y obsesión en la infancia. En J. Tomás i Vilaltella (ed.): Trastornos de conducta social y trastornos psicóticos en la infancia y la adolescencia. Barcelona: Laertes, 2000, págs. 152-184.
27. World Health Organization: Multiaxial Classification of Child and Adolescent Psychiatric Disorders. Cambridge: Cambridge University Press, 1996.
28. Nágera, H.: Neurosis infantil. Buenos Aires: Hormé, 1979.
29. Vogel, P.A.; Stiles, T.C. & Nordahl, H.M.: Recollection of parent-child relationships in OCD out-patients compared to depressed out-patients and healthy controls. Acta Psychiatr. Scand., 1997, 96, 459-474.
30. Lebovici, S.: Névrose infantile, névrose de transfert. Rev. Franç.Psychan., 1979, 1980, 44, 5-6, 733-1112.
31. Pedreira, J.L.: Teoría y delimitación psicodinámica de las Neurosis infantiles y su génesis. Pediatría, 1983, III, 2, 48-67.
32. Benjumea, P.: Los trastornos obsesivo-compulsivos. En J. Rodríguez-Sacristán (dir.): Psicopatología del niño y del adolescente. Sevilla: Prentas Universitarias de la Universidad de Sevilla, 1998 (2ª ed.), tomo I, págs. 595-604.
33. Mardomingo, Mª.J.: Trastorno obsesivo-compulsivo. En Mª.J. Mardomingo: Psiquiatría del niño y del adolescente. Madrid: Díaz de Santos, 1994, págs. 315-347.
34. Riddle, M.: Obsessive-compulsive disorder in children and adolescents. Br. J. Psychiatry, 1998, 173 (suppl. 35), 91-96.
35. Rodríguez-Sacristán, J. & Benjumea, P.: Configuración de lo obsesivo en las etapas infanto-juveniles. En P. Pichot; J. Giner; C. Ballús (Edts.): Estados obsesivos, fóbicos y de angustia. Madrid: Aran, 1990.
36. Toro, J.: Clínica y patología asociada del trastorno obsesivo-compulsivo. Monografías de Psiquiatría, 1997, IX, 3, 21-26.
37. Thomsen, P.H. & Jensen, J.: Dimensional approach to obsessive-compulsive disorder in childhood and adolescence. Acta Psychiatr. Scand., 1991, 83, 183-187.
38. Crino, R.D.: Obsessive-compulsive spectrum disorders. Current Opinion in Psychiatry, 1999, 12, 151-155.
39. Graham, Ph.: Child Psychiatry: A developmental approach. Oxford: Oxford University Press, 1991.
40. Pedreira, J.L.: La multiaxialidad en las psicoterapias de la infancia y la adolescencia. En J. Tomás i Vilaltella (Edt.): Trastornos de conducta social y trastornos psicóticos en la infancia y la adolescencia. Barcelona: Laertes, 2000, págs. 267-295.

41. Lasa, A.: Psicosis infantiles. Bilbao: Diputación Foral de Vizcaya, 1991.
42. Manzano, J. & Palacios, F.: Les psychoses chez l'enfant. Toulouse: Privat, 1989.
43. Pedreira, J.L.: Perfiles evolutivos del autismo y las psicosis de la infancia. *An. Esp. Psiquiatría*, 1992, 8, 6, 229-236.
44. Miguel, E.C.; Rauch, S.L. & Jenike, M.A.: Obsessive-compulsive disorder. *The Psychiatric Clinics of North America*, 1997, 20, 4, 863-883.
45. López-Ibor Aliño, J.J.; Sáiz Ruiz, J.; López-Ibor Alcocer, M.I. & cols.: Trastorno obsesivo-compulsivo y depresión. *Act. Luso-Esp. Neurol. Psiquiatría*, 1995, 23, 97-113.
46. Moreno, J. & Pedreira, J.L.: Trastorno de Estrés Postraumático en la infancia y la adolescencia: Formas clínicas de presentación. *Psiquis*, 1999, 20, 6, 221-234.
47. Pedreira, J.L. & Sánchez, B.: Comorbilidad de la ansiedad de separación en la infancia. *Rev. Esp. Psiquiatr. Infanto-juvenil*, 1998, 2, 87-93.
48. Pedreira, J.L. & Kreisler, L.: La Psicopatología infantil. En J. Rodríguez-Sacristán (dir.): *Psicopatología del niño y del adolescente*. Sevilla: Prentice-Hall, 1998 (2ª ed.), tomo II, págs. 1103-1148.
49. Pedreira, J.L.: Trastornos de la conducta alimentaria: Visión desde la psicopatología del desarrollo. Barcelona: Olalla, 1999.
50. Thiel, A.; Züger, M.; Jacoby, G.E. & Schübler, G.: Thirty-month outcome in patients with Anorexia or Bulimia Nervosa and concomitant Obsessive-compulsive Disorder. *Am. J. Psychiatry*, 1998, 155, 2, 244-249.
51. Sardinero, E. & Pedreira, J.L.: El cuestionario CBCL de Achenbach: Adaptación española y aplicaciones clínico-epidemiológicas. *Clínica y Salud*, 1997, 8, 3, 447-480.
52. Garfinkel, B.D.; Carlson, G.A. & Weller, E.B. (Eds.): *Psychiatric Disorders in Children and Adolescents*. Montreal: W.B. Saunders Company, 1990.
53. Malizia, A.L. & Nutt, D.J.: Trastorno obsesivo-compulsivo: ¿Qué nos revelan las técnicas de imagen cerebral? En J.A. den Boer & H.G.M. Westenberg (Eds.): *Trastornos del espectro obsesivo-compulsivo*. Amsterdam: Syn-thesis Publishers, 1997.
54. Vallejo, J.: Biología de los trastornos obsesivos. En J. Vallejo & G.E. Berrios (Eds.): *Estados obsesivos*. Barcelona: Masson, 1995, págs. 261-295.
55. Saxena, S.; Brody, A.L.; Schwartz, J.M. & Baxter, L.R.: Neuroimaging and frontal-subcortical circuitry in obsessive-compulsive disorder. *Br. J. Psychiatry*, 1998, 173 (suppl.35), 26-37.
56. March, J.; Leonard, H. & Swedo, S.: Neuropsychiatry of obsessive-compulsive disorder in children and adolescents. *Compr. Ther.*, 1995, 21, 507-512.
57. Hohagen, F. & Berger, M.: New perspectives in research and treatment of obsessive-compulsive disorder. *Br. J. Psychiatry*, 1998, 173 (suppl. 35), 1.
58. March, J.S.; Frances, A.; Carpenter, D. & Kahn, D.A. (Eds.): Protocolos del consenso de expertos para el tratamiento del trastorno obsesivo-compulsivo. *The Journal of Clinical Psychiatry*, 1997, 58, suppl. 4 (Ed. española).
59. Hohagen, F.; Winkelmann, G. & cols.: Combination of behaviour therapy with fluvoxamine in comparison with behaviour therapy and placebo. *Br. J. Psychiatry*, 1998, 173 (suppl. 35), 71-78.
60. Ierodiakonou, Ch.S. & Ierodiakonou-Benou, I.: Short-term Psychoanalytic Psychotherapy with Obsessive Preadolescents. *Am. J. Psychotherapy*, 1997, 51, 4, 569-579.
61. Servicio Publicaciones Pfizer: Una guía para los pacientes y sus familias: El trastorno obsesivo-compulsivo. Madrid, 1998.
62. Servicio Publicaciones Pfizer: El perfil del Trastorno obsesivo-compulsivo. Madrid, 1998.
63. Hollander, E.: Treatment of obsessive-compulsive spectrum disorder with SSRIs. *Br. J. Psychiatry*, 1998, 173 (suppl. 35), 7-12.
64. Alderman, J.; Wolkow, R.; Chung, M. & Johnston, H.F.: Sertraline treatment of children and adolescents with obsessive-compulsive disorder or depression: Pharmacokinetics, tolerability and efficacy. *J. Am. Acad. Child Adolesc. Psychiatry*, 1998, 37, 4, 386-394.
65. Greist, J.H. & Jefferson, J.W.: Pharmacotherapy for obsessive-compulsive disorder. *Br. J. Psychiatry*, 1998, 173 (suppl. 35), 64-70.
66. March, J.S.; Biederman, J.; Wolkow, R. & cols.: Sertraline in children and adolescents with obsessive-compulsive disorder: A multicenter randomized controlled trial. *JAMA*, 1998, 279, 17, 1752-1756.
67. Rodríguez-Ramos, P. & Mardomingo, M.J.: Respuesta a la sertralina en adolescentes con trastorno obsesivo-compulsivo. *Act. Luso-Esp. Neurol. Psiquiatr.*, 1998, 26, 1, 17-21.
68. Moreno, J. & Pedreira, J.L.: La Risperidona en el tratamiento del Síndrome de Gilles de la Tourette. *Rev. Esp. Psiquiatría Infanto-juvenil*, 1998, 4, 231-237.