



TRASTORNO OBSESIVO COMPULSIVO EN LA POBLACIÓN INFANTO-JUVENIL PASANTÍA EN UNIDAD DE PSIQUIATRÍA DEL HOSPITAL MÉXICO

María José Arrieta Guzmán *
Vernor M. Barboza. **

REVISIÓN
BIBLIOGRÁFICA

RESUMEN

El Trastorno Obsesivo Compulsivo es una enfermedad compleja, crónica y multifactorial, que afecta a niños, adolescentes y adultos. Se caracteriza por la presencia de obsesiones y/o compulsiones que provocan pérdidas de tiempo significativas, deterioro de la actividad general o un malestar clínicamente significativo. En la población infanto-juvenil los síntomas asociados son ocultados o pobremente articulados, por lo que usualmente es subdiagnosticado y por ende subtratado. Hasta un 60 a 80% de los niños que sufren de éste trastorno asocian uno o más desórdenes psiquiátricos, complicando su valoración y tratamiento. Para la realización de éste artículo se revisan los expedientes clínicos de nueve pacientes diagnosticados con dicho trastorno, capturados durante el primer trimestre del presente año en la Unidad de Psiquiatría del Hospital México, con la finalidad de realizar una caracterización sociodemográfica y comparación clínica de las obsesiones y compulsiones más frecuentes, comorbilidades asociadas y tratamiento utilizado.

Palabras clave: Trastorno Obsesivo Compulsivo, Niños y Adolescentes, Comorbilidad, Tratamiento.

ABSTRACT

The Obsessive Compulsive Disorder is a complex, chronic and multifactorial mental illness that affects children, adolescents and adults. It is characterized by the presence of obsessions and compulsions that cause significant time loss and a decline in the person's overall performance. Among the infant-juvenile population, the symptoms associated with this disorder are hidden or poorly defined; as a result, this mental illness is usually misdiagnosed and treated improperly. 80% of the children who suffer from this mental illness portray one or more psychiatric disorders which hinder their clinical evaluation and treatment. Nine clinical files - taken from the psychiatric unit of the Hospital Mexico during this year's first trimester- of patients who suffer from this mental disorder were analyzed in order to make a socio-demographic characterization and a comparison between the most frequent obsessions, compulsions, associated comorbidities and treatment.

Key words: obsessive compulsive disorder, children and adolescents, comorbidity, treatment.

* Médico y Cirujano General. Universidad Autónoma de Centroamérica. arrieta.mj@gmail.com

** Psiquiatra Infantil. Universidad El Bosque, Colombia. Asistente Especialista, Hospital México, Costa Rica. vernor@medicos.cr



INTRODUCCIÓN

El Trastorno Obsesivo Compulsivo (TOC) es una condición neuropsiquiátrica común y heterogénea que afecta tanto a niños, adolescentes y adultos, indistintamente de su género, raza o nivel socioeconómico. Según la Asociación Americana de Psiquiatría, dicho trastorno se caracteriza por la presencia de obsesiones y/o compulsiones que provocan pérdidas de tiempo significativas, un acusado deterioro de la actividad general o un malestar clínicamente significativo. ^(1,3)

La Asociación Española de Psiquiatría de Niños y Adolescentes (AEPNYA) define las obsesiones como pensamientos, impulsos o imágenes que de modo intrusivo, repetitivo e indeseado se hacen presentes en la conciencia causando ansiedad o malestar significativo. Mientras que las compulsiones son definidas como comportamientos motores o actos mentales, repetitivos, finalistas e intencionales que el sujeto se ve impelido a realizar de manera estereotipada en respuesta a una obsesión, con el fin de reducir el malestar o de evitar que ocurra el daño anticipado, objetivamente improbable, para sí mismo o para los demás. ⁽²⁾

EPIDEMIOLOGÍA

Por mucho tiempo se consideró que el TOC era una patología ajena a la población infanto-juvenil. La naturaleza de sus síntomas contribuyó a que éste trastorno fuera subdiagnosticado en dicha población y por ende, subtratado.

Este trastorno es catalogado como la vigésima causa de disfunción y años perdidos de vida

saludable, es doblemente más común que la esquizofrenia y el trastorno de pánico, y en la población general, es el cuarto trastorno mental más común. En un estudio realizado por Navarro-Mancilla et al, cuya población objeto consistía de niños y adolescentes escolarizados y matriculados de Bucaramanga Colombia y cuya edad oscilaba entre los 10 y 17 años, concluyen que el Trastorno Obsesivo Compulsivo está asociado en ésta población con problemas graves en su funcionamiento escolar, familiar y social. ⁽⁴⁾

Según la Asociación Americana de Psiquiatría del Niño y Adolescente, la prevalencia en Estados Unidos para éste trastorno en la población pediátrica se encuentra entre el 1-2%, con dos picos de presentación y afectando géneros diferentes. El primer pico ocurre durante la niñez, con presencia de síntomas alrededor de los 7 a 12 años y predominantemente afectación masculina. El segundo pico ocurre más tardíamente, afecta adultos jóvenes con una edad media de 21 años y mayoritariamente de género femenino. ⁽⁵⁾

En un estudio más reciente realizado en el año 2000 por Meltzer et al, con una muestra de más de 10.000 niños entre las edades de 5 a 15 años, la prevalencia es de 0.25% con un aumento exponencial de casos conforme aumenta la edad. Aproximadamente el 90% de éstos casos no habían sido detectados ni tratados. ⁽⁶⁾

ETIOLOGÍA

Los factores que aumentan el riesgo de padecer el TOC se pueden clasificar en dos grupos: genéticos y no genéticos.



Factores genéticos

Estudios familiares y en gemelos han proporcionado evidencia sobre la participación de factores genéticos en la expresión y transmisión del TOC. Según la Asociación Española de Psiquiatría del Niño y Adolescente (AEPNYA), los casos con un inicio prepuberal son mucho más frecuentes en pacientes con antecedentes familiares del mismo trastorno, mientras que cuando el inicio es a partir de los 18 años es mucho menos frecuente encontrar familiares en primer grado con ésta patología. Se documenta además una mayor prevalencia de éste trastorno entre gemelos monocigotos que dicigotos. ⁽²⁾

Según Stewart et al, estudios genómicos han evidenciado la presencia de cromosomas susceptibles para ésta condición, incluyendo 1q, 3q, 6p, 7p, 9p, 10p y 15q. Se ha determinado además, la participación de genes receptores/moduladores de glutamato en la expresión del TOC, los cuales se encuentran correlacionados con conductas repetitivas en humanos y roedores. ⁽⁸⁾

Factores no genéticos

Con respecto a factores ambientales asociados a la etiología del TOC, se describen los siguientes: estrés, un aumento excesivo de peso durante la gestación, labor prolongada, parto pretérmino, ictericia, uso de teratógenos potenciales como tabaco y alcohol en etapa perinatal.

Uno de los factores más controversiales ha sido la asociación de PANDAS (Pediatric Autoimmune Neuropsychiatric Disorders Associated with Streptococcal infections) con el desarrollo abrupto del TOC. Según

Geller et al, una respuesta inmune a una infección por *Streptococcus* β hemolítico del grupo A conlleva a reactividad e inflamación de los ganglios basales ocasionando un síndrome neuroconductual que incluye TOC, tics e hiperactividad. Ésta variable de TOC pediátrico se caracteriza por inicio precoz de los síntomas (antes de los 8 años), predominio del sexo masculino (3:1), exacerbaciones sintomáticas súbitas asociadas a infecciones por estreptococos y asociación frecuente a hiperactividad motora, impulsividad y distraibilidad. ⁽³⁾

Gomes Alvarenga et al indican además la existencia de una mala regulación en los circuitos fronto-cortico-talámico de los pacientes con TOC. Estudios con neuroimágenes han demostrado que la corteza orbitofrontal, cíngulo anterior y estriado se encuentran hiperactivados en pacientes con TOC y que ésta activación disminuye después del tratamiento. Se describen además déficits mentales a nivel de habilidades motoras y visoespaciales. ⁽⁵⁾

PRESENTACIÓN CLÍNICA

Según la Asociación Americana de Psiquiatría, el TOC en niños suele presentarse en forma similar a la de los adultos. Los rituales de lavado, comprobación y puesta en orden de objetos son particularmente frecuentes en los niños. Éstos no suelen pedir ayuda, y los síntomas pueden o no ser de carácter egodistónico. Se caracteriza además, por presentar una mayor incidencia en hombres que en mujeres (3:2). La edad promedio de inicio de síntomas es de 7.5 a 12.5 años (media 10.3 años), realizándose la primer valoración a los 2.5 años posterior al inicio de los síntomas. ^(2,3)

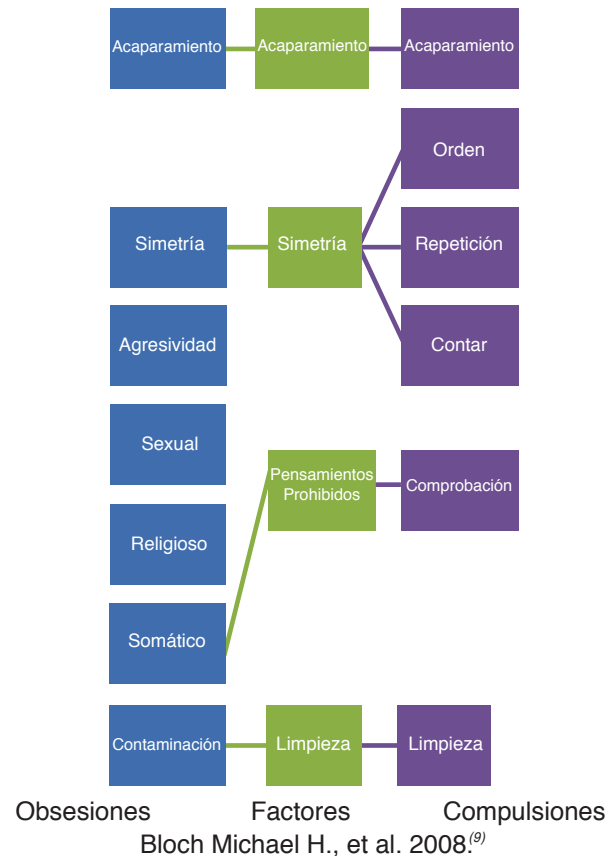


Los síntomas de éste trastorno son frecuentemente ocultos o pobremente articulados, especialmente en niños más pequeños. Las obsesiones y compulsiones son generalmente múltiples (con un promedio de 4 a 4.8 durante el curso de la vida). Pueden existir obsesiones sin compulsiones. Ni el género, edad o comienzo de la patología determinan el tipo, número o severidad de los síntomas. Se indica además que la sintomatología de este trastorno puede aumentar o disminuir, son persistentes en la mayoría de los pacientes y cambian con el pasar del tiempo ⁽³⁾

Según el meta-análisis realizado por Bloch et al, en donde realizaron 21 estudios que involucraron 5124 participantes, concluyeron que, una estructura de cuatro factores explica la heterogeneidad de la presentación clínica del TOC. Estos cuatro factores son: (imagen 1) ⁽⁹⁾

1. Simetría: contiene obsesiones de simetría; compulsiones de ordenar, contar y repetir.
2. Pensamientos prohibidos: contiene obsesiones sexuales, de agresión, religión y somáticas; compulsiones de comprobación.
3. Limpieza: contiene obsesiones de contaminación y compulsiones de limpieza.
4. Acaparamiento: contiene obsesiones y compulsiones de acaparamiento.

Imagen 1. Factores asociados a la sintomatología De TOC



En general, se ha documentado en diversos estudios que las obsesiones más frecuentes son las de contaminación, sexuales, obsesiones somáticas y escrúpulos/ culpa. Mientras que las compulsiones más frecuentemente reportadas son las de lavarse, repetir, comprobar y ordenar. ⁽²⁾



Tabla 1. Obsesiones y Compulsiones más frecuentes en Niños y Adolescentes

Obsesiones	Compulsiones
Contaminación	Lavarse
Dañar a sí mismo o a otros	Repetir
Agresiones	Comprobar
Sexo	Tocar
Escrúpulo/Religiosidad	Contar
Pensamientos "prohibidos"	Ordenar
Simetría	Almacenar
Decir, preguntar, confesar	Rezar

Asociación Española de Psiquiatría del Niño y Adolescente (AEPNYA), protocolo año 2008.⁽²⁾*

COMORBILIDAD PSIQUIÁTRICA

El TOC en edad pediátrica es usualmente acompañado por otra entidad psicopatológica complicando la valoración y tratamiento en los niños afectados. Gomes Albarenga et al indican que hasta un 60 a 80% de los niños que sufren de éste trastorno asocian uno o más desórdenes psiquiátricos.⁽⁵⁾

Según Kalra et al, la comorbilidad de éste trastorno se encuentra relacionada con el inicio de los síntomas, ya sea prepuberal o posterior a la pubertad. Si el trastorno inició durante la etapa prepuberal las psicopatologías mayormente asociadas son el Trastorno de Déficit Atencional con Hiperactividad (TDAH), el Síndrome de Tourette y trastornos de ansiedad (incluyendo ansiedad por separación, fobias específicas y agorafobia). Mientras que si la sintomatología inicia después de la pubertad las psicopatologías asociadas con mayor frecuencia son los trastornos afectivos y psicóticos.⁽¹⁰⁾

En su estudio Pallanti et al indican que la prevalencia de comorbilidad entre TOC y TDAH varía entre 0-51% y que estos dos trastornos son altamente comórbidos con el Síndrome de Tourette, cuya prevalencia es de 0.5-1%. Indican además una comorbilidad entre TOC y fobia específica de 22%, fobia social de 18%, del 12% para el trastorno de pánico y un 30% para el Trastorno de Ansiedad Generalizada (TAG). En cuanto a los trastornos afectivos concluyen que la depresión es la complicación más frecuentemente asociada al TOC, siendo 10 veces más habitual en éstos pacientes que en la población general, con una comorbilidad que varía entre un 19-90%. Por último indican una prevalencia en la comorbilidad entre TOC y esquizofrenia del 12.2%.⁽¹¹⁾

EVOLUCIÓN

El TOC es un desorden que presenta características de cronicidad. Según la Asociación Americana de Psiquiatría, la mayor parte de las veces la aparición del trastorno es de carácter gradual. Alrededor del 15% muestra un deterioro progresivo de las relaciones sociales y ocupacionales. Aproximadamente el 5% sigue un curso de carácter episódico, con síntomas mínimos o ausentes en los períodos intercríticos.⁽¹⁾

Una menor edad e inicio de la sintomatología, aumento de la duración del trastorno y obsesiones de tipo sexual, religiosas o de acaparamiento, predisponen a una mayor persistencia de los síntomas. Se indica además, que las comorbilidades psiquiátricas asociadas y una pobre respuesta al tratamiento inicial son factores pronósticos adversos.⁽³⁾

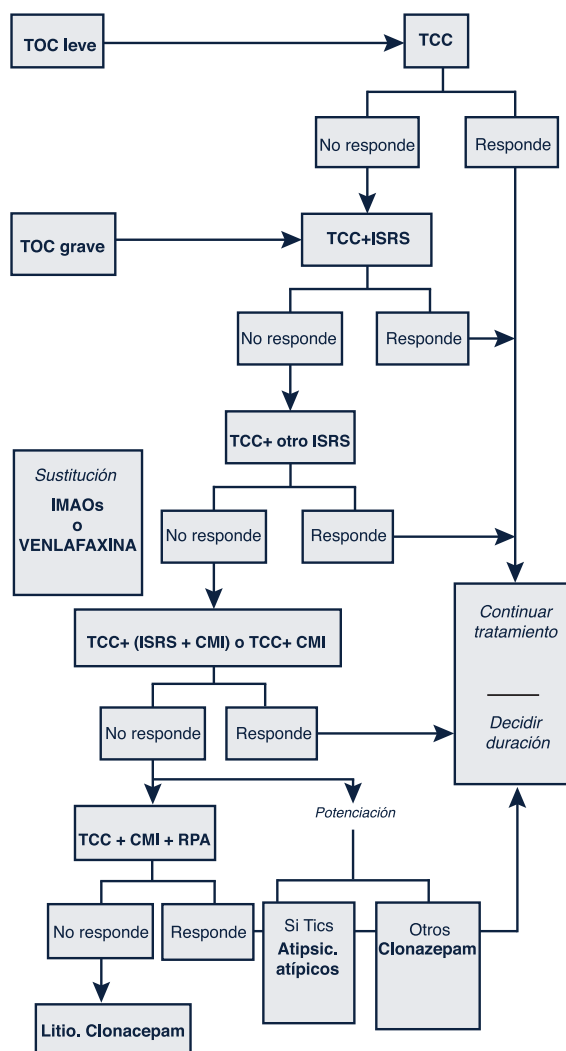
TRATAMIENTO

El tratamiento del TOC en niños y adolescentes se fundamenta en las características



individuales de cada sujeto, que incluyen la severidad de los síntomas, la comorbilidad, la personalidad y el impacto del padecimiento en el menor y su entorno familiar, así como el nivel de desarrollo y funcionamiento adaptativo. Al igual que en los adultos, el tratamiento ideal de TOC para niños y adolescentes se conforma de terapia cognitiva-conductual, psicoeducación y psicofarmacología.

Imagen 2. Algoritmo terapéutico del TOC en Niños y Adolescentes.



TCC: Terapia cognitiva conductual. ISRS: Inhibidor selectivo de la recaptación de serotonina. CMI: Clorimipramina

Asociación Española de Psiquiatría del Niño y Adolescente (AEPNYA), protocolo año 2008. (2)

Psicoeducación

Los siguientes son los objetivos de la psicoeducación:

1. Explicar que el TOC es una enfermedad, no una debilidad en el carácter ni una fase en el desarrollo del niño o del adolescente.
2. Educar al niño o adolescente y a su familia acerca del TOC, ofreciéndoles estrategias de afrontamiento efectivas contra los síntomas. (12)

Terapia Cognitiva-Conductual (3, 12)

La Terapia Cognitiva-Conductual está catalogada por la mayoría de los terapeutas como el tratamiento de elección para combatir la sintomatología obsesiva compulsiva, ya que ha mostrado evidencia de respuesta y mejoría en la cronicidad del TOC. En los casos de TOC leves a moderados se debería de iniciar con éste tipo de terapia. Se utiliza en combinación con psicofarmacología cuando los casos son más severos.

La Terapia Cognitivo Conductual se enfoca fundamentalmente en modificar emociones y conductas, a través de cambios en la forma de pensar, la exposición al estímulo y la respuesta a éste (exposición del paciente a los precipitantes de sus obsesiones y compulsiones, con prevención de respuesta).

Psicofarmacología (3, 13, 14)

Según la Asociación Americana de Psiquiatría, para mayor eficacia en los casos



más graves es recomendable utilizar la combinación de Terapia Cognitiva-Conductual y psicofarmacología.

La clomipramina, un antidepresivo tricíclico, fue el primer medicamento demostrado por su eficacia en el tratamiento de la sintomatología del TOC, pero debido a sus efectos secundarios se limita el uso en niños y adolescentes (Gomes de Albarenga, et al). La dosis no debe de exceder los 250mg/d debido al riesgo asociado de toxicidad, incluyendo convulsiones y cambios electrocardiográficos. Se asocian además, efectos anticolinérgicos y antihistamínicos, tales como boca seca, somnolencia, mareos, tremor, cefaleas, constipación, dolor abdominal, sudoración e insomnio.

La Asociación Americana de Psiquiatría indica que los Inhibidores Selectivos de Recaptura de Serotonina (ISRS) son considerados la primera línea de medicación para TOC en niños, adolescentes y adultos. Ésta clase de antidepresivo, que incluyen la fluoxetina, fluvoxamina, sertralina y paroxetina, presentan menos efectos adversos y son mejor tolerados que la clomipramina.

Muchos pacientes no muestran mejoría clínica en las primeras 6 a 10 semanas de tratamiento y podrían presentar además un deterioro mayor de su sintomatología en los primeros 10 días o asociar agitación y/o nerviosismo, por lo que es importante alentar al paciente a continuar su tratamiento farmacológico y explicarle que éste fenómeno es temporal y disminuye con el tiempo. Preferiblemente se debe de iniciar con

dosis bajas y realizar aumentos paulatinos, de ésta manera se le permite al paciente tolerar la medicación y se evitan efectos secundarios relacionados a la dosis.

De no existir mejoría clínica luego de 10 a 12 semanas se debe de cambiar el medicamento o asociar otros fármacos. Según datos de la Asociación Americana de Psiquiatría del Niño y Adolescente, la combinación de fármacos se recomienda cuando ha fracasado la monoterapia, la duración de la monoterapia fue de por lo menos 10 semanas, se utilizaron por lo menos dos ISRS o clomipramina, y/o existe un fallo de la Terapia Cognitivo-Conductual o persisten los síntomas pese a un curso completo de dicha terapia. Las combinaciones con neurolépticos atípicos son particularmente útiles en niños que asocian tics, autismo y trastornos afectivos. Se recomienda su utilización posterior a 12 semanas del inicio del ISRS. Se debe tener mayor consideración al prescribir éste tipo de medicamentos en niños debido a la gran cantidad de efectos secundarios asociados, como extrapiramidalismo, sedación, disforia y síndrome metabólico.

Los pacientes deben de continuar con su tratamiento farmacológico por un período de tiempo de 12 a 18 meses posterior a su estabilización clínica. Una vez que se ha tomado la decisión de discontinuar la medicación ésta se debe de hacer de manera gradual. En caso de que existan 3 o más recaídas, se debe de considerar el tratamiento a largo plazo.



Tabla 2. Antidepresivos recomendados en Niños y Adolescentes con TOC

Medicamento	Aprobado por FDA	Edad mínima de uso (FDA)	Dosis inicial	Incremento gradual	Dosis máxima
Fluvoxamina	Sí	8	25mg/d	50mg/d/sem	300mg/d o 5mg/kg/d
Fluoxetina	Sí	8	Peso < 25kg: 5-10mg/d Peso > 25kg: 20mg/d	10-20mg/d/1-2sem	60-80mg/d
Sertralina	Sí	6	25mg/d	50mg/d/1-2sem	200-250mg/d
Paroxetina	Sí	8	Peso < 25kg: 10mg/d Peso > 25kg: 20mg/d	10-20mg/d/1-2sem	50mg/d
Citalopram	No	N/A	Peso < 25kg: 10mg/d Peso > 25kg: 20mg/d	10-20mg/d/1-2sem	50mg/d
Clomipramina	Sí	10	Peso < 25kg: 10mg/d Peso > 25kg: 25mg/d	<10años: 10mg/d/3d >10años: 25mg/d/3d	250mg/d o 5mg/kg/d

La información de los pacientes en estudio fue recopilada utilizando las notas de evolución de los expedientes clínicos, aprovechando el control de su patología en consulta externa. En dos casos se realiza entrevista directa al paciente. De igual forma, me respaldo en aportes brindados por profesionales que laboran en éste centro de salud.

En toda ésta información se respetan los asuntos concernientes a privacidad y confidencialidad del paciente.

Revisión de Expedientes Clínicos. Pacientes de Consulta Externa de la Unidad de Psiquiatría del Hospital México.

Se revisan los expedientes clínicos de nueve pacientes diagnosticados con Trastorno Obsesivo Compulsivo, los cuales fueron capturados durante el primer trimestre del año 2014 en la Unidad de Consulta Externa de Psiquiatría del Hospital México, con la finalidad de realizar una caracterización sociodemográfica y comparación clínica de las obsesiones y compulsiones más frecuentes, comorbilidades asociadas y tratamiento utilizado (farmacológico y/o terapia cognitivo-conductual).



Tabla 3. Pacientes de Consulta Externa de Psiquiatría del Hospital México diagnosticados con TOC. (Dr. Vernor Barboza).

Paciente	Sexo	Edad	Dx	Obsesiones	Compulsiones	Comorbilidad	Tx	TCC	SPECT
1	F	22	2008	Somático	Comprobación	Distimia TAG	Clomipramina Ritalina	Si	No
2	M	22	2008	Contaminación Somático	Limpieza Comprobación	Tumor germinal glándula pineal	Fluoxetina Haldol	Si	Atrofia cortical lóbulo frontal, cambios núcleo caudado derecho
3	M	14	2010	Contaminación Perfección	Limpieza Orden	Asperger	Fluoxetina	Si	No
4	M	13	2011	Sexual Somático	---	No	Fluoxetina Clomipramina	Si	No
5	F	17	2012	Contaminación	Limpieza	No	Clomipramina	Si	Atrofia cortical lóbulo frontal
6	M	18	2012	Simetría	Orden	Distimia Abuso de alcohol	Fluoxetina	Si	No
7	F	14	2012	Contaminación	Limpieza	No	Fluoxetina	Pend.	No
8	M	13	2013	Acaparamiento	Acaparamiento Repetición	No	Fluoxetina	Pend.	Compro miso hemisferio derecho
9	F	7	2013	Contaminación Acaparamiento	Limpieza Acaparamiento	AHF TOC	Fluoxetina	Si	No

*Dx: diagnóstico // Tx: tratamiento // TCC: Terapia Cognitivo-Conductual // AHF: Antecedente heredo-familiar



A partir de ésta revisión y recopilación de datos, se concluye lo siguiente:

1. El sexo mayormente afectado es el masculino.
2. La edad promedio del diagnóstico fue de 13 años.
3. La obsesión más frecuentemente asociada fue la de contaminación (5 casos), seguida por las obsesiones somáticas (3 casos) y por último las de acaparamiento y sexuales.
4. La compulsión más frecuentemente asociada fue la de limpieza.
5. No existió una comorbilidad predominante en los casos analizados. En dos de los casos que desarrollaron el trastorno posterior a la pubertad la comorbilidad psiquiátrica más frecuente fue la distimia.
6. La totalidad de los pacientes recibió terapia farmacológica. Dentro de ésta la fluoxetina fue el fármaco de elección en la mayoría de los casos.
7. Todos los casos analizados reciben terapia cognitiva-conductual asociado al tratamiento farmacológico. Únicamente dos casos tienen pendiente su primera valoración por psicología.

Discusión de resultados

Los datos generados se derivan de la Consulta Externa de la Unidad de Psiquiatría del Hospital México, recopilados durante la cita de los pacientes ya sea de control o por primera vez. Dichos datos no pueden ser generalizables, pero sí ilustran los síntomas que se presentan con mayor frecuencia. De ésta manera, se evidencian semejanzas entre los resultados obtenidos durante los últimos meses en éste

hospital y los descritos en la literatura mundial, los cuales se discuten a continuación.

- En la población en estudio 5 de los 9 casos evaluados fueron masculinos. Como se ha descrito en la literatura, el TOC en edad pediátrica se caracteriza por presentarse más frecuentemente en el sexo masculino, con una relación de 3:2.
- En el caso de los pacientes en estudio la edad promedio de diagnóstico del TOC fue de 13 años. La literatura mundial refiere dos picos de aparición del trastorno, el primero durante la niñez, con presencia de síntomas alrededor de los 7 a 12 años y predominantemente afectación masculina. El segundo pico ocurre más tardíamente, afecta adultos jóvenes con una edad media de 21 años y mayoritariamente de género femenino.
- En el caso de la pacientes analizados en control en éste Centro Médico, las obsesiones más frecuentes fueron las de contaminación, somáticas y por último las de acaparamiento y sexuales. La compulsión más frecuentemente asociada fue la de limpieza. Se ha documentado en diversos estudios realizados a nivel mundial que las obsesiones mayormente asociadas a la población que padece dicho trastorno son las de contaminación, sexuales, obsesiones somáticas y escrúpulos/culpa. Mientras que las compulsiones más frecuentemente reportadas son las de lavarse, repetir, comprobar y ordenar. Además, un mismo paciente puede presentar más de un tipo distinto de obsesión y/o compulsión y pueden existir obsesiones sin compulsiones, tal como se demuestra en la revisión de expedientes clínicos.



- En cuanto a la comorbilidad asociada al TOC, se expone en la literatura mundial que la psicopatologías mayormente asociadas en etapa prepuberal son el Trastorno de Déficit Atencional con Hiperactividad (TDAH), el Síndrome de Tourette y trastornos de ansiedad (incluyendo ansiedad por separación, fobias específicas y agorafobia). Mientras que si la sintomatología inicia después de la pubertad las psicopatologías asociadas con mayor frecuencia son los trastornos afectivos y psicóticos. En éste caso, a pesar de que no existe en la muestra de pacientes una comorbilidad que sobresalga más que la otra, si se evidencia la existencia de psicopatologías asociadas, como Asperger, abuso de sustancias, distimia y trastorno de ansiedad.
- En el caso de los pacientes que fueron analizados, la totalidad recibe tratamiento, ya sea farmacológico (evidenciándose un mayor uso de fluoxetina) o la combinación de éste con la Terapia Cognitivo-Conductual. Según indica la Asociación Americana de Psiquiatría los inhibidores selectivos de recaptura de serotina se consideran el tratamiento de elección para el TOC, tanto en niños, adolescentes y adultos, siendo la fluoxetina uno de los fármacos de preferencia por la menor cantidad de efectos adversos y al ser mejor tolerado que la clomipramina. Además, se documenta que el tratamiento ideal de TOC para niños y adolescentes se conforma de Terapia Cognitiva-Conductual, psicoeducación y psicofarmacología. Prácticamente la totalidad de los pacientes en estudio reciben éste tratamiento integral. Dos de ellos son pacientes recientes, por lo que su valoración inicial por psicología permanece pendiente.

CONCLUSIÓN

El Trastorno Obsesivo Compulsivo es una enfermedad compleja influenciada por factores genéticos y ambientales que interactúan entre sí y que pueden interferir en el riesgo de desarrollar dicha patología en una persona previamente vulnerable. Se considera como uno de los trastornos ansiosos más incapacitantes en cualquier grupo de edad, por lo tanto, es indispensable una adecuada evaluación para poder realizar un diagnóstico certero y de ésta manera tratar integralmente dicha patología y sus comorbididades de encontrarse asociadas. Sin embargo, a pesar de que la literatura mundial evidencia la alta prevalencia de éste trastorno, en la población infanto-juvenil continúa siendo una entidad posiblemente subdiagnosticada y por lo tanto, no tratada.

Utilizando el expediente clínico se realizó la caracterización de un grupo de 9 pacientes en control en Consulta Externa de la Unidad Psiquiatría del Hospital México. Los hallazgos obtenidos fueron contrastados con lo reportado en la literatura mundial y se encuentra que en todos existe una coincidencia, con excepción de una pequeña diferencia en el parámetro etéreo. Como se indica anteriormente los datos obtenidos sirven como ilustración de la sintomatología más frecuentemente asociada y no necesariamente refleja lo que ocurre a nivel nacional. De ésta manera, se concluye que existe mayor incidencia en hombres que en mujeres, la edad promedio de diagnóstico es de 13 años, las obsesiones y compulsiones mayormente relacionadas fueron las de contaminación y limpieza respectivamente, la mayoría de los pacientes presentan comorbilidad psiquiátrica, sin predominio de alguna patología en específico y por último, la totalidad de la muestra recibe tratamiento como indicado en la literatura.



REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Psiquiatría, Asociación Americana de. *Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales*. Washington, D.C. : Masson, S.A., 1994.
2. Adolescente, Asociación Española de Psiquiatría del Niño y. *Protocolo Clínico de Trastorno Obsesivo Compulsivo*. 2008.
3. *Practice Parameters for the Assessment and Treatment of Children and Adolescents with Obsessive Compulsive Disorder*. Psychiatry, American Academy of Child and Adolescent. s.l. : Journal , 1998, Journal of American Academy of Child and Adolescent Psychiatry.
4. *Prevalencia de Trastorno Obsesivo Compulsivo en Adolescentes Colombianos con la doble condición de trabajo y estudio*. Navarro-Mancilla, Alvaro Andrés. 2011, Revista Colombiana de Psiquiatría.
5. *Obsessive Compulsive Disorder in Children and Adolescents*. Alvarenga, Pedro Gomes de. 2012, International Association for Child and Adolescent Psychiatry.
6. *Prevalence of Obsessive-Compulsive Disorder in the British Nationwide Survey of Child Mental Health*. Meltzer, Howard. London : The British Journal of Psychiatry, 2001.
7. *A Family Study of Obsessive-Compulsive Disorder with Pediatric Probands*. L, Gregory Hanna. 13-19, s.l. : American Journal of Medical Genetics, 2005, Vol. 134B.
8. *The Genetics of Obsessive Compulsive Disorder*. Stewart, S. Evelyn. 3, s.l. : The Journal of Lifelong Learning in Psychiatry, 2010, Vol. VIII.
9. *Meta-Analysis of the Symptom Structure of Obsessive-Compulsive Disorder*. Bloch, Michael H. s.l. : American Journal of Psychiatry, 2008.
10. *Children with Obsessive-Compulsive Disorder: Are they just "little adults?"*. Kalra, Simran K. s.l. : The Journal of Clinical Investigation, 2009.
11. *Obsessive-Compulsive Disorder Comorbidity: Clinical Assessment and Therapeutic Implications*. Pallanti, Stefano. s.l. : Frontiers in Psychiatry, 2011.
12. *Trastorno Obsesivo Compulsivo en Niños y Adolescentes*. Salcedo, Marcela. Colombia: Revista Colombiana de Psiquiatría, 2011, Vol. 40.
13. *Trastorno Obsesivo Compulsivo en Niños y Adolescentes. Una actualización. Primera Parte*. Álvarez, Luis Alberto Vargas. México, D.F. : Salud Mental, 2008.
14. *Trastorno Obsesivo Compulsivo en Niños y Adolescentes. Una actualización. Segunda Parte*. Álvarez, Luis Alberto Vargas. México, D.F. : Salud Mental, 2008.
15. *Obsessions and Compulsions in the Community: Prevalence, Interference, Help Seeking, Developmental Stability, and Co-Occurring Psychiatric Conditions*. Fullana, Miguel A. s.l. : American Journal of Psychiatry, 2009.