

M. Amor
P. Rodríguez-Ramos

Servicios de Salud Mental de Tetuán
Madrid

Correspondencia:

P. Rodríguez-Ramos
Servicios de Salud Mental de Tetuán
Maudes, 32
28003 Madrid

Comorbilidad del trastorno
obsesivo en niños y
adolescentes. Análisis de estudios
en población general y clínica

*Comorbidity of obsessive-
compulsive disorders in children
and adolescents. Epidemiological
and clinical studies analysis*

RESUMEN

Los estudios de población general y clínica van descubriendo una constelación psicopatológica que sitúa al trastorno obsesivo compulsivo (TOC) con una alta comorbilidad; pero estos estudios difieren en aspectos metodológicos y en resultados.

Objetivos. Comparar la metodología y los resultados de 10 estudios que revisan la comorbilidad del TOC.

Método. Contrastar métodos y comorbilidad hallada en seis estudios de población clínica infantil y adolescente.

Resultados. Los cuatro estudios de población general difieren en las edades estudiadas y los instrumentos de detección. Sus tasas de comorbilidad general varían entre 55 y 84%. La comorbilidad con trastornos depresivos y de ansiedad es alta, con trastornos de alimentación y tics parece muy superior a la prevalencia esperada. En los estudios de grupos clínicos la comorbilidad general varía entre 62 y 96% (media 77,7%). La comorbilidad específica de diversos trastornos es superior a la tasa de prevalencia esperada: T. Humor (media: 40,7%, esperada 28%)., T. Ansiedad (media: 43,52%, esperada 31%), Síndrome de Tourette (media: 13,2%, esperada 0,1%), Anorexia

N. (media 7,26%, esperada 0,5%), Personalidad Obsesivo-compulsiva (media 12,5%, esperada 0,35%).

Conclusiones. La comorbilidad general del TOC es superior al 55% en cualquiera de los estudios que la analizan. La comorbilidad con los trastornos por ansiedad y del estado de ánimo es superior a la esperada; llegando a ser más de 12 veces la esperada en la anorexia nerviosa, y aún más en los trastornos por tics y de personalidad obsesivo-compulsiva.

PALABRAS CLAVE

Trastorno obsesivo-compulsivo; Comorbilidad; Niños; Adolescentes.

ABSTRACT

Results from epidemiological and clinical studies in Obsessive-Compulsive Disorder (OCD) show high comorbidity rates. Those studies differ in their methods and comorbidity results.

Objective. To compare information on comorbidity of ten OCD's studies in children and adolescents.

Method. To compare methodology and results on four non referred and six clinical groups.

Results. Epidemiological studies differ in ages and diagnostic instruments. OCD' comorbidity in general population is between 55-84%. Anxiety and mood disorders are the highest associated disorders. Association with stereotyped movements is higher than expected. In the clinical studies the majority of cases had comorbid diagnoses (62-96%). Comorbidity for most disorders was greater than expected: mood disorders (mean 40.7%, expected 28%), anxiety disorders (mean 43.52%, expected 31%), Tourette's syndrome (mean 13.2% expected 0.1%), anorexia nervosa (mean 7.26%, expected 0.5%), and obsessive-compulsive personality disorder (OCPD) (mean 12.5%, expected 0.35%).

Conclusions: Comorbid diagnostic is over 55% in any study. Association with anxiety in anorexia nervosa, Tourette's syndrome and OCPD.

KEY WORDS

Obsessive-Compulsive disorder; Comorbidity; Children; Adolescents.

INTRODUCCIÓN

El interés por el trastorno obsesivo-compulsivo (TOC) viene incrementándose en los últimos 10 años. Los estudios recientes han llevado a situar a esta enfermedad entre las más prevalentes en la infancia y la adolescencia. Por otra parte, la variedad de los trastornos que se asocian al TOC es sustancialmente mayor que los descritos años atrás, y pueden suponer una característica importante para la investigación etiológica y terapéutica de este trastorno.

La alta frecuencia de comorbilidad entre los diversos trastornos psicopatológicos de la infancia y la adolescencia está poniendo en evidencia las limitaciones, al menos de precisión, de los sistemas actuales de clasificación psiquiátrica. Incluso en un proceso aparentemente tan compacto como el TOC está emergiendo tal grado de comorbilidad, y algunas formas de ésta tan particulares, que comienzan a sugerirse subtipos de TOC según sus formas clínicas, tal como hace la CIE-10, o según sus asociaciones comórbidas.

La frecuente asociación del trastorno obsesivo-compulsivo a otros trastornos es más que un fenómeno curioso, pues tiene implicaciones pronósticas, clínicas y de diseño terapéutico. Por ello es necesario explorar sistemáticamente la existencia de trastornos asociados, y por supuesto la de trastornos en los que los síntomas obsesivos constituyen sólo una peculiaridad y no deben ser diagnosticados como TOC.

El presente estudio analiza una parte significativa de los trabajos sobre comorbilidad del TOC realizados en los últimos años, a fin de comparar sus resultados y considerar la importancia de los distintos trastornos que con mayor frecuencia, absoluta y relativa, acompañan al obsesivo-compulsivo en la infancia y la adolescencia.

Otra cuestión analizada se refiere a la posibilidad de que existan diferencias importantes entre los trastornos asociados al TOC atribuibles a factores geográficos o culturales. Los estudios analizados se han realizado en diversos estados de los EE.UU., en Israel, en España, en Nueva Zelanda y en Dinamarca.

Conviene señalar algunas *diferencias* entre unos y otros estudios. Los de población general son transversales, aunque el más reciente⁽¹⁾ forma parte de un estudio longitudinal de una cohorte; por el contrario, los estudios de población clínica son longitudinales, unos prospectivos y otros retrospectivos. Puede considerarse que, mientras mayor sea la duración del estudio longitudinal mayores serán los porcentajes de comorbilidad, pero ¿realmente ocurre así? Otra posibilidad estriba en que puedan existir diferencias en las comorbilidades detectadas que sean atribuibles a diferencias demográficas.

ESTUDIOS EN POBLACIÓN GENERAL ADOLESCENTE

Al menos cuatro grupos de trabajo han publicado estudios recientes sobre la prevalencia del TOC en la población general adolescente⁽¹⁻⁴⁾. Las diferencias principales de métodos y edades quedan recogidas en la tabla 1.

Descripción

Aunque los cuatro estudios utilizan criterios DSM-III-R sus resultados ofrecen diferencias notables en cuanto a prevalencia y distribución por sexos. La prevalencia

Tabla 1 Estudios del TOC en población general adolescente

Autores/Año	Flament y cols., 1988	Zohar y cols., 1992	V. Basile y cols., 1994	Douglass y cols., 1995
Lugar	New Jersey	Israel	Carolina del Sur	Nueva Zelanda
Nº Población	5596	562	3283	930 (Cohorte)
Eldades	14-18	16-17	12-15	18
Instrumento	Leyton-20	Yale-Brown	K. Sacks	D.I.S.
Sexos F/M	45%/55%	15%/85%	49%/51%	59%/41%
Prev. P. TOC-clínico	1,0% (1,9)*	3,56% (1,8)**	3,0%	4%
Prev. P. TOC- subclínico	3,93%	1,25%	19%	?

* Prevalencia vida estimada.

** Excluyendo las obsesiones puras.

punto, y la prevalencia vida estimada, varían notablemente.

Resulta aventurado sacar conclusiones comparativas de los estudios sobre la prevalencia del TOC en la población general, en primer lugar porque las diferencias van más allá de las zonas geográficas y, en segundo, porque la forma de selección ha sido diferente en los cuatro estudios. La circunstancia de hacerlo en la selección para el servicio militar⁽³⁾ también merece tenerse en cuenta.

El método ha sido distinto en los cuatro casos, los dos primeros con instrumentos específicos para el trastorno, frente al tercero y al cuarto realizados con una entrevista estructurada para detección de psicopatología general, no específicamente de TOC. Otra diferencia, las edades en cada estudio, también puede constituir un elemento perturbador de las comparaciones, pues a lo largo de la adolescencia se va invirtiendo la distribución del TOC por sexos y aumenta la prevalencia, según se deduce de los estudios clínicos.

Estos estudios coinciden en tasar el TOC, pero varían en otros objetivos y en los trastornos comórbidos analizados. Como última diferencia cabe destacar que el estudio neozelandés está realizado sobre una cohorte, revisada varias veces en sucesivas edades y con diversos instrumentos de medición psicopatológica.

Discusión

En cuanto a la definición de casos no hay diferencia respecto al TOC clínico, pues los cuatro estudios utilizan el DSM-III-R. Aun así, la mitad de los casos positivos de Zohar y cols.⁽³⁾, y más de la mitad en el estudio de Douglass y cols.⁽¹⁾, presentaban sólo obsesiones, lo que no ocurre en los otros dos estudios.

La definición del TOC subclínico es muy poco explícita, y a ello puede deberse una buena parte de las llamativas diferencias encontradas, sobre todo por el 19% del grupo de Vanelli-Basile⁽⁴⁾.

La suma de TOC-clínico y TOC-subclínico resulta casi idéntica en los estudios de Flament y cols. (4,93%) y Zohar y cols. (4,83%)^(2,3) lo que sugiere una diferencia en el criterio de apreciación de caso, más exigente en el primero.

Una primera conclusión comparativa es que la prevalencia del TOC en la adolescencia resulta ser, como mínimo, un 1%. Otra que, con independencia del método de detección, la población con TOC subclínico está presente en tres de los cuatro estudios; esto permite suponer que existe un grupo específico con ¿mayor riesgo de padecer TOC? o ¿características de personalidad muy determinadas?; grupo del que no se conocen datos sobre su evolución, la cual puede ser hacia la psicopatología obsesiva o de otro tipo, hacia la desaparición de los síntomas o hacia mantenerse sin cambios a lo largo de los años.

Una forma de diferenciar el TOC clínico del subclínico podría ser a través de las diferencias cuantitativas y cualitativas obtenidas mediante cuestionarios y escalas específicos.

COMORBILIDAD EN POBLACIÓN GENERAL ADOLESCENTE

Descripción

La comorbilidad encontrada en estos estudios (Tabla 2) ofrece datos que resultan bastantes similares, tanto

Tabla 2 Comorbilidad del TOC en estudios de población general

	<i>Flament y cols., 1988</i>	<i>Zohar y cols., 1992</i>	<i>V-Basile, 1994</i>	<i>Douglass y cols., 1995</i>
Sólo TOC	25%	65%†	<45%	16%
T. depresivo	25%		45%	62%
Ans. separación	35%		34%	
Distimias	5%		29%	22%
Fobias	10%		29%	40%
Bulimia	15%			0%
T. Tourette	0%	5% (25%)**		?
Des. alcohol				24%
Ideas suicidas			23%	
TPOC	15-20%			

† Sólo estudia comorbilidad con T. hiperactivo y tics.

* Trastornos por ansiedad generalizada.

** (25%): Tourette+Tics crónicos+Tics transitorios.

entre sí como comparados con los recogidos en estudios de población clínica.

Los cuatro estudios abordan el análisis de la comorbilidad, pero cada uno lo hace de forma diferente. En el primer trabajo, la comorbilidad se deduce fundamentalmente de las entrevistas con los casos positivos y de cuestionarios. En el segundo se restringe la búsqueda a los trastornos hiperactivo y por tics, sin analizar otros diagnósticos. El tercer estudio recoge los diagnósticos obtenidos mediante la entrevista Kiddie-Sads, y el cuarto por el D.I.S.

La detección de psicopatología asociada al TOC tiene grados de precisión y sensibilidad diferentes debido a los objetivos y métodos, también diferentes, de cada uno de los estudios.

Discusión

A pesar de las diferencias metodológicas, se pueden deducir algunas conclusiones de estos datos: 1) Como mínimo la tasa de comorbilidad se eleva al 50%, y como máximo al 84%; 2) Los trastornos más habitualmente asociados al TOC son los de ansiedad y estado de ánimo; 3) Los trastornos por tics muestran una alta tasa de comorbilidad relativa cuando se investiga su existencia; 4) Igualmente los trastornos de la alimentación (bulimia) pueden mostrar una alta tasa de comorbilidad relativa; 5) Es posible que la fobia social también constituya una psicopatología frecuente, sobre todo porque es coherente con las dificultades de relación interpersonales y la tendencia a ocultar los síntomas en los pacientes con TOC.

La evolución del TOC-subclínico, y su relación con el TOC o el TPOC, no están claras. Flament y cols.⁽²⁾ encuentran una similitud llamativa entre el TOC-subclínico y el Trastorno de Personalidad tipo anancástico de la CIE-9.

Los estudios del TOC en población general deberían prestar especial atención a la presencia comórbida de: Trastornos del estado de ánimo, trastornos de ansiedad y fobia social, trastornos de Tourette y tics, trastornos de alimentación, y trastornos de personalidad obsesivo-compulsiva.

COMORBILIDAD EN GRUPOS CLÍNICOS DE NIÑOS Y ADOLESCENTES

Descripción

Uno de los primeros estudios prospectivos de población clínica, es el de Flament y cols.⁽⁵⁾ Siguieron 27 casos durante 2-7 años; casos que forman parte de posteriores estudios más amplios como el de Leonard y cols.⁽⁶⁾, y que en el primer estudio presentaban comorbilidad en el 48% de ellos (13 de 27).

Anteriormente Swedo y cols.⁽⁷⁾ realizaron un estudio transversal para buscar la comorbilidad en el momento del diagnóstico. Los estudios posteriores son todos prospectivos menos el de Toro y cols. que es retrospectivo.

Aunque existen discrepancias parciales en sus resultados, la mayoría de los estudios de grupos clínicos de

Tabla 3 Comorbilidad comparada en grupos clínicos con TOC

Autores y nº de pacientes	Swedo (70)	Riddle (21)	Toro (72)	Leonard (54)	Hanna (31)	Thomsen (21)	P.C.*
Sólo con TOC	26%	38%	27,2%	4%	16%		
T. del humor	48%	29%	37,5%	75%	36%	19%	28%
Depresión mayor	35%		22,2%	56%	13%	9,5%	
Distimia			15,3%	28%	10%	9,5%	
Adapta. Depres.	13%			18%	10%		
T. por ansiedad	40%	38%	41,6%	70%	28%		31%
Ans. separación	7%		4,2%	11%	6%		14%
Ans. excesiva	16%		27,8%	54%	13%	33%	17%
Ans. fóbica	17%		9,7%	22%	9%	14,2%	
Mov. estereotipados	20%***	24%	31,9%	59%	26%	38%	
Tics			16,7%	59%	13%	28,5%	
Síndrome Tourette			15,3%	15%	13%	9,5%	0,1%
Comporta. destr.	28%	10%	8,3%	50%	35%	14,2%	
Anorexia nerviosa	**		8,3%	4%		9,5%	0,5%
T. pers. obs. C.	11%	14%					0,35%

* Proporciones máximas de prevalencia en estudios de población clínica.

** Estos casos fueron excluidos, no formando parte de los 70.

menores obsesivos coinciden en encontrar una alta tasa de comorbilidad general para el TOC, tasa que está entre el 62% y el 96% en los seis estudios revisados⁽⁶⁻¹¹⁾ (Tabla 3).

Discusión

Aparte de las diferencias metodológicas, o de poblaciones, en ningún estudio resulta baja la asociación a trastornos del humor (29%-75%), por ansiedad (28%-70%) y movimientos estereotipados (20%-59%). Si efectivamente los trastornos del humor y los tics son predictores veraces de la evolución, un porcentaje cercano a la mitad resultaría con peor pronóstico.

Es interesante conocer si los diagnósticos asociados son previos, coincidentes en el tiempo, o posteriores al TOC; pero de los estudios revisados sólo lo investiga con claridad el de Toro y cols. De él podría deducirse una aparición previa de los trastornos por ansiedad y quizá por tics, mientras que los trastornos depresivos tienden a aparecer más coincidiendo con el TOC. De ser así, los dos primeros trastornos podrían deberse a causas o predisposiciones comunes con el TOC, pero con expresividad dependiente del desarrollo, mientras que el trastorno depresivo podría considerarse como una complicación secundaria al TOC.

En relación con los trastornos depresivos, el seguimiento de Leonard y cols.⁽⁶⁾ encuentra una relación significativa entre continuar padeciendo el TOC y pre-

sentar un trastorno depresivo asociado; esto parece indicar que cuando el TOC se mantiene es mayor la probabilidad de que aparezca un trastorno depresivo.

El Trastorno de Tourette aparece en los TOC en cantidades más de 100 veces superiores a las encontradas en poblaciones clínicas de psiquiatría adolescente.

La relación del TOC con la anorexia nerviosa es otra cuestión que, reseñada por los estudiosos de la anorexia, merece mayor atención en los estudios de grupos de menores obsesivos. Así lo sugieren las cifras encontradas por Toro y cols (8,3%), por Leonard y cols (4%) o por Thomsen y Mikkelsen (9,5%)^(6,9,11). Las tres resultan entre 19 y 8 veces superiores a las esperadas en la población clínica.

Un problema sólo abordado por Swedo y cols. y Riddle y cols.^(7,8) es el de la relación entre TOC y el Trastorno por Personalidad Obsesivo Compulsiva (TPOC). Sus cifras son muy altas (11% y 14%) en relación con lo que puede suponerse encontrar en una clínica psiquiátrica de adolescentes.

TRASTORNO OBSESIVO-COMPULSIVO Y TRASTORNO DE PERSONALIDAD OBSESIVO-COMPULSIVA

Entre los adolescentes con TOC detectados por Flament y cols. en 1990⁽⁵⁾ en un estudio comunitario, un 15%

fueron diagnosticados de TPOC asociado al TOC, mientras que en el grupo sin TOC el TPOC no fue detectado (0%). En la revisión a los dos años el TPOC aparecía ya en el 20% de esos mismos adolescentes con TOC.

Puede considerarse, como sugieren Swedo y cols.⁽⁷⁾, que algunos menores con TOC de inicio temprano desarrollan un TPOC como instrumentación adaptativa para manejar sus síntomas, por lo que se autoconvierten en lentos, minuciosos, rígidos para hacerlo bien a la primera y evitar los rituales. También cabe que el diagnóstico diferencial entre ambos trastornos sea difícil en la adolescencia porque en ella comienza a desarrollarse el TPOC; si en él predomina el aspecto obsesivo con dudas sufrimiento y malestar, lo que generaría egodistonia, podría confundirse con formas obsesivas de TOC.

En los estudios de adultos no se aprecia la alta frecuencia de comorbilidad entre el TOC y el TPOC. Para desarrollarse una personalidad obsesivo-compulsiva sería necesario que, antes, exista un trastorno OC y no al revés. Si el TOC aparece durante la infancia o la adolescencia sí podría establecerse la forma peculiar de personalidad.

A favor de esta hipótesis existen pruebas negativas, como diversos estudios de adultos que no encuentran asociación significativa entre TOC y TPOC^(12,13); y pruebas que correlacionan, positivamente, ambos trastornos en la adolescencia^(2,7,8,14) o que incluso aprecian un incremento de la tasa de esta comorbilidad en los jóvenes cuyo seguimiento pone de manifiesto una persistencia del TOC⁽⁵⁾.

Los estudios de seguimiento son los destinados a valorar la veracidad de estas observaciones, su significado pronóstico, y las implicaciones clínicas derivadas de la posible aparición de un TPOC como consecuencia de sufrir el TOC en la infancia o la adolescencia.

CONCLUSIONES

El hecho de que diversos métodos de detección proporcionen resultados parecidos apoya, tanto las cifras de prevalencia del TOC como las de comorbilidad, ya que ambas resultan bastante similares entre los distintos estudios.

Las diferencias culturales no parecen influir en la cualidad de los principales trastornos psíquicos asociados al TOC.

Una circunstancia a tener en cuenta es la diferencia sintomática entre los pacientes con TOC estudiados en unos y otros trabajos. Mientras que los casos de TOC detectados en población general son predominantemente obsesivos, los estudiados en poblaciones clínicas son predominantemente obsesivo-compulsivos. Esto puede sugerir que se trata de poblaciones distintas en cuanto a su psicopatología obsesiva, pero no tanto en lo referente a su comorbilidad.

El TOC en la infancia y la adolescencia presenta una alta tasa de comorbilidad con los trastornos del humor y con los de ansiedad.

Las particularidades de la comorbilidad específica del TOC pueden centrarse en: 1) la fuerte asociación relativa con los trastornos por tics, o 2) los de la alimentación; 3) la existencia de un número importante de jóvenes con TOC-subclínico y 4) la relación entre el TOC y el trastorno de personalidad obsesivo compulsiva (TPOC); esta última comorbilidad está resultando frecuente en algunos estudios de adolescentes, al contrario de lo observado en otros de la edad adulta.

Gracias a los estudios de seguimiento y comorbilidad del TOC en la adolescencia, parece que podrá mejorar la comprensión psicológica de la génesis de los rasgos de personalidad obsesivo-compulsiva.

BIBLIOGRAFÍA

- 1 Douglass HM, Moffitt TE, Dar R y cols. Obsessive-compulsive disorder in a birth cohort of 18-years-olds: Prevalence and predictors. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 1995; **34**:1424-1431.
- 2 Flament MF, Whitaker A, Rapoport JL y cols. Obsessive Compulsive disorder in adolescence: An epidemiological study. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 1988; **27**:764-771.
- 3 Zohar AH, Ratzosin G, Pauls DL y cols. An epidemiological study of obsessive-compulsive disorder and related disorders in Israeli adolescents. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 1992; **31**:1057-1061.
- 4 Valleni-Basile LA, Garrison CZ, Jackson KL y cols. Frequency of obsessive-compulsive disorder in a community sample of young adolescents. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 1994; **33**:782-791.
- 5 Flament MF, Koby E, Rapoport JL y cols. Childhood obsessive-compulsive disorder: a prospective follow-up study. *J Child Psychol Psychiatry* 1990; **31**:363-380.
- 6 Leonard HL, Swedo SE, Lenane MC y cols. A 2-to 7-years Follow-up study of 54 Obsessive-Compulsive Children and Adolescents. *Arch Gen Psychiatry* 1993; **50**:429-439.

- 218**
- 7 Swedo SE, Rapoport JL, Leonard HL y cols. Obsessive-compulsive disorder in children and adolescents. Clinical phenomenology of 70 consecutive cases. *Arch Gen Psychiatry* 1989;**46**:335-341.
 - 8 Riddle MA, Scahill L, King R y cols. Obsessive Compulsive Disorder in children and adolescents: Phenomenology and family history. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 1990;**29**:766-772.
 - 9 Toro J, Cervera M, Osejo E, Salamero M. Obsessive-compulsive disorder in childhood and adolescence: a clinical study. *J Child Psychol Psychiatry* 1992;**33**(6):1025-1037.
 - 10 Hanna GL. Demographic and clinical features of Obsessive-compulsive disorder in children and adolescents. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 1995;**34**:19-27.
 - 11 Thomsen PH, Mikkelsen HU. Course of obsessive-compulsive disorder in children and adolescents: A prospective follow-up study of 23 Danish cases. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 1995;**34**:1432-1440.
 - 12 Black DW, Yates WR, Noyes R y cols. DSM-III personality disorder in obsessive compulsive study volunteers: a controlled study. *Journal of Personality Disorders* 1989;**3**:58-62.
 - 13 Baer L, Jenike M. Personality disorders in obsessive compulsive disorder. *Psychiatric Clinics of North America* 1992;**15**:803-812.
 - 14 Rosen KV, Tallis F. Investigation into the relationship between personality traits and OCD. *Behaviour Research and Therapy* 1995;**33**:445-450.