

A. E. Ortiz *
Clara Espelt ¹
Mireia Rosa ²
Olga Puig ³
Luisa Lázaro ⁴
Rosa Calvo ⁴

¹ Servicio de Psiquiatría y Psicología Infanto-Juvenil, Instituto de Neurociencias, Hospital Clínic de Barcelona, España.

² Institut d'Investigacions Biomèdiques August Pi i Sunyer; Servicio de Psiquiatría y Psicología Infanto-Juvenil, 2017SGR881, Instituto de Neurociencias, Hospital Clínic de Barcelona, España.

³ Servicio de Psiquiatría y Psicología Infanto-Juvenil, 2017SGR881, Instituto de Neurociencias, Hospital Clínic de Barcelona; Departamento de Medicina, Universitat de Barcelona; Centro de Investigación Biomédica en Red Salud Mental (CIBERSAM), Madrid, España.

⁴ Servicio de Psiquiatría y Psicología Infanto-Juvenil, 2017SGR881, Instituto de Neurociencias, Hospital Clínic de Barcelona; Departamento de Medicina, Universitat de Barcelona; Institut d'Investigacions Biomèdiques August Pi i Sunyer (IDIBAPS), Barcelona; Centro de Investigación Biomédica en Red Salud Mental (CIBERSAM), Madrid, España.

***AUTOR DE CORRESPONDENCIA:**

Ana E. Ortiz García MD PhD

Especialista en Psiquiatría

Servicio de Psiquiatría y Psicología Infanto-Juvenil, Instituto de Neurociencias, Hospital Clínic de Barcelona.

Institut d'Investigacions Biomèdiques August Pi i Sunyer (IDIBAPS), Barcelona.

Correo electrónico: aeortiz@clinic.cat

Identificando compulsiones en niños y adolescentes con trastorno del espectro autista

Identifying compulsive behaviour in children and adolescents with autism spectrum disorders

RESUMEN

El Trastorno de Espectro Autista (TEA) y el Trastorno Obsesivo Compulsivo (TOC) de inicio en la infancia son trastornos del neurodesarrollo con una prevalencia aproximada de entre el 1 y el 3%. Ambos trastornos tienen como característica similar la existencia de comportamientos repetitivos.

Objetivos: Describir la prevalencia de comportamientos repetitivos de los niños con TEA con la adaptación española del *Child Yale-Brown Obsessive-Compulsive Scale por Autism Spectrum Disorder* (CY-BOCS-ASD) y comparar el tipo de síntomas y la gravedad con los evaluados en un grupo de comparación con TOC.

Metodología: Se evaluó mediante el CY-BOCS-ASD una muestra de 39 sujetos con diagnóstico de TEA (confirmado por la *Autism Disorder Interview-Revised -ADI-R-*) y mediante el *Child Yale-Brown Obsessive-Compulsive*

Scale (CY-BOCS) 36 sujetos con diagnóstico de TOC siguiendo criterios DSM-IV. Para poder ser incluidos, todos los participantes debían tener un cociente intelectual >70.

Resultados: Se obtuvieron puntuaciones más altas en los síntomas obsesivo-compulsivos actuales en el grupo de TOC (12,95+3,45) que en el grupo con TEA (8,23+5,65), ($t = -3.632$, $p = .001$). Las compulsiones de limpieza ($p=.003$), comprobación ($p=.001$), contaje ($p=.001$), orden y simetría ($p=.004$), y miscelánea ($p=.001$) fueron significativamente más prevalentes en el grupo de TOC. La frecuencia, malestar e interferencia fue mayor en pacientes con TOC que en los pacientes con TEA.

Conclusiones: La CY-BOCS-ASD podría ser un instrumento útil para detectar síntomas compulsivos en niños y adolescentes con TEA. Disponer de un instrumento adaptado hará que dicha sintomatología,

que requiere un abordaje específico, esté mejor evaluada y considerada en el tratamiento global de los pacientes con TEA.

PALABRAS CLAVE: Trastorno obsesivo compulsivo (TOC), Trastorno de Espectro Autista (TEA), sintomatología obsesivo-compulsiva.

ABSTRACT

Autism Spectrum Disorder (ASD) and Obsessive Compulsive Childhood Disorder (OCD) are neurodevelopmental disorders with an approximate prevalence between 1% and 3% respectively. Both disorders share characteristics as repetitive behaviors.

Objective: To measure the repetitive behaviors in a sample of ASD children with the Spanish adaptation of the *Child Yale-Brown Obsessive-Compulsive Scale por Autism Spectrum Disorder (CY-BOCS-ASD)* and compared the characteristics of symptomology and serverity with those evaluated in an OCD matched group.

Methodology: 39 participants with ASD diagnoses (confirmed by the Autism Disorder Interview-Revised -ADI-R-) and 36 with OCD were evaluated. All the participants had an IQ above 70. Obsessive-compulsive symptoms were assessed with the *Child Yale-Brown Obsessive-Compulsive Scale (CY-BOCS)* in the OCD group.

Results: Children and adolescents with OCD showed higherrates on obsessive-compulsive symptoms ($t = -3.632, p = .001$). Compulsions of cleaning ($p = .003$), checking ($p = .001$), counting ($p = .001$), order and symmetry ($p = .004$), and miscellaneous ($p = .001$) were significantly more prevalent in the OCD group. The frequency, discomfort and interference are higher in patients with OCD than in patients with ASD.

Conclusions: CY-BOCS-ASD could be a useful instrument to detect compulsive symptoms in children and adolescents with ASD. Having an instrument adapted to ASD to identify specifically compulsive symptomatology that interferes in functioning should be considered to prepare appropriate interventions in ASD children.

KEYWORDS: Obsessive Compulsive Disorder (OCD), Autism Spectrum Disorder (ASD), obsessive-compulsive symptoms

INTRODUCCIÓN

El Trastorno del Espectro Autista (TEA) es un trastorno del neurodesarrollo caracterizado por dos grandes grupos de síntomas principales: 1) déficits persistentes en la comunicación social y en la interacción social en múltiples contextos y 2) intereses restringidos y patrones de comportamiento repetitivo. Además para su diagnóstico estos síntomas deben estar presentes en el período inicial de desarrollo, causar un deterioro clínicamente significativo en las áreas social, escolar o familiar y dichas alteraciones no pueden ser explicadas mejor por la discapacidad intelectual o el retraso en el desarrollo global (1).

El TEA y el Trastorno Obsesivo Compulsivo (TOC) de inicio en la infancia son trastornos del neurodesarrollo (2) con una prevalencia aproximada de entre el 1 y el 3% (3, 4). Ambos trastornos tienen como característica similar la compulsividad, que se podría definir como la realización de conductas encubiertas o manifiestas, repetitivas y sin función adaptativa, realizadas de forma habitual o estereotipada (5). Usando esta definición, la compulsividad a parte de encontrarla en los diagnósticos de TEA y TOC, también la podemos encontrar en otros trastornos neuropsiquiátricos, como la tricotilomanía, o el trastorno de acumulación (5).

Previo al 2013, los psicólogos y psiquiatras que realizaban el diagnóstico según el sistema diagnóstico Diagnostic and Statistical Manual (DSM) de la Asociación Americana de Psiquiatría no podían emitir a los individuos con TEA el diagnóstico comórbido de TOC y viceversa (7). Debido a que en las versiones a partir de ese año sí es permitido el diagnóstico comórbido, se han realizado diversos estudios recientemente, uno de registro longitudinal (2) y otro de revisión (7) en el que destacan la elevada prevalencia de síntomas obsesivo-compulsivos en pacientes con TEA y viceversa, refiriendo algunos estudios entre un 17% y 37% de jóvenes con TEA que cumplen los criterios diagnósticos de TOC (8, 9).

Por otra parte, desde un punto de vista neurobiológico, se han encontrado alteraciones funcionales comunes en los circuitos cerebrales implicados en estas conductas, específicamente en los sistema de recompensa y toma de decisiones, que se establecen en las regiones del córtex orbitofrontal, núcleo accumbens, córtex cingulado anterior (CCA) y caudado (10, 11). Además, se ha observado que al comparar los niveles de glutamato en el CCA en pacientes con TEA y pacientes con TOC, estos están incrementados en ambos trastornos, y además dichos niveles correlacionan con la compulsividad (12).

No existe una forma definitiva para distinguir clínicamente las conductas repetitivas específicas del TEA y de TOC, aunque algunos autores han intentado realizar diferentes esquemas que ayuden a diferenciarlas (13, 14). En primer lugar, podemos estudiar la fenomenología del comportamiento. La conducta repetitiva en el TEA habitualmente es invariable, topográficamente consistente, no es especialmente pertinente para la situación (para el observador no tiene sentido) y además suele ser vivida sin malestar y ser independiente de los desencadenantes. Por el contrario, en el TOC la conducta repetitiva suele ser útil, sirve para evitar el evento temido y reduce la angustia. Además las compulsiones en el TOC son estresantes por sí mismas y pueden variar en tiempo, espacio, contexto y por la presencia de los desencadenantes (13). En segundo lugar, otro aspecto que permite diferenciarlo es el inicio y el curso de dichas conductas compulsivas. En los pacientes con TEA, estas conductas se desarrollan desde la infancia; en cambio, por lo general, en los pacientes con TOC, aparecen de novo en la preadolescencia, adolescencia o edad adulta. En tercer lugar, deberíamos observar la dimensión sintomática del comportamiento. Mientras algunos autores observan que no hay diferencias en dicha sintomatología, otros describen un predominio de la sintomatología de simetría, orden, contaje y organización en el TOC versus la preferencia de una rutina en el TEA. Además, diferencian la dimensión de acumulación en el TOC versus coleccionar como parte de un interés especial en el TEA (13). También se ha propuesto evaluar las siguientes áreas: 1) Nivel

de ansiedad y angustia experimentado en relación con los patrones de pensamientos y compulsiones obsesivas, 2) Contenido de obsesiones en TOC y el contenido de los intereses restrictivos en TEA, 3) Función de compulsión y 4) Teorías psicológicas explicativas de TOC síntomas y TEA (14). En el TEA la experiencia es satisfactoria y reforzante, en cambio en el TOC es intrusiva, no origina disfrute y sí cierta resistencia. La función en el TEA sería el disfrute o ser distractora de la sensación de distrés y en el TOC reducir la incomodidad que causa la obsesión.

Respecto a la frecuencia de las dimensiones sintomáticas, la literatura en población infantil y juvenil presenta resultados poco consistentes. Mientras algunos autores han descrito que las compulsiones de contar o de orden son más frecuentes en TEA que en TOC (15), otros afirman que son más frecuentes en TOC que en TEA (13). Otras compulsiones como organizar o involucrar a otra persona en el ritual se han relacionado más con TEA (16) y limpiar o comprobar con TOC (17) habiendo discrepancia en la interferencia y el tiempo empleado, mayor en TOC que en TEA en algún estudio (17) y sin diferencias en otros (18).

Todo lo referido nos indica la importancia de una correcta evaluación de los síntomas compulsivos en niños con TEA para poderlos tratar de forma adecuada y específica. El propósito del presente estudio es examinar el tipo, la frecuencia, y gravedad de los comportamientos compulsivos en niños y adolescentes con TEA y compararlos con los comportamientos compulsivos de un grupo de niños y adolescentes de similar edad y género con diagnóstico de TOC.

METODOLOGÍA

Participantes

Se trata de un estudio transversal de una muestra de 77 pacientes entre 7 y 17 años de edad con diagnóstico de TEA y TOC (según criterios DSM-IV-TR(5)) apareados por edad y género. Para su inclusión, los pacientes con TEA debían tener una puntuación positiva en el criterio C de la entrevista

semi-estructurada Autism Diagnostic Interview-Revised (ADI-R) (19). Fueron evaluados un total de 39 pacientes con TEA (32 varones y 7 mujeres) con una edad media de 12.9 + 2.4 años y 36 pacientes con TOC (30 varones y 6 mujeres con una edad media de 13.9 + 2.2 años). Los datos sociodemográficos se describen en la tabla 1. Los criterios de exclusión para todos los participantes fueron la presencia de un diagnóstico actual de esquizofrenia, trastorno bipolar o depresión; presentar algún trastorno neurológico como epilepsia, y/o presentar un CI inferior a 70.

Todos los participantes fueron reclutados en el Servicio de Psiquiatría y Psicología Infantil y Juvenil del Hospital Clínic de Barcelona. Los pacientes con TEA fueron reclutados en las consultas ambulatorias de zona y a través de asociaciones de familiares de niños con TEA, y los pacientes con TOC fueron

reclutados en las consultas ambulatorias de zona y en las consultas externas de la unidad de referencia de segunda opinión de TOC, durante el periodo de tiempo 2012-2014. El proyecto fue evaluado y aprobado por el Comité Ético del Hospital. Se obtuvo el consentimiento por escrito de todos los padres o tutores y de todos los participantes del estudio.

Procedimiento

En primer lugar, se tradujo al español la Escala obsesiva compulsiva Yale-Brown para niños modificada para trastornos generalizados del desarrollo (CY-BOCS-ASD) y se volvió a traducir al inglés para recibir la aprobación del autor original de la batería (20). Dicha escala se administró como una entrevista dentro de la entrevista semiestructurada del estudio. El CY-BOCS-ASD es una entrevista semiestructurada

Tabla 1. Características sociodemográficas de los pacientes TEA (n=39) y TOC (n=36) de nuestro estudio

	TEA n = 39			TOC n = 36			X ²	p-valor
		n	%		n	%		
GÉNERO	♂	32	83,3	♂	29	83,3	.028	.868
	♀	7	16,7	♀	7	16,7		
NIVEL SOCIOECONÓMICO	Bajo	3	7,7	Bajo	3	8,3	5.559	.235
	Medio-Bajo	10	25,6	Medio-Bajo	4	11,1		
	Medio	7	17,9	Medio	7	19,4		
	Medio-Alto	7	17,9	Medio-Alto	9	25,0		
	Alto	12	30,7	Alto	13	36,1		
COMORBILIDAD	No	8	16,7	No	15	33,3	3.609	.057
	Si	31	83,3	Si	21	58,3		
		x	dt		x	dt		
EDAD		12,9	2,4		13,9	2,2	-3.042	.081
C.I.	Vocabulario	9,3	2,7	Vocabulario	11,1	2,3	-3.042	.003
	Cubos	9,0	3,3	Cubos	10,3	3,4	-1.698	.094

Nota: CY-BOCS-ASD / ADI-R_C r=,649, p<.000

administrada a los padres para medir la gravedad de los comportamientos repetitivos en niños con TEA. Esta entrevista es una versión ligeramente modificada de la Escala Yale-Brown de Obsesiones y Compulsiones para niños CY-BOCS (21), y esta última es la versión modificada del instrumento original para adultos (22, 23). El instrumento incluye una lista de síntomas obsesivos y compulsivos distribuido en nueve grupos (Compulsiones de lavado/limpieza, compulsiones de comprobación, compulsiones de repetición, compulsiones de contar, compulsiones de ordenar, compulsiones de acumular, compulsiones de pensamiento mágico/superstición, compulsiones que implican a otras personas, y compulsiones miscelánea) y una sección de gravedad de los síntomas, que evalúa tiempo utilizado, interferencia, malestar, resistencia y grado de control. Cada uno de estos ítems evalúa la gravedad de las compulsiones y se clasifican de 0 a 4, obteniéndose un puntaje final de 0-20.

Respecto a la evaluación realizada a los participantes, en primer lugar, para confirmar el diagnóstico a los padres de los pacientes con TEA se les administró el ADI-R versión en español (19) que es una entrevista semiestructurada, compuesta por 93 ítems, que incluye información sobre el comportamiento más significativo de las tres áreas que conforman los síntomas de diagnóstico de los TEA según el DSM-IV-TR: interacción social, comunicación y lenguaje, y patrones de comportamiento. Además, a los padres de los pacientes con diagnóstico de TEA se les administró la escala CY-BOCS-ASD (20). Para evaluar la comorbilidad se realizó la pasación de la Kiddie-Sads-Present and Lifetime Version (K-SADS-PL) versión adaptada al español (24, 25) como mencionamos posteriormente.

Respecto al proceso de evaluación de los pacientes con TOC. En primer lugar, para confirmar el diagnóstico se realizó la pasación de la K-SADS-PL (24, 25) tal y como mencionamos posteriormente. Además, a los sujetos con TOC se administraba la Escala CY-BOCS (21). La CY-BOCS deriva de la Yale-Brown Obsessive-Compulsive Scale (22), que evalúa el TOC en adultos. Esta versión consta de 10 ítems

valorados de 0 (no síntoma) a 4 (sintomatología severa) que proporcionan 3 puntuaciones: (a) severidad de la obsesión, constituida por la suma de los cinco primeros ítems: tiempo dedicado a la obsesión principal que presenta la persona, su interferencia sobre la vida diaria, el malestar que produce, la resistencia que se le opone y el control ejercido sobre ella; (b) severidad de la compulsión, constituida por los cinco últimos ítems que, de forma semejante, evalúan el tiempo, la interferencia, el malestar, la resistencia y el control de la compulsión principal presentada por el individuo; y (c) severidad total, la suma de las dos anteriores. Para el análisis realizado sólo se tuvo en consideración el apartado de puntuaciones de las compulsiones de la CY-BOCS (puntuaciones rango 0-20).

Comorbilidad

Para evaluar la comorbilidad de los trastornos psiquiátricos en las dos muestras, utilizamos la Kiddie-Sads-Present and Lifetime Version (K-SADS-PL) (24, 25). Esta entrevista es un instrumento de diagnóstico categórico que proporciona diagnósticos actuales y a lo largo de la vida con clasificaciones de discapacidad globales y específicas del diagnóstico. La entrevista fue administrada por un clínico capacitado en administración de K-SADS-PL. Primero se administra solo al padre, que califica los síntomas del niño cuando estaban en su peor momento durante el período de tiempo especificado y también califica la persistencia de la gravedad de los síntomas durante la semana anterior o durante el episodio actual. Posteriormente, el mismo clínico administra la entrevista solo al niño.

Medidas de inteligencia

Por último, se realizaron las pruebas específicas para evaluar el cociente intelectual en ambos grupos utilizándose los subtest de vocabulario y cubos de la Escala de Inteligencia de Wechsler para niños-Cuarta edición (WISC-IV) (26) en sujetos de edad inferior a los 16 años y 11 meses y Escala de inteligencia Wechsler para adultos - tercera edición (WAIS-III) (27) en sujetos con 17 años.

Análisis estadístico

Los datos sociodemográficos entre el grupo TEA y el grupo TOC se calcularon mediante las pruebas Chi-cuadrado para variables dicotómicas y t-Student para las variables continuas. Las diferencias significativas en el CI se controlaron mediante una regresión logística binaria para observar que no fueran un factor de confusión que afectara a las diferencias entre las compulsiones en ambos grupos. Se obtuvieron correlaciones de Pearson entre ADI-R y CY-BOCS-ASD. Los valores p significativos se expresaron en $p \leq .05$.

RESULTADOS

Características de la muestra

No se encontraron diferencias significativas entre los grupos en género, edad o nivel socioeconómico. Se encontraron diferencias de CI entre los grupos, con puntuaciones más bajas en la muestra de TEA.

Tabla 2. Trastornos comórbidos en ambos grupos

	TEA n = 39	TOC n = 36
Sin comorbilidad	7	12
TOC	4	-
TDAH	20	3
Trastorno de ansiedad generalizada	0	9
Trastorno adaptativo	2	0
Tics motores	0	3
Trastorno de conducta	2	0
Trastorno de conducta alimentaria	0	2
Trastorno de Tourette	1	1
Trastorno de ansiedad social	1	0
Trastorno depresivo	1	1
Dislexia	1	0
Trastorno de estrés postraumático	0	1
Fobia específica	0	1
Fenómenos sensoriales	0	4

Para controlar esta variable se realizó una regresión logística binaria observándose que las puntuaciones de CI no afectaban a las compulsiones (tabla 1).

Con respecto a los trastornos comórbidos, un 72% de los pacientes con TEA y un 68% de los pacientes con TOC presentaban comorbilidad (tabla 2). El grupo con TOC tenían una prevalencia significativamente mayor de trastorno de ansiedad generalizada (TAG) ($X^2 = 8,038$, $p = .006$) y tics motores ($X^2 = 9,574$, $p = .002$) que la muestra de TEA. En cambio, los pacientes con TEA tenían una prevalencia significativamente mayor de Trastorno por Déficit de Atención (TDAH) que el grupo con TOC ($X^2 = 19,443$, $p = .001$).

Se obtuvieron puntuaciones más altas en los síntomas obsesivo-compulsivos actuales en el grupo de TOC (12,95+3,45) que en el grupo con TEA (8,23+5,65), ($t = -3.632$, $p = .001$). Cuatro pacientes con TEA presentaban comórbidamente un diagnóstico de TOC. Dichos pacientes presentaban puntuaciones medias de la CY-BOCS-ASD de 13.5+0.57 frente a los 4.26+5.58 del grupo de TEA (n=35) sin TOC comórbido. Como era de esperar, se obtuvo una correlación positiva entre el puntaje total actual CY-BOCS-ASD y el índice ADI-R C ($r = .649$, $p = .001$), mostrando que a puntajes más altos en ADI-R C mayor gravedad de los síntomas compulsivos en el CY-BOCS-ASD.

Comparación entre las dimensiones en los grupos TEA y TOC

Las compulsiones de limpieza ($p=.003$), comprobación ($p=.001$), contaje ($p=.001$), orden y simetría ($p=.004$), y miscelánea ($p=.001$) fueron significativamente más prevalentes en el grupo de TOC. La frecuencia del resto de compulsiones no fue significativamente diferente entre los grupos. La frecuencia, malestar e interferencia es mayor en pacientes con TOC que en los pacientes con TEA (tabla 3).

Cuando comparamos específicamente los 4 pacientes con TEA que presentaban comórbidamente TOC observamos que el grado de malestar es en un caso moderado y en 3 casos severo, frente a ningún o leve malestar en el grupo TEA sin TOC comórbido. En relación a la interferencia, los 4 pacientes con TEA

y TOC comórbido presentan interferencia moderada, y únicamente 4 de los 35 pacientes con TEA sin TOC comórbido presentan interferencia moderada o serera. En relación a la frecuencia, 2 pacientes presentan frecuencia moderada y 2 severa, frente a sólo 3 de los 35 de los pacientes con TEA sin TOC comorbido que presentan frecuencia moderada, sin ningún caso con frecuencia severa o extrema. Grados de malestar moderado-severo, interferencia moderada-severa y frecuencia moderada-severa son las puntuaciones de alrededor del 85% de los pacientes con TOC, como era esperable. Cuando comparamos las puntuaciones

medias de la CY-BOCS-ASD del grupo TEA con TOC comórbido (13.50+0.707) y la CY-BOCS en el grupo TOC (12.95+3.448) del periodo de mayor gravedad son similares.

DISCUSIÓN

La adaptación española del CY-BOCS-ASD ha identificado en éste estudio la presencia, tipo, frecuencia, malestar e interferencia de los comportamientos repetitivos de los niños con TEA.

Tabla 3. Comparación entre las dimensiones obsesivo-compulsivas en los grupos TEA (n=39) y TOC (n=36).

		TEA n =39	TOC n = 36	U / X2	p-valor
Compulsiones de limpieza		20,6%	52,9%	493	.003
Comprobación		15,4%	52,7%	475.5	.001
Repetición		38,5%	61,1%	655.5	.334
Contar		2,6%	36,1%	506.5	.001
Orden, organizar		15,4%	47,2%	510,5	.004
Coleccionar		23,1%	30,6%	688,5	.483
Superstición, pensamiento mágico		5,1%	11,1%	701	.380
Rituales que incluyen a otras personas		15,4%	8,4%	711	.600
Miscelánea		10,3%	66.7%	293	.001
Frecuencia	Leve	82,1%	34,2%	26,692	.001
	Moderado	12,8%	31,6%		
	Grave-Extremo	5,1%	34,2%		
Malestar	Leve	61,5%	42,1%	20,146	.001
	Moderado	20,5%	39,5%		
	Grave-Extremo	17,9%	18,4%		
Interferencia	Leve	79,5%	36,9%	17,249	.001
	Moderado	17,9%	52,6%		
	Grave-Extremo	2,6%	10,5%		

La existencia de estos síntomas evaluados con éste instrumento correlaciona con la existencia de los síntomas evaluados con la entrevista ADI-R, apartado C. Además, la frecuencia, intensidad de malestar e interferencia producida por las compulsiones fue inferior en el grupo de pacientes con TEA que en el grupo con TOC.

Esta menor frecuencia e intensidad de los síntomas puede deberse a varias razones. Una de ellas es que una parte de los pacientes incluidos con el diagnóstico de TOC fueron reclutados en la unidad específica de referencia de TOC en la que se atienden pacientes graves, algunos de ellos con escasa respuesta al tratamiento, lo que ha podido influir en los valores más altos en las puntuaciones de frecuencia e intensidad de los síntomas. Este hecho también podría explicar que sus compulsiones más frecuentes (limpieza, comprobación, contaje, orden y simetría y miscelánea) difieran de las habituales en la literatura previa (15, 16). Otra posible razón es que los pacientes con TEA presentan dificultades para identificar emociones internas, dificultades en el procesamiento de información compleja, en la coherencia central y en el funcionamiento cognitivo (28,29,30) que les dificulta para describir sus estados y experiencias mentales e incluso sus experiencias de la vida diaria. Otro factor explicativo sería que la mayoría de los pacientes con TEA eran pacientes con conductas repetitivas sin diagnóstico comórbido de TOC (35 de 39), lo que hacía que la sintomatología fuera menos grave. Es interesante destacar que cuando comparamos la frecuencia, la interferencia y el malestar en el grupo de pacientes con TEA con diagnóstico comórbido de TOC presentan puntuaciones similares a las del grupo con TOC.

En un estudio reciente en una muestra de niños y adolescentes con TEA se investigó la relación entre los comportamientos restringidos y repetitivos y los síntomas psiquiátricos concurrentes. Los resultados indicaron que los comportamientos restringidos y repetitivos predecían la psicopatología. El comportamiento ritualista y de similitud era predictivo de ansiedad, depresión y trastorno negativista-desafiante, los intereses restringidos eran predictores negativos de depresión, mientras que las

estereotipias eran predictivas de TDAH. (31). En el presente estudio, se observó que los pacientes con TEA presentan mayor frecuencia del diagnóstico comórbido de TDAH que en el grupo con TOC, pero no se valoró la posible relación predictiva entre comorbilidad existente y tipos de compulsiones o conductas repetitivas realizadas.

No podemos dejar de considerar algunas limitaciones en este estudio. En primer lugar, en este estudio evaluamos específicamente un subgrupo de niños y adolescentes con TEA y sin discapacidad intelectual, por lo que, dado que el TEA es un trastorno clínicamente heterogéneo, los resultados obtenidos no pueden ser considerados como válidos en otras presentaciones clínicas como el TEA de bajo funcionamiento o el TEA en la edad adulta. En segundo lugar, como limitación, debe tenerse en consideración que hemos utilizado la primera versión de la escala CY-BOCS-ASD en lugar de la versión revisada posterior (32). Además, debemos mencionar el hecho de que los pacientes seleccionados con diagnóstico de TOC podrían no ser representativos de los pacientes TOC de la comunidad y su mayor gravedad haber influido en las diferencias entre ambos grupos. Para finalizar, somos conscientes que otra posible limitación es el hecho de la utilización del sub-test vocabulario como estimación del CI, si bien es cierto que son ampliamente utilizadas versiones abreviadas para estimar el CI debemos mencionar como limitación su uso psicométrico en este caso en el grupo TEA de alto funcionamiento (33).

CONCLUSIONES

Pese a las mencionadas limitaciones, consideramos que disponer de un instrumento específico para identificar sintomatología compulsiva, adaptado al TEA, contribuye a delimitar mejor las conductas repetitivas y aplicar sobre ellas tratamientos especialmente dirigidos a las mismas. De esta forma se podrá realizar un abordaje integral en los niños y adolescentes con TEA lo que sin duda contribuirá a mejorar el pronóstico y el funcionamiento de los menores de edad con este diagnóstico.

AGRADECIMIENTOS

Agradecemos a los pacientes y sus familias la participación en dicho estudio.

CONFLICTOS DE INTERÉS

Por la presente, reconozco que todo el manuscrito ha sido revisado y aprobado por cada autor y que ninguna parte del estudio ha sido publicada o está siendo considerada para publicación en otro lugar. No hay participación comercial o financiera que pueda presentar un conflicto de intereses en relación con este manuscrito.

REFERENCIAS

1. American Psychiatric Association (APA). Diagnostic and statistical manual of mental disorders (5th ed.). Arlington, VA: American Psychiatric Publishing; 2013.
2. Meier SM, Petersen L, Schendel DE, Mattheisen M, Mortensen PB, Mors O. Obsessive-compulsive disorder and autism spectrum disorders: longitudinal and offspring risk. *PLoS ONE* 2015; 10: e0141703. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0141703>.
3. Ruscio AM, Stein DJ, Chiu WT, Kessler RC. The epidemiology of obsessive-compulsive disorder in the National Comorbidity Survey Replication. *Molecular Psychiatry* 2010; 15: 53–63. <https://doi.org/10.1038/mp.2008.94>.
4. Lai MC, Lombardo MV, Baron-Cohen S. Autism. *The Lancet* 2014; 383: 896–910. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(13\)61539-1](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(13)61539-1).
5. Fineberg NA, Chamberlain SR, Goudriaan AE, Stein DJ, Vanderschuren LJMJ, Gillan CM, Shekar S, Gorwood PAMP, Voon V, Morein-Zamir S, Denys D, Sahakian BJ, Moeller FG, Robbins TW, Potenza MN. New developments in human neurocognition: clinical, genetic and brain imaging correlates of impulsivity and compulsivity. *CNS Spectrums* 2014; 19: 69–89. <https://doi.org/10.1017/S1092852913000801>.
6. American Psychiatric Association (APA). Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 4th Edn. (text rev.). Washington, DC: American Psychiatric Association; 2000.
7. Jiujias M, Kelley E, Hall L. Restricted, repetitive behaviors in autism spectrum disorder and obsessive-compulsive disorder: a comparative review. *Child Psychiatry & Human Development* 2017; 48: 944–959. <https://doi.org/10.1007/s10578-017-0717-0>.
8. Leyfer OT, Folstein SE, Bacalman S, Davis NO, Dinh E, Morgan J, Tager-Flusberg H, Lainhart JE. Comorbid psychiatric disorders in children with autism: interview development and rates of disorders. *Journal of Autism and Developmental Disorders* 2006; 36: 849–861.
9. van Steensel FJA, Bögels SM, Perrin S. Anxiety disorders in children and adolescents with autistic spectrum disorders: a meta-analysis. *Clinical Child and Family Psychology Review* 2011; 14: 302–317. <https://doi.org/10.1007/s10567-011-0097-0>.
10. Carlisi CO, Norman L, Murphy CM, Christakou A, Chantiluke K, Giampietro V, Simmons A, Brammer M, Murphy DG, Mataix-Cols D, Rubia K, MRC AIMS consortium. Shared and Disorder-Specific Neurocomputational Mechanisms of Decision-Making in Autism Spectrum Disorder. *Cereb Cortex* 2017; 27: 5804-5816.
11. Carlisi CO, Norman L, Murphy CM, Cristakou A, Chantiluke K, Giampietro V, Simmons A, Brammer M, Murphy DG, MRC AIMS consortium, Mataix-Cols D, Rubia K. Comparison of neural substrates of temporal discounting between youth with autism spectrum disorder and with obsessive-compulsive disorder. *Psychol Med.* 2017; 47: 2513-2527. <https://doi.org/10.1093/cercor/bhx265>.
12. Naaijen J, Zwiers MP, Amiri H, Williams SC, Durston S, Oranje B, Brandeis D, Boecker-Schlier R, Ruf M, Wolf I, Banaschewski T, Glennon JC, Franke B, Buitelaar JK, Lythgoe DJ. Fonto-striatal glutamate in autism spectrum disorder and obsessive-compulsive disorder. *Neuropsychopharmacology* 2017; 42: 2466-2467. <https://doi.org/10.1038/npp.2017.163>.
13. Russell A, Jassi A, Johnson K. OCD and autism a clinician's guide adapting CBT. Jessica Kingsley Publishers. ISBN 978-1-78592-379-1. 2019.
14. Paula-Perez I. Differential diagnosis between

- obsessive-compulsive disorder and restrictive repetitive behavioural patterns, activities and interests in autism spectrum disorders. *Rev Psiquiatry Salud Ment* 2013; 6: 178-186. <https://doi.org/10.1016/j.rpsm.2012.07.005>
15. McDougle CJ, Kresch LE, Goodman WK, Naylor ST, Volkmar FR, Cohen DJ, Price LH. A case-controlled study of repetitive thoughts and behavior in adults with autistic disorder and obsessive-compulsive disorder. *Am J Psychiatry* 1995; 152: 772-777.
 16. Zant F, Prior M, Kyrios M. Repetitive behaviour in children with high functioning autism and obsessive-compulsive disorder. *J Autism Dev Disord* 2007; 37: 251-259.
 17. Ruta L, Mugno D, D'Arrigo VG, Vitiello B, Mazzone L. Obsessive-compulsive traits in children and adolescents with Asperger syndrome. *Eur Child Adolesc Psychiatry* 2010; 19: 17-24. <https://doi.org/10.1007/s00787-009-0035-6>.
 18. Mack H, Fullana MA, Russell AJ, Mataix-Cols D, Nakatani E, Heyman I. Obsessions and compulsions in children with Asperger's syndrome or high-functioning autism: a case control study. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry* 2010; 44: 1082-1088. <https://doi.org/10.3109/00048674.2010.515561>.
 19. Lord C, Rutter M, Le Couteur A. Autism diagnostic interview-revised: A revised version of a diagnostic interview for caregivers of individuals with possible pervasive developmental disorders. *Journal of Autism and Developmental Disorder*. 1994; 24: 659-685.
 20. Scahill L, McDougle CJ, Williams SK, Dimitropoulos A, Aman MG, McCracken JT, Tierney E, Arnold LE, Cronin P, Grados M, Ghuman J, Koenig K, Lam KS, McGough J, Posey DJ, Ritz L, Swiezy NB, Vitiello B, Research Units on Pediatric Psychopharmacology Autism Network. Children's Yale-Brown Obsessive Compulsive Scale modified for pervasive developmental disorders. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 2006; 45: 1114-23.
 21. Scahill L, Riddle MA, McSwiggin-Hardin M, Ort SI, King RA, Goodman WK, Cicchetti D, Leckman JF. Children's Yale-Brown Obsessive Compulsive Scale: reliability and validity. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 1997; 36: 844-852.
 22. Goodman WK, Price LH, Rasmussen SA, Mazure C, Fleischmann RL, Hill CL, Heninger GR, Charney DS. The Yale-Brown Obsessive-Compulsive Scale I. Development, use, and reliability. *Arch Gen Psychiatry* 1989; 46: 1006-1011.
 23. Goodman WK, Price LH, Rasmussen SA, Mazure C, Delgado P, Heninger GR, Charney DS. The Yale-Brown Obsessive-Compulsive Scale II. Validity. *Arch Gen Psychiatry* 1989; 46: 1012-1016.
 24. Kaufman J, Birmaher B, Brent D. Schedule for Affective Disorders and Schizophrenia for School-Age Children-Present and Lifetime Version (K-SADS-PL): initial reliability and validity data. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 1997; 36:980-8.
 25. Ulloa RE, Ortiz S, Higuera F. Interrater reliability of the Spanish version of Schedule for Affective Disorders and Schizophrenia for School-Age Children-Present and Lifetime version (K-SADS-PL). *Actas Esp Psiquiatr* 2006; 34:36-40.
 26. Wechsler, David. WISC-IV: Escala De Inteligencia De Wechsler Para Niños-IV. 2a ed. Madrid: TEA, 2007.
 27. Wechsler, David. WAIS-III: Escala de Inteligencia de Wechsler para adultos-III. 3a ed, Madrid Pearson Editorial, 1999.
 28. Baron-Cohen, S. The development of a theory of mind in autism: Deviance and delay? *Psychiatric Clinics of North America* 1991a, 14, 33-51.
 29. Baron-Cohen, S. The theory of mind deficit in autism: How specific is it? *British Journal of Developmental Psychology* 1991b, 9, 301-314.
 30. Tager-Flusberg, H., & Sullivan, K. Predicting and explaining behavior: A comparison of autistic, mentally retarded and normal children. *Journal of Child Psychology & Psychiatry* 1994, 35, 1059-1075.
 31. Stratis E. Restricted and repetitive behaviors and psychiatric symptoms in youth with autism spectrum disorders. *Research in Autism Spectrum Disorders* 2013; 7: 757-766.

32. Scahill L, Dimitropoulos A, McDougle CJ, Aman MG, Feurer ID, McCracken JT, Tierney E, Pu J, White S, Lecavalier L, Hallet V, Bearss K, King B, Arnold LE, Vitiello B. Children's Yale-Brown obsessive-compulsive scale in autism spectrum disorder: component structure and correlates of symptom checklist. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 2014; 53: 97-10. <https://doi.org/10.1016/j.jaac.2013.09.018>.
33. Rosa M, Puig O, Lázaro L, Vallés V, Lera S, Sánchez-Gistau V, Calvo R. Broad Cognitive Profile in Children and Adolescents with HF-ASD and in Their Siblings: Widespread Underperformance and its Clinical and Adaptive Correlates. *J Autism Dev Disord* 2017; 47: 2153-2162. <https://doi.org/10.1007/s10803-017-3137-x>.

ANEXOS

ANEXO 1. LISTADO DE ABREVIATURAS

ADI-R: Entrevista diagnóstica para autismo- versión revisada

CCA: Córtex cingulado anterior

CI: Coeficiente intelectual

CY-BOCS: Escala Yale-Brown de Obsesiones y Compulsiones para niños

CY-BOCS-ASD: Escala de obsesiones y compulsiones Yale-Brown de los niños modificada para trastornos generalizados del desarrollo

K-SADS-PL: Kiddie-Sads-Present y Lifetime Version
TAG: Trastorno de ansiedad generalizada

TDAH: Trastorno por déficit de atención e hiperactividad

TEA: Trastorno de Espectro Autista

TOC: Trastorno Obsesivo Compulsivo

WAIS-III: Escala de inteligencia Wechsler para adultos - tercera edición

WISC-IV: Escala de Inteligencia de Wechsler para niños-Cuarta edición

ANEXO 2.

VERSIÓN INFANTIL DE LA ESCALA YALE-BROWN
DE OBSESIONES Y COMPULSIONES:
MODIFICADA PARA TRASTORNOS DEL ESPECTRO AUTISTA

(Desarrollada por W.K. Goodman, L.H. Price, S.A. Rasmussen, M.A. Riddle, J.L. Rapoport)
(Modificada para el uso en Trastornos del Espectro autista por L. Scahill, C.J. Mc Dougle)

Nombre _____ Fecha _____

LISTA DE COMPULSIONES DE LA ESCALA YALE-BROWN

Marque todas las que proceden

Actuales Pasadas

- | | | |
|-------|-------|--|
| _____ | _____ | Lavado de manos excesivo o ritualizado |
| _____ | _____ | Excesos o rituales en las rutinas de ducha, baño, lavado de dientes, aseo y/o arreglarse |
| _____ | _____ | Limpieza excesiva de objetos (ej. ropa u objetos personales) |
| _____ | _____ | Juego repetitivo en el agua |
| _____ | _____ | Otras medidas para prevenir/evitar el contacto con contaminantes |
| _____ | _____ | Otras (Describir) _____ |

COMPULSIONES DE REVISAR/COMPROBAR

- | | | |
|-------|-------|---|
| _____ | _____ | Comprobar cierres, llaves, juguetes, libros/objetos escolares, etc. |
| _____ | _____ | Revisión asociada a lavarse, vestirse o desvestirse |
| _____ | _____ | Comprobar que no se hecho/hará daño a otros |
| _____ | _____ | Comprobar que no se ha hecho/hará daño a sí mismo |
| _____ | _____ | Comprobar que nada terrible ha pasado/pasará |
| _____ | _____ | Revisar que no ha cometido ningún error |
| _____ | _____ | Revisión asociada a obsesiones somáticas |
| _____ | _____ | Otras (Describir) _____ |

COMPULSIONES DE REPETICIÓN

- | | | |
|-------|-------|---|
| _____ | _____ | Releer (ej. agenda telefónica, horario de tren) o reescribir |
| _____ | _____ | Necesidad de repetir actividades de rutina (ej. pasar/retroceder a través de una puerta, sentarse/levantarse de una silla, coger/dejar objetos) |
| _____ | _____ | Tocar siguiendo un patrón determinado |
| _____ | _____ | Balancearse |

_____ _____ Girar, dar vueltas siguiendo un ritmo
_____ _____ Girar objetos
_____ _____ Ecolalia
_____ _____ Otros (Describir)_____

COMPULSIONES DE CONTAR

_____ _____ Objetos, ciertos números, palabras, etc.
_____ _____ Otros (Describir)_____

COMPULSIONES DE ORDENAR/ORGANIZAR

_____ _____ Necesidad de simetría o enrasar (ej. alinear u organizar objetos de una forma específica)
_____ _____ Otros (Describir)_____

COMPULSIONES DE ORDENAR/COLOCAR

_____ _____ Dificultad en tirar cosas a la basura, conservar trozos de papel, cuerda
_____ _____ Otros (Describir)_____

JUEGOS/COMPORTAMIENTOS SUPERSTICIOSOS EXCESIVOS

_____ _____ (Distinguirlos de juegos mágicos apropiados a la edad) (ej. Comportamientos preestablecidos, como pisar las rayas del suelo, o tocar un objeto o a sí mismo un cierto número de veces como rutina para evitar que ocurra algo malo.)
_____ _____ Otros (Describir)_____

RITUALES QUE INCLUYEN A OTRAS PERSONAS

_____ _____ Necesidad de incluir a otras personas (generalmente uno de los padres) en un ritual (ej. Hacerle que conteste repetidamente las mismas preguntas, hacer que el progenitor realice ciertos rituales a la hora de comer o insistir en que el cuidador vista al niño en un orden particular)
_____ _____ Peticiones o demandas repetitivas
_____ _____ Otros (Describir)_____

MISCELANEA DE COMPULSIONES

_____ _____ Rituales mentales (aparte de contar/comprobar)
_____ _____ Necesidad de decir, preguntar o confesar algo
_____ _____ Medidas (no comprobaciones) para prevenir hacerse daño a sí mismo, o consecuencias catastróficas

_____	_____	Comportamiento ritualizado para comer
_____	_____	Comportamiento sexual repetitivo (masturbación)
_____	_____	Excesiva elaboración de listas
_____	_____	Rituales que incluyen parpadear o mirar fijamente
_____	_____	Tricotilomanía (tirarse del pelo), rascarse la piel
_____	_____	Otros comportamientos autolesivos/automutilantes (Describir)_____
_____	_____	_____
_____	_____	Otros (Describir)_____

LISTA DE SINTOMAS COMPULSIVOS PRINCIPALES

COMPULSIONES: Describir, anotando por orden de gravedad, siendo 1 la más grave

1 _____

2 _____

3 _____

4 _____

ITEMS GRAVES:

“Ahora voy a preguntarte sobre las conductas repetitivas que has descrito.” (Revisa los síntomas principales y refiérete a ellos mientras haces las preguntas 1-6)

1. Tiempo dedicado a realizar conductas compulsivas

“¿Cuánto tiempo dedicas a hacer estas cosas? ¿Con qué frecuencia se producen estos hábitos?” (Cuando las compulsiones se producen de forma breve, intermitente, puede ser difícil de evaluar el tiempo dedicado a ellas en términos de horas totales. En estos casos, estima la severidad determinando con qué frecuencia se llevan a cabo. Ten en cuenta tanto el número de veces que se realizan las compulsiones como el número de horas al día.)

0 – Nada	No síntomas
1 – Leve	Dedica menos de una hora al día a realizar las compulsiones, o realización ocasional de conductas compulsivas
2 – Moderado	Dedica entre 1 y 3 horas al día
3 – Grave	Dedica más de 3 y hasta 8 horas al día a realizar compulsiones, o realización muy frecuente de compulsiones

- 4 – Extremo Dedicar más de 8 horas al día a realizar compulsiones, o realización casi constante de conductas compulsivas (demasiadas para contarlas)

1B. Intervalos de tiempo libres de compulsiones

¿Cuánto tiempo está el paciente sin llevar a cabo un comportamiento compulsivo?

- 0 – Nada No síntomas
1 – Leve Intervalo largo libre de síntomas, más de 8 h consecutivas/día
2 – Moderado Más de 3 y hasta 8 horas consecutivas / día libre de síntomas
3 – Severo Corto intervalo libre de síntomas, entre 1 y 3 horas consecutivas/día
4 – Extremo Menos de una hora consecutiva/día libre de síntomas

2. Interferencia de las conductas compulsivas

¿Cuánta interferencia causan estos hábitos en el camino a la escuela o haciendo cosas con la familia y amigos?
¿Estos hábitos prolongan las transiciones de una actividad a otra?

- 0 – Nada
1 – Leve Leve interferencia con actividades sociales y escolares, pero no perjudica el rendimiento general
2 – Moderado Definida interferencia con el rendimiento escolar y social, pero manejable
3 – Severo Causa importante deterioro en el rendimiento escolar y social
4 – Extremo Incapacitante

3. Angustia asociada con la conducta compulsiva

¿Cómo reaccionaría_____ si se le impidiera llevar a cabo sus hábitos compulsivos?

¿Cómo de molesto sería para él si la conducta compulsiva fuera impedida o interrumpida?

(Grado de angustia/frustración que el paciente experimentaría si realizara la compulsión incluso si sus padres no suelen interrumpir las conductas.)

¿Cómo de molesto se muestra mientras lleva a cabo los hábitos compulsivos?

- 0 – Nada No síntomas
1 – Leve Sólo leve ansiedad o frustración si las compulsiones son interrumpidas o solo leve ansiedad o frustración durante la realización de los hábitos compulsivos
2 – Moderado Puede aumentar la ansiedad, pero el paciente permanece manejable si se le impiden las compulsiones. La ansiedad o la frustración son obvias durante la realización de las compulsiones, pero el paciente permanece bajo control
3 – Severo Importante y preocupante aumento de la ansiedad o frustración si las compulsiones son interrumpidas o durante la realización de las compulsiones
4 – Extremo Ansiedad o frustración incapacitante ante cualquier intervención destinada a modificar la actividad compulsiva. La ansiedad o frustración incapacitante se desarrolla durante la ejecución de las compulsiones

4. Resistencia ante las compulsiones

¿Tiene la impresión de que su hijo hace algún intento por controlar sus hábitos compulsivos?

(En el niño no verbal o de bajo funcionamiento, el entrevistador se basa en las impresiones del cuidador principal para evaluar la Resistencia. Si las conductas repetitivas están presentes y los padres no pueden aportar pruebas de que el niño hace un esfuerzo por resistir, una puntuación de 4 es apropiada.) (Este ítem no trata de medir directamente la severidad de las compulsiones, sino evaluar una manifestación de salud, es decir, el esfuerzo que hace el paciente para resistir las compulsiones. Así, cuanto más intente resistir el paciente, menor será el deterioro en su funcionamiento. Si las compulsiones son mínimas, el paciente puede no sentir la necesidad de resistirlas. En estos casos, se da una puntuación de 0.)

- | | |
|--------------|---|
| 0 – Nada | Siempre hace un esfuerzo para resistir, o los síntomas son tan mínimos que no necesita resistirse |
| 1 – Leve | Intenta resistirse la mayoría de las veces |
| 2 – Moderado | Hace algún esfuerzo para resistirse |
| 3 – Severo | Cede ante casi todas las compulsiones sin intentar controlarlas, pero lo hace con cierta reticencia |
| 4 – Extremo | Cede completa y voluntariamente a todas las compulsiones |

5. Grado de control sobre las conductas

¿Existe evidencia que el niño tenga éxito al controlar las conductas compulsivas? (La habilidad del paciente para controlar las compulsiones está estrechamente relacionada con la severidad de las compulsiones.) ¿Puede estar distraído o animado en participar en otra actividad en su lugar?

- | | |
|----------------------|---|
| 0 – Control completo | O las conductas repetitivas son tan leves que su control no es un problema |
| 1 – Mucho control | Puede haber necesidad de realizar conductas repetitivas, pero parece ser capaz de ejercer un control voluntario sobre ellas, por ejemplo, puede ser capaz de emplear una forma menos evidente de conducta repetitiva en público o cuando están presentes sus amigos.) |
| 2 – Control moderado | Algún control sobre las conductas repetitivas. Puede tener una fuerte presión por realizar las conductas, pero el paciente puede ser reconducido fácilmente o se le puede distraer para que no siga con estas conductas |
| 3 – Poco control | Tiene poco control y presumiblemente, un fuerte deseo de llevar a cabo las conductas. Puede estar temporalmente distraído o ser reconducido respecto a la conducta repetitiva, pero rápidamente vuelve a la conducta. |
| 4 – No control | No hay control o capacidad de resistirse a las conductas repetitivas. El paciente no suele responder a la reconducción, la distracción, los recordatorios o a los indicadores para limitar el comportamiento. |

VERSIÓN INFANTIL DE LA ESCALA YALE-BROWN DE OBSESIONES Y COMPULSIONES
 Modificada para TEA/TGD

Nombre _____ Fecha _____

Informe principal _____ Evaluador _____

	Nada	Leve	Moderado	Severo	Extremo
1. Tiempo dedicado	0	1	2	3	4

	No síntomas	Largo	Moderadamente largo	Corto	Extremadamente corto
1b. Intervalo libre de compulsiones	0	1	2	3	4

	Nada	Leve	Moderada	Severa	Extrema
2. Interferencia	0	1	2	3	4

	Nada	Leve	Moderada	Severa	Extrema
3. Angustia	0	1	2	3	4

	Siempre resiste	La mayoría del tiempo	Parte del tiempo	De vez en cuando	No resistencia
4. Resistencia	0	1	2	3	4

	Control completo	Bastante control	Control moderado	Poco control	No control
5. Control	0	1	2	3	4

TOTAL (Incluir ítems 1-5)

6. FIABILIDAD:	EXCELENTE = 0	BUENA = 1	RAZONABLE = 2	POBRE = 3
----------------	---------------	-----------	---------------	-----------