

## SALUD MENTAL

### *Estudio fenomenológico en 90 pacientes menores de 18 años con trastorno obsesivo compulsivo*

#### *Phenomenological study in 90 patients younger than 18 years old with obsessive compulsive disorder*

Roxana Vivar<sup>1</sup>, Zoila Pacheco<sup>2</sup>, Cecilia Adrianzen<sup>3</sup>, Beatricce Macciotta<sup>4</sup>, Giannina Moron<sup>5</sup>

#### RESUMEN

**Objetivo:** Determinar manifestaciones clínicas del trastorno obsesivo compulsivo en niños y adolescentes peruanos.

**Materiales y Metodos:** Se presenta un estudio fenomenológico en 90 pacientes menores de 18 años con diagnóstico de trastorno obsesivo compulsivo en Psiquiatría de Niños y Adolescentes de 3 hospitales de Lima, desde enero del 2000 hasta enero del 2003. El diagnóstico se realizó usando los criterios de DSM IV. Se clasificó el tipo de obsesiones y compulsiones con la lista de chequeo de la escala de Yale Brown. La gravedad del cuadro clínico se midió con la escala del Yale Brown para niños y con la Escala de Funcionamiento Global. Se determinó la incidencia de trastorno obsesivo compulsivo entre los familiares de primer grado, mediante la entrevista clínica a los padres y hermanos.

**resultados:** El 62.2% fueron varones y el 37.8% mujeres; la edad promedio fue de 13.72 años  $\pm$  2.61 años. La edad de inicio promedio fue de 11.5 años  $\pm$  2.78. El valor promedio del C-YBOCS al momento del diagnóstico fue 25.44  $\pm$  6.24 (trastorno obsesivo compulsivo severo); mientras que el valor promedio de funcionamiento global fue 60-51. El 78 % de pacientes tuvo un episodio único de enfermedad, con un tiempo promedio de enfermedad de 16 meses.

Las obsesiones más frecuentes fueron las de agresión (66%), las de contaminación (60%) y las de contenido sexual (28%). Las compulsiones más comunes fueron: limpieza (57%), rituales involucrando a otros (28%) y los rituales de repetición (24%). Más del 72% de pacientes tenían por lo menos dos obsesiones y dos compulsiones. El 27.5% de los pacientes tenían por lo menos un pariente de primer grado con trastorno obsesivo compulsivo.

**conclusión:** La mayoría de manifestaciones clínicas del trastorno obsesivo compulsivo en niños y adolescentes peruanos son similares a las encantaradas por otros autores en otros contextos.

**Palabras claves:** Fenomenológico, trastorno obsesivo compulsivo, niños, adolescentes

<sup>1</sup> Psiquiatra General y Psiquiatra de Niños y Adolescentes. Instituto Nacional de Salud Mental "Honorio Delgado-Hideyo Noguchi". Profesora de la Universidad "Cayetano Heredia". Lima, Perú.

<sup>2</sup> Psiquiatra General y Psiquiatra de Niños y Adolescentes. Hospital Nacional Guillermo Almenara Irigoyen. Profesora asociada de la Universidad Mayor de "San Marcos" Lima-Perú

<sup>3</sup> Psiquiatra General y Psiquiatra de Niños y Adolescentes. Gerente de Investigación Clínica en Neurociencias Laboratorios Eli Lilly & Co Región Andina-Centro América. Lima-Perú.

<sup>4</sup> Psiquiatra General y Psiquiatra de Niños y Adolescentes. Hospital Central de la Fuerza Aérea. Profesora asociada de la Universidad Nacional "Federico Villarreal". Lima, Perú.

<sup>5</sup> Psicóloga Asistente del Área de Niños y Adolescentes del Instituto Nacional de Salud Mental "Honorio Delgado Hideyo Noguchi". Lima - Perú

#### ABSTRACT

**Objective:** Determine clinical demonstrations of the Obsessive Compulsive Disorder (OCD) in children and Peruvian adolescents.

**Material and Methods:** It is presented a phenomenological study in 90 patients younger than 18 years old with obsessive compulsive disorder diagnosis in children and adolescents psychiatry in Lima, since January 2000 to January 2003. The diagnosis was made using DSM-IV criteria. It was classified the type of obsessions and compulsions using the check list from the Yale Brown scale. The severity of the disorder was valued using the Child Yale Brown scale and Global scale. It was determined incidence among first grade relatives, by means of interviewing parents and brothers.

**Results:** The 62% were male and the 38% female. The average age was 13.7 years old  $\pm$  2.6 years. The beginning

age of the disorder was 11.5 years old  $\pm$  2.9. The Yale Brown scale middle value at the moment of the diagnosis was 25.4  $\pm$  6.2 (Severe obsessive compulsive disorder); while the global functioning middle value was 60 – 51. The 78% from these patients had an unique episode of illness, with an illness average time of 16 month. The most frequent obsessions were aggressions obsessions (66%), contamination obsessions (60%) and sexual content obsessions (28%). The most frequent compulsions were cleanness compulsions (57%), rituals which involved others persons (28%), and repetition rituals (24%). More than 72% of these patients had at least two obsessions and two compulsions. The 27.5% from these patients had at least one first grade relative with obsessive compulsive disorder diagnosis.

Conclusion: The majority clinical demonstrations of the obsessive compulsive disorder in children and Peruvian adolescents are similar to the found by other authors in other contexts.

**Key words:** Phenomenological, obsessive compulsive disorder, children, adolescents.

## INTRODUCCIÓN

El Trastorno Obsesivo Compulsivo (TOC) es un trastorno de presencia universal y puede presentarse a cualquier edad. Las primeras descripciones del TOC en niños datan de 1903, cuando Pierre Janet realiza la primera descripción del trastorno en un niño de 5 años <sup>(1)</sup>. En 1935, Kanner reportó 3 casos de TOC en niños y reveló el aislamiento social, sus rasgos de personalidad premórbidos de tipo “constreñidos” y el involucramiento de los familiares en los rituales de los pacientes <sup>(2)</sup>. La predominancia del TOC en varones fue observada por Flament en 1988 y confirmada por Swedo en 1989 <sup>(3, 4)</sup>.

Hasta hace menos de 20 años, el TOC era considerado un trastorno sumamente raro; no obstante, en 1983, el Epidemiologic Catchment Area Survey (ECA), encuentra que la prevalencia de vida de TOC era de 2.5% y la prevalencia de seis meses de 1.6%<sup>(5)</sup>. Este hecho es comprobado a diario en la evaluación de pacientes en el programa de atención de niños y adolescentes con diagnóstico de TOC, que realizamos en nuestros departamentos de psiquiatría de niños y adolescente <sup>(6)</sup>.

En 1988, Flament y col. <sup>(3)</sup>, realizaron un estudio epidemiológico en 5 596 probandos adolescentes de una población rural de New Jersey; Utilizaron el Childhood Leyton Inventory y encontraron una prevalencia de 1.9%. En 1994 Valleni-Basile y col.<sup>(7)</sup> estimaron la prevalencia de TOC en 2.95% en una muestra de adolescentes; mientras que Zohar y col.<sup>(8)</sup> encontraron una prevalencia de 3.6% en adolescentes reclutados de 16 a 17 años.

Actualmente se sabe que entre el 50% á 80% de adultos con TOC iniciaron su enfermedad antes de los 18 años, que

los síntomas obsesivo-compulsivo varían con la edad y el nivel de desarrollo de las funciones cognoscitivas, que los niños pequeños tienen dificultades para observar y describir sus pensamientos, por lo que es más probable que no comuniquen sus obsesiones y en cambio presenten múltiples compulsiones con patrones motores que pueden semejar tics motores complejos lo que complica el diagnóstico <sup>(4, 9)</sup>.

Los síntomas clínicos manifestados en niños son idénticos a los observados en adultos; las obsesiones más frecuentemente reportadas son las de contaminación, mientras que la compulsión más común es la de lavado. La presentación de los síntomas tiende a ser ondulante, con una tendencia a una variación de los síntomas a través del tiempo<sup>(9, 10)</sup>. El estudio sistemático de serie de casos de niños con diagnóstico de TOC, publicados antes de 1970, es escaso, según refiere Grados <sup>(10)</sup>. En 1973, Adams publica una serie de 49 casos de niños con diagnóstico de TOC; 39 eran varones y 10 niñas con edades comprendidas entre los 5 y los 15 años. Fue un estudio retrospectivo de niños atendidos por el autor <sup>(11)</sup>.

## MATERIAL Y MÉTODOS

El presente es un estudio descriptivo prospectivo de una serie de casos que pretende ampliar nuestros conocimientos clínicos del TOC en niños y adolescentes peruanos. Se evaluaron a los pacientes con diagnóstico de TOC según criterios DSM-IV <sup>(12)</sup> que acudieron al Departamento de Psiquiatría de Niños y Adolescentes del Instituto Nacional de Salud Mental “Honorio Delgado-Hideyo Noguchi”, Servicio de Psiquiatría Infante Juvenil del Hospital Nacional Guillermo Almenara Irigoyen Es-Salud, y del Servicio de Psiquiatría del Hospital de la Fuerza Aérea del Perú, en la ciudad de Lima, Perú; desde enero de 2000 hasta enero del 2003.

La evaluación incluyó entrevistas por separado tanto al paciente como a sus padres. La severidad del trastorno se determinó mediante las escalas C-YBOCS <sup>(13, 14)</sup> y Funcionamiento Global para niños (C-GAS) <sup>(15)</sup>. La clasificación del tipo de obsesiones y compulsiones se realizó con la lista de chequeo de la Escala de Yale Brown.

Se evaluó clínicamente a los padres y hermanos para determinar la incidencia del trastorno entre ellos. Debido a que en la serie estudiada habían varios hermanos, solo se consideró a uno de ellos para evitar errores estadísticos; siendo el total de pacientes evaluados para este fin, 90.

Los datos se recogieron usando un formato de informe de caso semiestructurado y se creó una base de datos usando el programa SPSS10 (Statistical Package Of The Social Sciences). El análisis estadístico se realizó determinando el porcentaje, valores promedio y la desviación estándar.

## RESULTADOS

Durante el período de estudio se evaluaron 97 casos; tres fueron retirados porque tenían otros diagnósticos y dado que la severidad de ambos diagnósticos, fue similar, no fue posible determinar el diagnóstico primario (uno con Fobia Social y TOC, otro con Trastorno Bipolar y TOC y un tercero con Fobia Simple y TOC). Los otros cuatro pacientes fueron retirados porque no permanecieron en el estudio el tiempo necesario para confirmar el diagnóstico.

La muestra estuvo constituida por 90 niños y adolescentes peruanos de raza mestiza; 80% estudiantes y 20% desocupados. La distribución por sexos fue de 56 varones (62%) y 34 mujeres (38%). La edad promedio fue de  $13.7 \pm 2.61$  años; No se observó diferencias importantes entre la edad promedio de varones y mujeres ( $13.86 \pm 2.74$  y  $13.5 \pm 2.39$ ). La edad mínima fue de 8 años y la máxima de 18 años. El 72% de la muestra eran menores de 16 años. Tabla 1.

**Tabla 1.** Distribución de los casos por edad actual y sexo. (n=90)

Edad Actual	Sexo		Total N	Total %
	F	M		
8 - 11	6	13	19	21%
12 - 15	20	26	46	51%
16 - 18	8	17	25	28%
Total	34	56	90	100%
Promedio	$13.50 \pm 2.39$	$13.50 \pm 2.39$	$13.72 \pm 2.61$	

La edad de inicio de la enfermedad osciló entre los 5 y 17 años, con un valor promedio de  $11.5 \pm 2.78$ . Los varones presentaron una edad promedio de inicio de la enfermedad de  $11.61 \text{ años} \pm 3$ ; mientras que en las niñas fue de  $11.3 \text{ años} \pm 2.4$ . Tabla 2.

**Tabla 2.** Distribución de los casos por edad de inicio de enfermedad y sexo. (n=90)

Edad	Sexo		Total	%
	F	M		
5 - 7	2	4	6	6 %
8 - 11	16	26	42	47 %
12 - 15	16	19	35	39%
16 - 18	0	7	7	8%
Total	34	56	90	100%
Promedio	$11.32 \pm 2.40$	$11.61 \pm 3.00$	$11.50 \pm 2.78$	

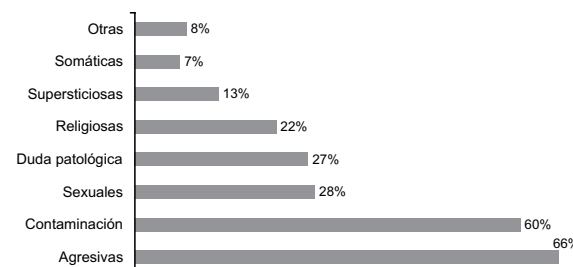
La gran mayoría de pacientes (78%) tenían un solo episodio al momento del diagnóstico; 13% tuvieron dos, 8% tres y solo 1% tuvo cuatro episodios. El tiempo promedio de enfermedad fue 16 meses.

El puntaje promedio de C-YBOCS hallada al momento del diagnóstico fue de  $25 \pm 6$ ; mientras que los puntajes en la escala de funcionamiento global oscilaron entre 11 a 80 puntos con un valor promedio de 60-51. Tabla 3.

**Tabla 3.** Medicion C-YBOCS y EFG

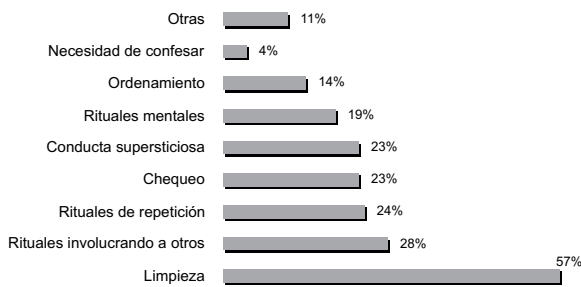
Medición	Pacientes	Mínimo	Máximo	Promedio	Desv. estándar
C-YBOCS	90	7	39	25.44	6.24
EFG	90	11	80	60-51	

Las obsesiones de agresión se presentaron en el 66% de los pacientes; las de contaminación en el 60%, las de contenido sexual en 28%; la duda patológica en el 26%; las de contenido religioso en el 22%; las supersticiosas en el 13%; las de tipo somático en el 7% y las agrupadas en el grupo de otras (atesoramiento, ideas intrusivas de números, miedo de decir ciertas cosas, preocupación por el desorden) en el 8% de los pacientes. Gráfica 1.



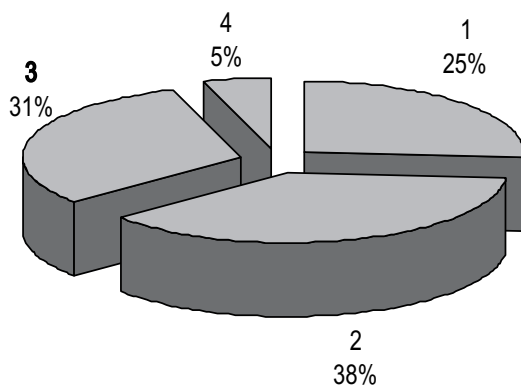
**Gráfica 1.** Distribución de pacientes según tipo de agresiones (n=90)

Con respecto a las compulsiones, encontramos que las compulsiones de limpieza se presentaron en 57% de los pacientes; los rituales involucrando a otros en el 28%; los rituales de repetición en el 24%; las compulsiones de chequeo y conducta supersticiosa en el 23%; los rituales mentales en el 19%; las compulsiones de ordenamiento en el 14 %; la necesidad de confesar en el 4% y las compulsiones agrupadas como otras (tocar, contar, dibujar edificios, medidas para prevenir daño a uno mismo) en el 11 % de los pacientes. Gráfica 2.

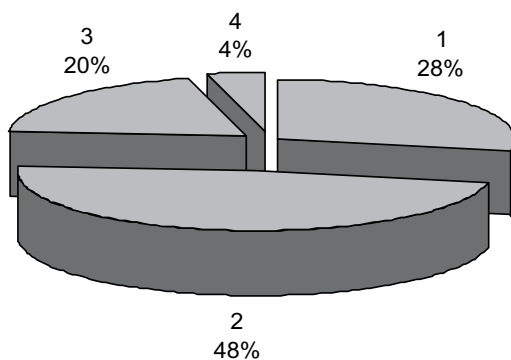


**Gráfica 2.** Distribución de pacientes según tipo de compulsiones. (n=90)

Más del 72% de pacientes tuvo por lo menos dos obsesiones y dos compulsiones. el 25% tuvo una obsesión, el 38% tuvo dos obsesiones, el 31% tuvo tres obsesiones y solo el 5% tuvo cuatro obsesiones al momento del diagnóstico. Así mismo el 28% de los pacientes presentó una compulsión; el 48% dos compulsiones; el 20% tres compulsiones y el 4% presentó cuatro. El número promedio de obsesiones y compulsiones fue 2, con una desviación estándar de 0.95 para obsesiones y de 0.86 para compulsiones. Gráfica 3 y 4.



**Gráfica 3.** Distribución de pacientes por N° de Obsesiones



**Gráfica 4.** Distribución de pacientes por N° de Compulsiones

Cuando se correlacionó entre sí cada una de las obsesiones

con las compulsiones, se halló que el 53% de los pacientes que presentaron Obsesiones de contaminación, presentaron también Compulsiones de limpieza y que el 19% tuvieron rituales involucrando a otros. Mientras que en el grupo de pacientes con Obsesiones de Agresión, se observó que 20% tenía Rituales de Repetición, otro 20% tenía Compulsiones de Chequeo y 17% Conductas Supersticiosas. Tabla 4, 5, 6, 7 y 8.

**Tabla 4.** Relación entre Obsesión de Contaminación y Compulsión de Limpieza (n=90)

Contaminación	Limpieza		Total
	No	Sí	
No	37%	3%	40%
Sí	7%	53%	60%
Total	43%	57%	100%

**Tabla 5.** Relación entre la obsesión de contaminación y compulsión de rituales involucrando a otros (n=90)

Contaminación	Rituales involucrando a otros		Total
	No	Sí	
No	31%	9%	40%
Sí	41%	19%	60%
Total	72%	28%	100%

**Tabla 6.** Obsesiones de Agresión y Rituales de Repetición. (n=90)

Agresión	Rituales de Repetición		Total
	No	Sí	
No	30%	4%	34%
Sí	46%	20%	66%
Total	76%	24%	100%

**Tabla 7.** Relación entre obsesiones de agresión y compulsiones de chequeo (n=90)

Agresión	Compulsión de Chequeo		Total
	No	Sí	
No	31%	3%	34%
Sí	46%	20%	66%
Total	77%	23%	100%

**Tabla 8.** Relación entre obsesión de agresión y compulsión de conducta supersticiosa (n=90)

Agresión	Conducta Supersticiosa		Total
	No	Sí	
No	28%	7%	35%
Sí	49%	17%	65%
Total	76%	24%	100%

El 27.5% de los 80 niños evaluados (pues se consideró solo a un hermano con TOC, en los casos en que más de un niño de una misma familia estuviera en el estudio) tenía por lo menos un pariente de primer grado con TOC; mientras que si se considera también al TOC Subclínico, este valor asciende a 39%. Es importante observar que en algunas de las familias estudiadas se encontraron a más de dos hijos afectados, como el caso de una familia con cinco hijos, que tenía cuatro hijos con TOC. Tabla 2.

**Tabla 9.** Pacientes con al menos un familiar con TOC y TOC Subclínico (n=90)

Familiar	TOC		TOC Subclínico	
	Nº	%	Nº	%
Madre	9	7.5%	9	7.5%
Padre	4	5%	1	1.25
Hermano/a	12	15%	2	2.50
Total	22	27.5%	12	11.25

## DISCUSIÓN

La naturaleza prospectiva del presente estudio ofrece la ventaja de que las características clínicas han sido recogidas más fidedignamente. La distribución por sexo que hemos hallado en nuestra muestra (62% varones y 38% mujeres) corresponde a lo descrito por la literatura desde 1988, cuando Flament<sup>(3)</sup> reportó una relación de 3 niños / por 2 niñas y es corroborado por Geller en 1998,<sup>(16)</sup> cuando realizó un estudio de revisión de toda la literatura escrita hasta entonces sobre TOC juvenil y asume que el 60% del total de niños y adolescentes con TOC son varones.

La edad promedio al momento del diagnóstico de 13.7 años con una D.S de 2.61, hallada en este estudio, es similar a lo reportado por Swedo<sup>(4)</sup> en su estudio de 70 casos durante un intervalo de 10 años en el Instituto de Bethesda (13.7 años D.S. 2.67) y a lo informado posteriormente por Riddle<sup>(9)</sup> en 1990 (12.2 años; D.E. 3.1) y por Geller<sup>(16)</sup> en 1998, (13.2 años) al evaluar 11 estudios basados en muestras clínicas.

La edad promedio de inicio de enfermedad que hallamos (11.5 años) es ligeramente superior a la reportada por Geller (10.3 años) en su estudio de revisión de 11

investigaciones clínicas<sup>(16)</sup>; sin embargo, se halla dentro del rango de edades, de 7-12 años hallados en diferentes estudios<sup>(4,9,17)</sup>. Otro aspecto que llama la atención es que en nuestros pacientes no se evidencie la diferencia de edad de inicio entre varones y mujeres, reportada por otros autores<sup>(4, 16)</sup>. Es posible que la razón de tales diferencias puedan ser explicadas por el análisis de diferentes tipos de muestras; no obstante, sería necesario realizar un estudio más exhaustivo para aclarar dicha duda.

Con respecto a la naturaleza de los síntomas clínicos, nuestros resultados corroboran lo reportado por una serie de investigadores sobre la similitud con los síntomas observados en los adultos<sup>(10, 16, 18)</sup>; sin embargo, difieren en que la obsesión más prevalente en nuestro grupo (niños peruanos de raza mestiza) es la de contenido agresivo; mientras que en niños y adolescentes de raza caucásica es la de contaminación<sup>(4, 8, 17)</sup>. Además, es interesante notar que la diferencia de porcentajes entre los que presentan obsesiones de contenido agresivo en nuestro grupo, es casi el doble de lo reportado por Swedo y por Riddle<sup>(4,9)</sup>. Consideramos que una explicación plausible podría ser que los niños y adolescentes de nuestra muestra hallan estado más expuestos a experiencias adversas; sin embargo, este aspecto ameritaría un investigación futura.

Pauls y colaboradores en 1995<sup>(19)</sup>, Black<sup>(20)</sup>, Bellodi<sup>(21)</sup>, hacen notar que el inicio en la niñez del TOC, parece indicar una vulnerabilidad genética mayor, en comparación a lo reportado en probandos que iniciaron el TOC después de los catorce años, quienes tienen una presentación de TOC en familiares de primer grado de 2.5-7.4 %. Estos datos son fielmente corroborados tanto por nuestros hallazgos de 27.5% de parientes de primer grado, afectados por la misma enfermedad, que se incrementa hasta el 38.75% si se considera tanto al TOC como el TOC- subclínico, como lo reportado por otros autores<sup>(4, 8)</sup>.

Por otro lado, fue interesante observar que la gran mayoría de los pacientes de nuestro estudio presentaron más de una obsesión y más de una compulsión; dato que se corresponde fielmente con lo descrito por Geller en su revisión de 11 estudios clínicos<sup>(16)</sup>. Así como que, el 53% de pacientes con obsesiones de contaminación presentaban también compulsiones de limpieza, lo que confirma lo señalado por Yaryura en 1997<sup>(22)</sup>, cuando intenta clasificar a los pacientes tratando de hallar bases clínicas para diferencias en pronóstico y tratamiento.

El tiempo promedio de enfermedad hallada (16 meses) y el hecho de que el 78% de nuestros pacientes presentaron un solo episodio, apoya el conocimiento de que el TOC en niños y adolescentes, al igual que en adultos, es un trastorno crónico<sup>(16 - 21)</sup>.

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- 1- Janet P, Raymond F. Les obsessions et la psychasthénie. Paris: Felix Alcan; 1903.



- 2- Kanner L. Child Psychiatry. In Ollendick TH, Neville JK, editores. Phobic and Anxiety Disorders in Children and Adolescents. 3rd Ed. California: Springfield Il;1962. p. 210-217.
- 3- Flament, M. F., Whitaker, A., Rapoport, J., et al: Obsessive compulsive disorder in adolescent. An epidemiological study. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*, 1988; 27: 764-771.
- 4- Swedo S, Rapoport J, Leonard H, Lenane M, Cheslow D. Obsessive compulsive disorder in children and adolescents: Clinical phenomenology of 70 consecutive cases. *Arch Gen Psychiatry*. 1989; 46: 335-341.
- 5- Robins L, Helzer J, Weissman M, Orvaschel H, Gruenberg E, Burke J et al. Lifetime prevalence of Specific Psychiatric Disorders in three sites. *Arch. Gen. Psychiatry*, 1984; 41: 949-958.
- 6- Vivar R., Adrianzen C, Macciotta B, Moron G. Programa de Atención de Niños y Adolescentes con Trastorno Obsesivo-compulsivo en el Instituto Nacional de Salud Mental "Honorio Delgado-Hideyo Noguchi", Lima. Perú. *Anales de Salud Mental*.1998; XIV: 45-64.
- 7- Valleni-Basile L, Garrison C, Jackson K, et al. Frequency of Obsessive Compulsive disorder in a community sample of young adolescent. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. 1994; 33: 782-791.
- 8- Zohar A, Ratzoni G, Pauls D, et al. An epidemiological study of Obsessive Compulsive disorder and related disorder in Israeli adolescents. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*. 1992; 31: 1057-1061.
- 9- Riddle M, Scahill L, King R, et al. Obsessive Compulsive disorder in Children and Adolescent: Penomenology and Family History. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. 1990; 29: 766-772.
- 10- Grados, M, Labuda M, Riddle M, et al. Obsessive Compulsive Disorder in Children and Adolescent *International Review of Psychiatry* 1997;9: 83-97.
- 11- Adams PL. Obsessive children. New York: Penguin Books; 1973.
- 12- American Psychiatric Association. Diagnostic and Statiscal Manual of Disorder. Fourth Edition, Washington D.C. American Psychiatric Press. 1994.
- 13- Scahill, L., Riddle, M.A., Mcswiggin-Hardin, M., et al. :`Childrens Yale-Brown Obsessive Compulsive Scale: reliability and validity. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*,1997; 36:844-852.
- 14- Adrianzen C., Pacheco Z., Vivar R, Macciotta B. Validez y confiabilidad de la Escala de Yale Brown versión niños y adolescentes (CY-BOCS) en el Perú. *Rev. peru. Pediatr*. 2008; 61:68-75.
- 15- Shaffer D, Gould MS, Brasic et al. A children's Global Assessment Scale (CGAS). *Arch Gen Psychiatry*, 1983, 40: 1228-1231.
- 16- Geller D, Biederman J, Jones J, et al. Is Juvenil Obsessive Compulsive disorder a developmental subtype of the disorder? A Review of the Pediatric Literature. *J Am. Acad. Child Adolesc. Psychiatry*. 1998, 37:420-427.
- 17- King, R., Leonard, H., March, J. :Summary of the Practice Parameters for the ssesment and treatment of children and adolescent with Obsessive Compulsive Disorder. *J. Am. Acad. Child. Adolesc. Psychiatry*, 1998; 37: 1110-1116.
- 18- March J, Leonard H. Obsessive Compulsive Disorder in children and adolescent: A Review of the past 10 years. *J. Am. Acad. Child. Adolesc. Psychiatry* 1996; 35: 1265-1273.
- 19- Pauls D, Alsobrook J, Goofman W, et al. A family study of Obsessive-compulsive disorder. *Am J Psychiatry* 1995; 152: 76-84.
- 20- Black D, Noyes R, Goldstein R, et al. A Family study of Obsessive-compulsive Disorder. *Arch Gen. Psychiatry* 1992; 49: 362-368.
- 21- Bellodi L, Sciuto G, Diaferia G, et al. Psychiatric Disorders in the families of patients with Obsessive –Compulsive Disorder. *Psychiatry Research*, 1992; 42: 111-120.
- 22- Yaryura T. Trastornos Obsesivo-Compulsivos en la infancia. España: Harcourt Brace; 1997.

**Correspondencia:** Zoila Pacheco  
zopacheco@hotmail.com

**Recibido:** 25-04-09

**Aceptado:** 27-04-09