

Las neurosis obsesivas en la infancia

J.L. Jiménez Hernández*; A. Oteiza Motrico* y P. López Peña**

Vizcaya

INTRODUCCIÓN

Las Neurosis Obsesivas son poco conocidas en la infancia¹⁻⁴. Para todas las edades, su cuadro clínico consiste en pensamientos, imágenes o impulsos repetitivos y absurdos que obligan a interrumpir significativamente la rutina habitual del sujeto⁵. Muchas veces, las obsesiones se acompañan de rituales compulsivos para neutralizar el malestar producido por las mismas.

La mayoría de los autores afirman que al menos un 25% de los adultos obsesivos comenzaron la enfermedad antes de los 15 años⁶. Por otra parte, se ha hecho suficiente hincapié en la bibliografía acerca del mejor pronóstico que tienen los pacientes obsesivos tratados precozmente⁷.

Una de las principales causas de que pasen desapercibidos en edad escolar suele ser la dificultad que los médicos tenemos para distinguir el desarrollo normal del patológicamente obsesivo². Otro motivo estaría en los escasos conocimientos que acerca de la enfermedad obsesiva tiene la mayor parte del staff pediátrico.

Los tests para detectar con fiabilidad neurosis obsesivas en la infancia brillaron por su ausencia hasta 1986, año en que Berg, Rapoport y Flament publicaron su Leyton Obsessional Inventory-Child Version, --o LOI-CV--⁸. Desde entonces, se han hecho diversas adaptaciones⁹⁻¹¹.

El motivo principal del presente trabajo es mostrar los resultados de un intento de validación en castellano del LOI-CV como instrumento eficaz para detectar pacientes pediátricos obsesivos.

Palabras clave: Neurosis obsesiva infancia. Diagnóstico. LOI-CV. Validación castellano.

MATERIAL Y MÉTODOS

El estudio fue diseñado para comprobar si el LOI-CV adaptado al castellano podría distinguir niños obsesivos de pacientes no obsesivos --tanto en el total de respuestas afirmativas, como en la resistencia del sujeto a los síntomas, y en el grado de interferencia vital que supusiera la enfermedad--.

El segundo objetivo era observar si el test diferenciaba obsesivos de controles sanos.

La adaptación del cuestionario de 44 ítems quedaba reducida a 40 ítems, basándonos en la

*Psiquiatría Infantil (Pediatria), Hospital de Cruces, Vizcaya.

**Psiquiatría, Hospital Santiago Apostol, Vitoria, Álava.

posibilidad de abarcar la totalidad de la sintomatología obsesiva: *pensamientos repetitivos y persistentes*, que incluyen palabras, números, ideas, cadenas de pensamientos, imágenes, emociones, e *impulsos* a realizar ciertas conductas perseverantes y estereotipadas (tocar, oler, comprobar la textura de los objetos, lavado de manos o actividades de limpieza, deambulación, rituales de comprobación, etc.).

Es un test autorrellenable, con doble elección de respuesta. Las contestaciones afirmativas eligen una de cinco respuestas de intensidad comportamental —de 1 a 5—, cuya suma nos mide la resistencia e interferencia sintomática.

Se ha medido la sensibilidad, fiabilidad y validez de la prueba como puede comprobarse en la tabla I.

El Grupo Experimental lo constituían 18 pacientes entre los 11 y los 14 años de edad (Edad Media: 12 años), que reunían los criterios de la DSM-III-R para Neurosis Obsesivas¹².

El Grupo Comparativo eran 18 pacientes paidopsiquiátricos con una característica común: tener síntomas obsesivos dentro de otro diagnóstico prevalente. Nueve eran Fóbicos; siete tenían Depresión; y las dos restantes padecían Anorexia Nerviosa.

Tanto el Grupo Comparativo como el Grupo Control, formado por 30 niños sanos, tenían una edad cronológica y mental similar al Grupo Experimental.

Tabla I
Diferencias entre grupos

	Obsesivos N = 18		No obsesivos N = 18		Controles N = 30		F	DF	P
	\bar{X}	DS	\bar{X}	DS	\bar{X}	DS			
Si	32,7	8,3+	28,1	6,8	21,4	5,6	8,8	2,65	0,0004
Resistencia	83,3	20,0++	58,5	9,5	53,0	8,9	12,8	2,65	0,0001
Interferencia	95,9	26,2+++	72,6	13,9	60,1	10,9	13,8	2,65	0,0001

+ Sign. dif. de controles P < 0,05

++ Sign. dif. de no obs. P < 0,05

+++ Sign. dif. de no obs. P < 0,1

RESULTADOS

Como puede verse en la tabla I, las diferencias totales entre obsesivos y controles son significativas. Los obsesivos tienen un número de respuestas afirmativas que oscila entre 40 y 25 (media de 32,7); mientras que los controles se hallan entre 10 y 32 (media de 21,4). La diferencia es, pues, significativa ($p < 0,05$).

El grupo comparativo se encontraba entre 10 y 38 síes, con una distribución media de 28,1.

Del total de obsesivos ($n = 18$), 15 (83%) tenían un alto nivel de interferencia (> 75 puntos), siendo su desviación standard de 26,2. La diferencia respecto de los no obsesivos (D.S. = 13,9), y de los controles (D.S. = 10,9) era significativa ($p < 0,1$ y $p < 0,05$, respectivamente).

A las mismas conclusiones llegábamos si mediamos la resistencia a los síntomas. El grupo experimental tenía una media de 83,3 puntos de resistencia; mientras que el grupo comparativo reunía 58,5; y el grupo control, 53,0 de media. Las diferencias eran, pues, significativas ($p < 0,05$ para ambos).

El procedimiento no encontró falsos negativos; pero los falsos positivos eran frecuentes, sobre todo entre los niños fóbicos.

Si escogemos un punto de corte de 25 o > para respuestas, la sensibilidad es del 75%, y la especificidad del 50%. Con un criterio de selección de 15 o > para el número de síes totales, la sensibilidad aumenta al 88%; siendo la especificidad entonces del 45%. Con amplios criterios de selección, la sensibilidad del test para Neurosis Obsesivas es del 64%.

De los 40 ítems que constituyen el LOI-CV adaptado, 15 (el 1, 2, 3, 11, 13, el 18, 20, 22, 27, 29, 31, 32, 35, 36, y 40) reúnen las características más diferenciadoras entre grupos. Véase la tabla II.

DISCUSIÓN

Los avances en farmacología y en técnicas de formación de imágenes (TEP p.e.) abogan por una base biológica de las obsesiones¹³.

Tabla II
Items que componen el test

LOI-CV Adaptado		
1. No puedo relajarme por pensamientos	Sí	No
2. Dificil concentración por imágenes	Sí	No
3. Muy preocupado por todo	Sí	No
4. Limpieza y cuidados en el arreglo	Sí	No
5. Atención a pequeños detalles	Sí	No
6. Miedos irracionales	Sí	No
7. Necesidad de repetir palabras	Sí	No
8. Impulsos a hacer cosas peligrosas	Sí	No
9. Orden antes de dormir	Sí	No
10. Siempre de la misma manera	Sí	No
11. Nervioso ante mínimos cambios	Sí	No
12. Interferencia vida cotidiana	Sí	No
13. Necesidad de repetir ruidos	Sí	No
14. Imitar movimientos	Sí	No
15. Contar varias veces	Sí	No
16. Repasar demasiado	Sí	No
17. Gasto de tiempo en resistir	Sí	No
18. Imágenes alien interrumpen	Sí	No
19. Impulsos a dañar	Sí	No
20. Necesidad de tocar	Sí	No
21. Palabras o pensamientos soeces	Sí	No
22. Pensamientos invasivos	Sí	No
23. Preocupación excesiva por daños	Sí	No
24. Escenas sangrientas	Sí	No
25. Necesidad de tocar el cuerpo	Sí	No
26. Comprobación de luz, butano, agua	Sí	No
27. Repasar y comprobar tareas	Sí	No
28. Reconsiderar y dudar las decisiones	Sí	No
29. Introspección	Sí	No
30. Orden riguroso en colocar las cosas	Sí	No
31. Pensamientos y angustia con un gasto	Sí	No
32. Distracción por imágenes obsesivas	Sí	No
33. Estricto horario	Sí	No
34. Riguroso orden al lavarse y arreglarse	Sí	No
35. Fallos en estudios por los síntomas	Sí	No
36. Cualquier tarea siempre incompleta	Sí	No
37. A pesar de ensayar, fallos	Sí	No
38. Necesidad de hacer cosas dañinas	Sí	No
39. Impulsos de dañarse o de violencia	Sí	No
40. Palabrotas o gestos obscenos	Sí	No

De ellos, el 1, 2, 7, 11, 13, 18, 20, 22, 27, 29, 31, 32, 35, 36 y 40 (un total de 15 items) resultan ser los más específicos para distinguir obsesivos de sanos y de otras patologías en la infancia.

La conexión existente entre movimientos motores involuntarios y síntomas obsesivo-compulsivos se conoce desde hace tiempo¹⁴. Se ha comprobado reiteradamente que los trastornos obsesivos se asocian frecuentemente a

otras enfermedades nerviosas: corea de Sydenham; epilepsia; enfermedad de Parkinson post-encefálica; y lesiones tóxicas de los ganglios basales.

Sabiendo que los ganglios basales se consi-

deran una estación de paso entre los estímulos aferentes de tipo sensorial y las correspondientes respuestas motoras o cognoscitivas, Swedo, Shapiro y Grady compararon pacientes obsesivo-compulsivos y controles sanos, mediante Tomografía por Emisión de Positrones (TEP)¹⁵.

Su trabajo sacó a la luz que los pacientes obsesivos poseían niveles mayores de metabolismo glucídico, concretamente en áreas del lóbulo frontal y en el cíngulo. Recordemos cómo el cíngulo es el área anatómica que conecta el lóbulo frontal con los ganglios basales.

En definitiva, aunque el mecanismo etiopatogénico preciso de los síntomas obsesivos no está del todo aclarado, cada vez estamos más seguros de las áreas biológicas implicadas.

Paralelamente a los avances en el terreno de la investigación causal, se han dado pasos muy importantes en el área del tratamiento. Por una parte, estarían los programas de terapia de modificación conductual —sobre todo, la exposición «in vitro» y la prevención de respuesta¹⁶. Por otra, los fármacos que se han mostrado eficaces como antiobsesivos: Clorimipramina, Fluvoxamina y Fluoxetina. De ellos, la Clorimipramina ha sido el más estudiado y es el recomendado como tratamiento de elección¹⁷. Rapoport y Leonard compararon su efecto antiobsesivo con el producido por la Desipramina. Durante 15 días se trató a dos grupos de pacientes obsesivos con uno de los fármacos por grupo; al final de este periodo, se cambiaron las recetas durante otros 15 días. Los pacientes mejoraban con la Clorimipramina y empeoraban con la Desipramina¹⁸.

Es insólito que un mismo desequilibrio psiquiátrico aparezca de forma idéntica en niños y en adultos; pues bien, el síndrome obsesivo pediátrico —una vez desarrollado—, parece idéntico al que muestran los adultos¹³. A menudo, sin embargo, se asiste a un empeoramiento progresivo de los síntomas —si no se tratan—. Así, desde el ritual infantil de contar, se pasa a las compulsiones de limpieza en la adolescencia, y a los pensamientos obsesivos en la primera edad adulta.

Un porcentaje que oscila entre el 30 y el 50% de los enfermos obsesivos comienzan a

comportarse así en la infancia o en la adolescencia¹³. Principalmente porque entienden que sus síntomas carecen de sentido, estos pacientes pasan gran parte de su vida ocultándolos. Simulan un estado de normalidad el máximo tiempo posible, limitando sus comportamientos rituales a las horas de intimidad, y evitando las situaciones sociales en que sus compulsiones quedan al descubierto. Logran disimular durante años los síntomas; solo buscan ayuda cuando no pueden controlarlos por más tiempo, debido a que les impiden ir al colegio o a cumplir con unas mínimas obligaciones sociales.

Es debido a esta fase de «encubrimiento», así como al mejor pronóstico que entraña su tratamiento precoz¹⁹, por lo que se acentúa la conveniencia de identificar los mismos casos de adultos obsesivos pero en edad pediátrica.

De todos modos, ello no quiere decir que todo aquel niño que muestre rituales sea paciente; más bien, todo lo contrario. El desarrollo normal implica ordenar exteriormente lo que luego vamos a interiorizar, y ello conlleva múltiples comportamientos de repetición, ensayo, y «compulsión sensu lato». Sin embargo, la diferencia estriba en el grado de interferencia que las conductas «obsesivas» provoquen sobre la vida cotidiana; o lo que es igual: su distinta intensidad y tiempo de existencia.

Diagnosticar una Neurosis Obsesiva en pediatría es una tarea difícil, pues. Exige disponer de instrumentos adecuados de medida y correlaciones clínicas para los resultados obtenidos en dichos tests.

Pruebas utilizadas en la actualidad son:

1. El Obsessive-Compulsive Checklist²⁰.
2. El Yale-Brown Obsessive-Compulsive Scale²¹.
3. El Leyton Obsessional Inventory-Child Version (Leyton-CV)⁸⁻¹¹.

Como se ha indicado más arriba ha sido una adaptación de este último test el cuestionario utilizado por los autores para intentar una validación diagnóstica en nuestro idioma del **LEYTON para niños**.

Quizás por ser el dato de menor trascendencia, empezaremos haciendo hincapié en el alto porcentaje de obsesividad que hemos encon-

trado en el grupo control, respecto los estudios originales⁸. De todos modos ningún sujeto de la población o grupo control (n = 30) estaba enfermo.

Viendo los resultados del estudio —ya comentados—, en la tabla I, recordamos que se obtiene un 75% de sensibilidad y un 50% de especificidad, para un punto de corte de 15 o >. Parece, pues, un método válido para detectar casos obsesivo-compulsivos, siempre que los resultados del test se acompañen de los criterios necesarios para el diagnóstico de la DSM-III-R¹².

Reseñar por último que nos parece que podría reunirse toda la sintomatología obsesivo-compulsiva en menos ítems, y a pesar de que no hemos usado el nuevo test que se compondría de 20 ítems: los que permiten mejor diferenciar a la vez **obsesivos de sanos** (por la suma total de respuestas afirmativas); y **obsesivos de pacientes no obsesivos** (por las medidas de resistencia e interferencia).

CONCLUSIÓN

En suma, de acuerdo con el análisis estimativo realizado, el test del Dr. Leyton y sus colegas, en versión infantil, y adaptado a nuestra cultura, puede ser útil para ayudar a diagnosticar Trastornos Obsesivo-Compulsivos entre los niños y adolescentes que acuden a las consultas paidopsiquiátricas del país.

Bibliografía

1. FLAMENT M.F., WHITAKER A., RAPOPORT J.L., DAVIES M., ZAREMBA C., KALIKOW K., SCEERY M.D. Y SHAFFER D.: «Obsessive Compulsive Disorder in Adolescence: An epidemiological study». *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 1988; 27: 764-771.
2. JUDD L.L.: «Obsessive-Compulsive Neurosis in children». *Arch Gen Psychiatry* 1965; 12: 136-143.
3. LEBOVICI S.: «Evolution de la névrose obsessionnelle de l'enfant et de l'adolescent». *Neuropsychiatrie de l'enfance* 1985; 33: 469-474.
4. HOLLINGSWORTH C.E., TANGUAY P.E., GROSSMAN L. Y PABST P.: «Long-term outcome of obsessive-compulsive disorder in childhood». *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 1980; 19: 134-144.
5. RAPOPORT J.L.: «Childhood Obsessive Compulsive Disorder». *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 1986; 27: 289-296.
6. ROBINS L.E., HELZER J.E., WEISSMAN M.M. y cols.: «Lifetime prevalence of specific psychiatric disorders in three sites». *Arch Gen Psychiatry* 1984; 4: 949-958.
7. TOMÁS J, GASTAMINZA X Y BASSAS N.: «Valoración evolutiva de los trastornos obsesivos en la infancia. Pautas terapéuticas farmacológicas». *Rev Psiq Inf* 1990; 1: 58-67.
8. BERG C.J., RAPOPORT J.L. Y FLAMENT M.F.: «The Leyton Obsessional Inventory-Child Version». *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 1986; 25: 84-91.
9. BERG C.J., WHITAKER A., DAVIES M., FLAMENT M.F. Y RAPOPORT J.L.: «The survey form of the Leyton Obsessional Inventory-Child Version: Norms from an epidemiological study». *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 1988; 27: 759-763.
10. SNOWDEN J.: «A comparison of written and postbox forms of the Leyton Obsessional Inventory». *Psychol Med* 1980; 10: 165-170.
11. COOPER J.: «The Leyton Obsessional Inventory». *Psychol Med* 1970; 1: 48-64.
12. American Psychiatric Association. «Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales: DSM-III-R», págs. 293-296; Masson S.A., Barcelona, 1988.
13. RAPOPORT J.L.: «Biología de las obsesiones y las compulsiones». *Investigación y Ciencia* 1989; 152: 64-71.
14. GREIST J.H., RAPOPORT J.L. Y RASMUSSEN S.A.: «Spotting the obsessive-compulsive». *Patient Care* 1990; 24: 47-73.
15. SWEDO S., SHAPIRO M. Y GRADY C.L.: «Obsessive-Compulsive Disorders». M.A. Jenike, L. Baer y V. Minichiello (eds.); PSG Publishing Company Inc., New York, 1986.
16. HOOGRUIN C.A.L. Y DUIVENVOORDEN H.J.: «A decision model in the treatment of Obsessive-Compulsive Neuroses». *Br J Psychiatry* 1988; 152: 516-521.
17. DEVEAUGH-GEISS J., MOROZ G., BIEDERMAN J., CANTWELL D., FONTAINE R., GREIST J.H., REICHLER R., KATZ R. Y LANDAU P.: «Clomipramine Hydrochloride in childhood and adolescent Obsessive-Compulsive Disorder - A multicenter trial». *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 1992; 31: 45-49.
18. LEONARD H.L., SWEDO S.E., RAPOPORT J.L. y cols.: «Treatment of obsessive-compulsive disorder with clomipramine and desipramine in children and adolescents. A double-blind crossover comparison». *Arch Gen Psychiatry* 1989; 46: 1.088-1.092.
19. JENIKE M.A.: «Obsessive-compulsive and related disorders: A hidden epidemic, editorial». *N Engl J Med* 1989; 321: 539-541.
20. GREIST J.H., JEFFERSON J.H. Y MARKS I.M.: «Anxiety and its treatment. Help is available». American Psychiatric Press Inc., Washington D.C., 1986.
21. GOODMAN W.K., PRICE L.H., RASMUSSEN S.A. y cols.: «The Yale-Brown Obsessive Compulsive Scale. II. Validity». *Arch Gen Psychiatry* 1989; 46: 1.012-1.016.