

# Valoración evolutiva de los trastornos obsesivos en la infancia. Pautas terapéuticas farmacológicas

J. Tomás\*, X. Gastaminza\*\*, N. Bassas\*\*\*

## RESUMEN

Se trata de un estudio epidemiológico de 73 niños diagnosticados de trastorno obsesivo-compulsivo, comprendiendo las edades entre 5 a 7 m y 14 a 6 m, con una duración mínima del estado obsesivo de 6 meses.

El estudio pone de manifiesto que el promedio de edad de mayor prevalencia se encuentra entre los 13-14 y 10-11 años, siendo más frecuente en los varones en una relación de 2/1.

Asimismo encuentra un elevado índice de relaciones conflictivas intrafamiliares.

Se valora la evolución analizándola en grupos sintomatológicos haciendo hincapié en el tratamiento mixto —medicamentoso y psicoterapéutico— como más satisfactorio que los unifactoriales. Los resultados más positivos se encuentran con la administración de tricíclicos, no obstante se apuesta por la asociación ante situaciones sintomatológicas específicas.

**Palabras clave:** Trastornos obsesivos. Psicofarmacología. Evolución.

## INTRODUCCIÓN

El problema terapéutico de los trastornos obsesivos-compulsivos en la infancia recae sobre tres aspectos fundamentales. En primer lugar, el que durante el período evolutivo del desarrollo del niño hasta la adolescencia pueden aparecer manifestaciones o comportamientos obsesivos o compulsivos que no revisten en sí mismos ningún tipo de significado psicopatológico y que, evidentemente, no comprometen en absoluto, la maduración y el desarrollo del niño.

Por otra parte, existen trastornos obsesivos asociados a otras perturbaciones del comportamiento, o bien a otras estructuras psicopatológicas de significado diverso, con diferentes gradientes de participación de ansiedad y diversa complejidad.

Y por último, es evidente, y todos los autores están de acuerdo, que después de la pubertad las manifestaciones del trastorno obsesivo-compulsivo pueden adoptar la totalidad de las características de la perturbación en el adulto.

---

\* Profesor Dto. de Farmacología y Psiquiatría. U.A.B. Jefe Servicio de Psiquiatría Infantil. Hospital Vall d'Hebrón. Barcelona.

\*\* Profesor Dto. de Farmacología y Psiquiatría. U.A.B. Hospital Germans Trias i Pujol. Badalona.

\*\*\* Servicio de Psiquiatría Infantil. Hospital de Vall d'Hebrón. Barcelona.

## MATERIAL Y MÉTODO

En esta revisión nos hemos ceñido al concepto estricto de la clasificación del DSM III. Hemos incluido aquellos casos que reunían una clínica en la que las manifestaciones obsesivas se manifestasen a través de ideas, pensamientos, imágenes o impulsos que aparecían de forma recurrente persistente, que fueran molestos para el sujeto y que deseara suprimirlos. Junto a perturbaciones compulsivas, que se manifestaban a través de conductas repetidas aparentemente finalistas pero que no constituían más que comportamientos estereotipados y reglados que no eran un fin en sí mismos y que presentaban una intención de evitar un acontecimiento o situación futura, con actividad excesiva o no conectada, y que al mismo tiempo no revestían ningún sentido objetivo para el paciente y que las efectuaba como un comportamiento subjetivo; para el paciente este comportamiento aliviaba la tensión y, en ningún caso le producía una sensación de placer.

También hemos tenido en cuenta que, en los casos considerados, se perturbara la relación social o el rendimiento del paciente y que de alguna forma se evidenciara su malestar.

Se han desarrollado aquellos casos en los que podía considerarse la enfermedad de Gilles de la Tourette, o un trastorno psicótico, o un trastorno depresivo, o bien que existieran trastornos mentales orgánicos, o deficiencias mentales disarmónicas.

Aquellos pacientes afectados de tics simples, asociados a pequeños hábitos conjuratorios o a algunas ideas obsesivas, cuando el tic no era en sí mismo una expresión secundaria de la idea obsesiva, han sido también suprimidos.

En determinados casos, la ideación obsesiva tan sólo ha sido posible valorarla como existente a través de los mecanismos conjuratorios o rituales, sin que constara en la historia clínica revisada ninguna expresión específica de haber detectado la idea obsesiva.

Se han revisado los casos asistidos en nuestro departamento de paido-psiquiatría, del Hospital Infantil del Valle Hebrón de Barce-

lona, durante los últimos siete años, es decir, de 1981 a 1988.

La valoración diagnóstica se ha efectuado a través del criterio de tres profesionales paidopsiquiatras, que basaron su diagnóstico en la anamnesis y evolución clínica a lo largo de las modificaciones producidas frente a las terapéuticas adoptadas.

Hemos podido recoger 73 casos, teniendo en cuenta que todas aquellas historias clínicas en las que el trastorno obsesivo-compulsivo aparecía después de los 13 años 9 meses, han sido desechadas de la casuística considerada para la valoración terapéutica, al igual que aquellos casos cuya evolución clínica era menor a 6 meses.

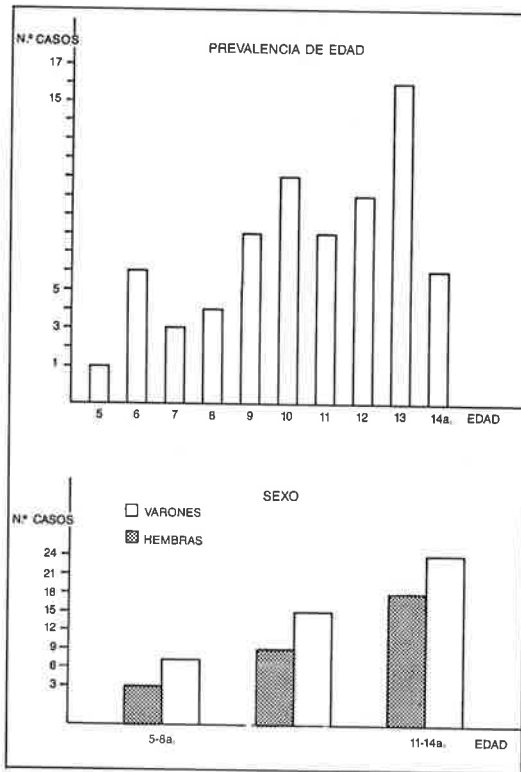
## RESULTADOS

Los casos valorados han sido 73, cuya edad promedio se situaba en 11 años 1 mes. La edad máxima atendida en la primera visita fue de 14 años 6 meses y la edad mínima de 5 años 7 meses.

La prevalencia de mayor frecuencia fue entre 10 y 14 años, siendo las edades más afectadas las de 13-14 y 10-11 años. Como puede apreciarse en las gráficas siguientes, la prevalencia de edad se sitúa en los 13 y 10 años, como ya hemos comentado anteriormente, aumentando progresivamente la incidencia y nivelándose en lo que respecta a los sexos, a medida que se acerca al período de la pubertad y adolescencia.

La relación de varones y hembras de nuestra muestra es prácticamente de 2/1, 60% de varones (44) y 40% de hembras (29). Debemos señalar que en una revisión que efectuamos sobre 31 casos con el Dr. Ferrer en 1981, encontramos una relación semejante del 55% de varones (17) y el 45% de hembras (14). También en la revisión del Dr. Gastaminza de 1987, se encontró una relación de 3/1 de varones y hembras.

Respecto al orden en la familia en nuestra casuística eran primogénitos un 38,09% de los pacientes, benjamines un 33,3%, y en el 45%



la patria se componía tan sólo de 2 hermanos.

No se apreciaban antecedentes personales de interés ni perturbaciones del desarrollo. En los antecedentes psicopatológicos familiares, se observaron alteraciones en el 55% de los casos, de ellos 2/3 de las madres y 1/4 parte de los padres de forma aislada, con afectación de los dos padres en un 11% de la muestra. En ninguno de los casos se encontró una situación que pudiera considerarse sin antecedentes familiares.

En el grupo de madres alteradas (78%), presentaban perturbaciones de tipo depresivo un 66%, trastornos adaptativos con manifestaciones somáticas asociadas y ansiedad crónica un 4%, y trastornos obsesivos un 8%. El 22% de los padres presentaban alteraciones como único elemento perturbado del contexto familiar, con rasgos paranoicos en el 25%, depresivos en el 25%, ansiosos en el 20% y obsesivos en el 30%.

En un 11% de casos de la totalidad de la mues-

tra, la alteración afectaba al padre y a la madre. En la mitad de ellos por trastornos de ansiedad y en la otra mitad por trastornos de tipo obsesivo.

El estudio de la relación entre los padres, mostró la existencia de una buena relación en el 30% de los padres y conflictiva en el 70% restante. Esta conflictividad se manifestaba en que la relación madre-hijo estaba perturbada bien por la existencia de una relación de tipo simbiótica, o por una madre claramente sobreprotectora, veladamente rechazante, en el 62% de los casos; o por una madre disafectiva; o por la existencia de una relación de agresividad-búsqueda de castigo.

La relación padre-hijo sólo estaba alterada en un 6,9% de los casos, en los que se apreciaba en la mitad una actitud de un padre nutridor y en la otra mitad la existencia de un padre claramente disafectivo.

En el 31% de los casos, la relación con el niño estaba perturbada en ambos padres.

Desde el punto de vista comportamental, se apreciaron trastornos del sueño en el 66% de los casos, siendo el síntoma de mayor frecuencia el insomnio en más de la mitad de ellos (53%).

El rendimiento escolar era eficaz y brillante en algunos de ellos en el período de inicio del trastorno obsesivo y deficiente una vez este trastorno estaba completamente desarrollado, o bien fue progresivamente a lo largo del proceso psicoterapéutico, apreciándose una perturbación en el rendimiento y adaptación escolar.

La adaptación social estaba claramente perturbada en el 80% de los casos, con una reacción de aislamiento en el 43% y de conflictividad manifiesta relacional en el 56%.

El comportamiento de los pacientes considerados era de tipo inhibido en un 35% de los casos (Act. Depresiva 46% y Act. Ansiosa 53,3%) e inestable en un 64% (88% Ansiosos y 11% Depresivos).

Por otra parte, se apreciaron rasgos clínicos asociados que no configuraban perturbación mayor. En el 56,16% rasgos depresivos, en el 13,6% la aparición de actitudes y defensas de

tipo psicóticos, en el 9,5% rasgos disarmónicos evolutivos, y en el 27% tics.

Respecto al EEG, se objetivó Alteración Focal en el 23,07% de los casos. En un 32% se había practicado un EEG de sueño en los que se observó un período de latencia del REM alterado, de forma alargada, en un 57,14% de los casos y en el 42,85% fue normal.

El test de supresión de la Dexametasona fue normal en el 67% en los que se practicó (12 casos) y en el 33% se encontró alterada.

Los trastornos obsesivos presentaban una duración mínima de 6 meses, puesto que éste fue uno de los criterios selectivos para la muestra, y máxima de 8 años 10 meses, siendo de 2 años 3 meses el tiempo medio de duración.

Analizando la evolución según la sintomatología, en aquellos casos en los que tan sólo se apreciaba la existencia de ideación obsesiva con compulsiones (7 casos), fue relativamente positiva, es decir, de desaparición de la clínica asociada pero sin resolución de la ideación obsesiva ni los anancasmas, en tan sólo 2 casos. Un caso evolucionó de forma satisfactoria hasta ser dado de alta con curación total y en 4, se apreció una alta voluntaria con abandono del tratamiento.

---

EVOLUCIÓN GENERAL: A.0=An..H.C.  
MONOSINTOMÁTICAS I.O.=2 An.=5  
F + ++ A AV  
0 2 0 1 4

F: Fracaso

+: Desaparición Clínica Secundaria

++: Desaparición Clínica Obsesiva

A: Alta

A.V: Alta voluntaria

---

Otro segundo grupo de evolución son los pacientes que presentaban: ideas obsesivas, actos compulsivos y fobias, simultáneamente o bisintomáticamente, con un total de 66 casos. Su evolución se cifró en 4 casos de alta voluntaria y 3 de fracaso, que constituyeron un grupo de 7 casos (el 10,6% de la muestra) en el que cualquier modalidad terapéutica puesta en ensayo fue completamente ineficaz. En 36 ca-

sos la evolución fue totalmente satisfactoria, en el sentido de obtener tanto una remisión de la clínica obsesiva como asociada pudiendo en 17 casos darles de alta con una remisión total del cuadro clínico y con una adaptabilidad social correcta. Constituyen en total, con una mejoría considerable, 53 casos, lo que representa el 80% de la muestra. En 7 casos, la evolución fue tan sólo relativamente significativa.

---

EVOLUCIÓN	GENERAL:
A.0=An.=H.C.	
BISINTOMÁTICAS I.O.+An.=5	
I.O.+F=6, An+F=20	
TRISINTOMÁTICAS I.O.+An.+F.=35	
F + ++ A AV	
3 7 36 17 4	

---

Se indicó a todos los pacientes una técnica de tipo psicoterapéutica asociada a la psicofarmacología ya que en nuestra revisión de 1981 con el Dr. Ferrer se apreció que la evolución de los casos con tratamiento sólo psicoterapéutico era insatisfactoria, sin embargo, aquellos pacientes tratados sólo psicofarmacológicamente, su progresión madurativa y adaptativa era insatisfactoria aunque clínicamente desaparecían los factores fundamentales del trastorno:

---

OBSESIONES 1981

EVOLUCIÓN CLÍNICA CON TRAT.

SOLO PSICOTERAPÉUTICO:	4
POSITIVA	1
REGULAR	1
NEGATIVA	2

---

OBSESIONES 1981

EVOLUCIÓN CON TRAT. PSICOFARMACOLÓGICO

POSITIVA	19	61%
NEGATIVA	5	16%
REGULAR	5	16%
NO CONSTA	2	6%

---

En nuestra casuística se aplicaron diferentes modalidades terapéuticas: técnicas de apoyo, relajación, ensoñación, desensibilización sistemática, ludoterapia, psicoterapia familiar, psicoterapia de grupo y separación ambiental en algún caso.

Se han valorado los tratamientos psicofarmacológicos impuestos a la totalidad de la muestra, considerando cada pauta terapéutica impuesta a cada uno de los pacientes como tratamiento independiente y partiendo del concepto de paciente nuevo en función de la situación evolutiva en que se encontrara en el momento de instaurar la nueva pauta terapéutica. En nuestros 73 casos se habían instaurado 353 pautas terapéuticas aisladas o asociadas: aisladas, con un sólo fármaco en un 52,12% y asociadas, con dos o tres fármacos, en un 47,87%.

La pauta de administración fue siempre lenta sobre todo en lo que se refiere a la introducción de un fármaco; cuando el fármaco se suprimía, y era especialmente un Tricíclico o un IMAO, fue igualmente a lo largo de un mínimo de 3 semanas y de un máximo de 6.

Antes de considerar las diferentes pautas terapéuticas impuestas a nuestros pacientes debe advertirse que en 8 casos se produjo un alta voluntaria precoz, previa a una instauración terapéutica suficientemente válida para ser resolutive, lo que constituye un 10% de nuestra muestra. No hubo ningún tipo de tratamien-

to en 1 caso, en el que visto posteriormente se apreció una buena evolución y remisión de su patología obsesiva que había desaparecido espontáneamente, y en 3 casos se produjo un fenómeno semejante sólo con tratamiento psicoterapéutico.

El tiempo medio de la administración psicofarmacológica de cualquiera de las pautas fue de 14,3 meses.

Los psicofármacos administrados fueron diversos y en proporción diversa. Hemos reunido los psicofármacos de la siguiente forma: Clorimipramina; Imipramina donde también consideramos en ella, al valorar su eficacia terapéutica, aquellos casos en que se administró Amitriptilina y Nortriptilina; Ansiolíticos donde situamos el Clorodiazepóxido y el Clorazepato; Alprazolam; IMAO donde incluimos la Iproniazida y la Fenelzina; Fenotiazínicos con diversos derivados como la Thioridazina.

En las pautas terapéuticas efectuadas, se ha prescrito la Clorimipramina en el 65,75% sola o asociada. La Imipramina, en un 47,9%, sola o asociada. Los Ansiolíticos, en un 32,8%. El Alprazolam, en un 28,7%. Los IMAOS, en un 15,06%. Los derivados fenotiazínicos, en el 19,17%. Los derivados de la Butirofenona se han administrado en el 17,8%. El Sulpiride, siempre asociado, sólo en el 6,2%. Y las Sales de Litio, siempre asociadas, en el 6,8% de los casos.

Los resultados de la medicación respecto a

## OBSESIONES 1988

### RESULTADOS MEDICACIÓN.- Asoc. entre sí.-Muestra = 73

	N.º TOTAL	+	++	FRACASO	SUMA
CLORIMIPRAMINA	65,75%	31,6%	59,49%	8,86%	91,09%
GRUPO IMIPRAMINA	47,9%	39,02%	53,6%	7,24%	92,62%
ANSIOLÍTICOS	32,8%	20%	45%	35%	65%
ALPRAZOLAM	28,7%	45%	55%	0%	100%
IMAO	15,06%	41,6%	50%	8,33%	91,6%
FENOTIAZÍNICOS	19,17%	53,3%	40%	6,66%	93,3%
BUTIROFENONA	17,8%	55,5%	33,3%	11,1%	88,8%
SULPIRIDE	6,2%	42,8%	28,5%	28,5%	71,3%
SALES DE LITIO	6,8%	66,6%	33,3%	0%	99,9%

Asoc. + frecuente = Clor. + Imip., Clor. + resto, Imip. + resto

## OBSESIONES 1988

## TRATAMIENTO BIOLÓGICO AISLADO

	N.º C.	F	+	++	D. MX.	D. MN.	D. MD.
CLORIMIPRAMINA	38	7	18	13	5,68	0,42	2,13
IMIPRAMINA	18	3	2	13	5,35	2,97	4,03
ANSIOLÍTICOS							
— ALPRAZOLAM	8	2	3	3	0,07	0,01	0,03
— CLORDIAZE- PÓXIDO	4	2	1	1	0,22	0,14	0,18
— CLORAZEPATO	3	0	1	2	0,6	0,22	0,38
IMAO: IPRONIAZIDA	6	3	0	3	1,42	1,02	1,18
FENELZINA					0,78	0,6	0,69
BUTIROFENONA	3	3	0	0	7,23	0,01	2,43
CARBAMAZEPINA	3	1	0	2	10,16	4,83	6,93

la Clorimipramina, fueron satisfactorios, con remisión de la clínica obsesiva y asociada, en un 59,49% de los casos, pero los Tricíclicos del grupo de la Imipramina se apreció en ellos la misma eficacia, es decir, en un 53,6%. En el Alprazolam y los IMAOS también se apreció la misma eficacia, en un 55% y 50% de los casos respectivamente. Cuando se valoró la eficacia conseguida sólo en la clínica asociada, la casuística debe considerarse como eficaz fundamentalmente con la Clorimipramina, Imipramina, Alprazolam, IMAOS, derivados fenotiazínicos, asociado en algunos casos a las Butirofenonas y a las Sales de Litio.

La Clorimipramina se mostró totalmente ineficaz en un 8,8% de los casos, la Imipra-

mina en un 7,24%, los Ansiolíticos en un 35%, los IMAOS en un 8,33%.

También hemos valorado cuando el tratamiento biológico ha sido aislado y cuando fue asociado con dos o tres fármacos. En el tratamiento biológico aislado, en 38 casos se administró sólo la Clorimipramina con 13 resultados satisfactorios, 18 con mejoría aceptable y 7 fracasos. Con Imipramina en 18 casos, 13 resultados satisfactorios, 2 aceptables y 3 fracasos. Del resto de casos, tan sólo el Alprazolam fue administrado en 8 casos con 3 resultados positivos, y el IMAO en 6 casos, con 3 resultados satisfactorios. Puede apreciarse que las dosis medias utilizadas, en determinados casos, fue obligado administrarlas altas, muy

## OBSESIONES 1988

## TRATAMIENTO BIOLÓGICO ASOCIADO

CLORIMIPRAMINA D.M: 2,2, N.º C: 40, F: 8, +: 14, ++: 18

	N.º C	F	+	++	D. MX.	D. MN.	D. MD.
IMIPRAMINA	14	1	8	5	5,14	1,18	2,49
CLORDIAZEPÓXIDO	7	2	2	3	4,71	0,22	1,56
ALPRAZOLAM	2	0	1	1	1,01	0,03	0,52
CLORAZEPATO	1	1	0	0	—	—	0,07
THIORIDAZINA	1	0	0	1	—	—	4,05
BUTIROFENONAS	4	3	0	1	6,37	0,04	4,45
CARBAMAZEPINA	3	0	0	3	400/d	200/d	300/d

## OBSESIONES 1988

## TRATAMIENTO BIOLÓGICO ASOCIADO

IMIPRAMINA D.M: 3,2, N.º C: 12, F: 2, +: 6, ++: 4

	N.º C.	F	+	++	D. MX.	D. MN.	D. MD.
CARBAMAZEPINA	1	0	0	1	—	—	400/d
ALPRAZOLAM	6	0	5	1	0,06	0,01	0,03
CLORAZEPATO	1	1	0	0	—	—	0,13
THIORIDAZINA	3	1	1	1	1,65	1,51	1,59

cercanas a las desaconsejadas por su riesgo de administración.

Desde el punto de vista de medicaciones asociadas, hemos diferenciado la medicación asociada a la Clorimipramina, a la Imipramina y al Alprazolam según los cuadros que referimos posteriormente. En 40 ocasiones se han efectuado tratamientos asociados a la Clorimipramina obteniendo un total de 18 resultados totalmente satisfactorios, 14 beneficiosos y 8 fracasos. El medicamento más asociado

fue la Imipramina con un 35,7% de eficacia, frente a un 57% de beneficio medio.

Los medicamentos asociados a la Imipramina, independientemente de la Clorimipramina considerada anteriormente, se realizaron en 12 casos, más frecuentemente con el Alprazolam, sin que ninguna de estas asociaciones fuera realmente significativa en sus resultados y eficacia.

Los medicamentos asociados al Alprazo-

## OBSESIONES 1988

## TRATAMIENTO BIOLÓGICO ASOCIADO

ALPRAZOLAM D.M: 0,02, N.º C: 16, F: 3, +: 4, ++: 9

	N.º C	F	+	++	D. MX.	D. MN.	D. MD.
CLORAZEPATO	1	0	0	1	—	—	0,2
IPRONIAZIDA	2	0	1	1	1/2	1/2	—
FENOTIAZINAS	5	1	2	2	—	—	—
BUTIROFENONAS	2	1	1	0	0,55	0,07	—
CARBAMZEPINA	2	0	0	2	12,3	4,8	9,1
NOOANALÉPTICO	4	1	0	3	3,6	2,7	3,1

## OBSESIONES 1988

## TRATAMIENTO BIOLÓGICO ASOCIADO

CLORIMIPRAMINA D.M: 2,25, N.º C: 9, F: 3, +: 3, ++: 3

	N.	C	F	+	++	D. MD.
IMIPRAMINA						1,58
ANSIOLÍTICO	4		1	1	2	0,19
IMIPRAMINA						1,66
FENOTIAZINA	3		1	1	1	1mg/k/d
IMIPRAMINA						1,64
BUTIROFENONA	1		1	0	0	3,82
IMIPRAMINA						1,58
ALPRAZOLAM	1		0	1	0	0,03

lam, independientemente de la Clorimipramina, se dio en 16 casos, con resultados ambiguos y escasamente significativos, aunque su evolución general fue en 9 casos totalmente satisfactoria pero sin que realmente puedan, a tenor de los datos obtenidos, sacar ningún tipo de conclusión válida.

La medicación se administró en combinaciones de tres fármacos en 9 casos, cuya evolución fue totalmente satisfactoria en 3 y fracasó en 3. Tan sólo la combinación de Clorimipramina, Imipramina y un ansiolítico fue la única combinación positiva relevante.

## DISCUSIÓN

De la revisión bibliográfica que hemos efectuado, es de interés destacar, unos trabajos que se acercan más a nuestra revisión efectuada. Flament y Rapoport concluyen que en un tratamiento con Clorimipramina en 19 sujetos, entre los 6 y 14 años, con un tratamiento de 10 semanas de doble ciego con Clorimipramina, se aprecia mejoría en obsesiones y compulsiones, independientemente de la depresión de base. La mejoría no está relacionada con los resultados del control plasmático, el efecto sobre el cuadro obsesivo es independiente del efecto antidepressivo. La revisión de su trabajo señala, desde el punto de vista clínico, la no resolución total de la patología obsesiva sino tan sólo su mejoría con disminución del sufrimiento y con discreta mejoría adaptativa.

Otro trabajo de interés es el de Towbin de 1987, en que realizó una revisión de los trabajos de la literatura inglesa sobre el tratamiento farmacológico de los trastornos obsesivos en la infancia. Aprecia que estos trabajos citan el uso de Tricíclicos, Neurolépticos, Benzodiazepinas, IMAOS y de otros fármacos y concluye que los trastornos obsesivo-compulsivos constituyen un cuadro complejo de diagnóstico diferencial y que ningún fármaco parece ser más eficaz que los demás. La Clorimipramina es el fármaco más investigado y de acción más positivable. Cuando se asocian

trastornos de pánico, otros psicofármacos parecen ser más eficaces que la Clorimipramina en el tratamiento de los trastornos obsesivos.

## CONCLUSIONES

La edad más frecuente se sitúa entre los 13-14 y 10-11 años.

Existe mayor incidencia en los varones y primogénitos.

Los trastornos de sociabilidad son frecuentes con disafectividad e inestabilidad.

Se aprecian perturbaciones familiares significativas, de difícil valoración si éstas son las generantes psicopatológicamente o si son consecuencia del mismo trastorno que presenta el paciente. Su dependencia de una modificación para su resolución hace pensar que, muy probablemente, los trastornos familiares están dinámicamente relacionados al trastorno del paciente.

En nuestra casuística puede apreciarse la actitud existente en diferenciar los cuadros de obsesiones, de fobias, y de fobias y obsesiones, al menos cuando debemos referirnos a una sistematización basada en los criterios del DSM III o DSM III R.

En nuestra valoración retrospectiva de las conductas adoptadas desde un punto de vista terapéutico, se aprecia la influencia de la misma bibliografía revisada por Towbin, puesto que, si bien en un porcentaje superior la Clorimipramina ha sido aplicada respecto a la Imipramina, los IMAOS, ansiolíticos y neurolépticos, es evidente, que nuestra proporción de aplicación es casi semejante a la citada por Towbin en su trabajo.

Sin duda, la Clorimipramina sigue mostrándose como el fármaco más eficaz en la resolución de los trastornos obsesivos en la infancia. La asociación de la Clorimipramina con la Imipramina, muestra una eficacia prácticamente semejante, y la Imipramina asociada al Alprazolam tiene, en aquellos casos con componentes fóbicos, un resultado positivo nada despreciable.

En todos los casos la aplicación fue por vía



oral, en dos o tres tomas al día, lo que junto a la administración progresiva de la medicación, facilitó la evitación de efectos secundarios. Los efectos secundarios más frecuentes fueron: boca seca, estreñimiento, y, en algunos casos, muy pocos, cierto temblor. En cuatro casos hubo discretos trastornos con mareos e hipotonía. En 13 casos se manifestaron reacciones de agresividad hacia los padres que consideramos como una perturbación adaptativa dependiente de la medicación, siendo la modificación de ésta la que remitía el cuadro agresivo.

Más de la mitad de los casos fueron tratados con Clorimipramina y el resto con los otros fármacos.

El tratamiento más prolongado, que aquellos efectuados en la casuística de 1981, nos ha facilitado la disminución del número de recaídas en los trastornos obsesivo-compulsivos.

El control plasmático se ha demostrado como no significativo en la valoración pronóstica terapéutica de estos pacientes; por ello, no nos hemos referido a este parámetro a lo largo del trabajo.

En aquellos casos en que no se ha practicado el tratamiento psicoterapéutico, hemos tenido más dificultades o han persistido perturbaciones en la relación o adaptación social.

## Bibliografía

- BOTT, C.: *Compensation of a deficitary symbiosis by the introduction of an imaginary object*. Dynpsychiatr, 10/44: 217-226, 1977.
- CAPSTICK, N. y SELDRUP, J.: *A study in the relationship between abnormalities occurring at the time of birth and the subsequent development of obsessional symptoms*. Acta Psychiatr Scand, 56/: 427-431, 1977.
- COMINGS, D.E. y COMINGS, B.G.: *A controlled study of Tourette syndrome. IV. Obsessions, Compulsions, and Schizoid Behaviors*. An-J-Hum-Genet, 41/5: 782-803, 1987.
- DROMANN, S.: *Obsessive-compulsive neurosis in childhood and adolescence*. Munch Med Wochenschr, 127/25: 647-649, 1985.
- DUREST COSYNS, S.: *Psychological aspects of ulcerative rectocolitis*. Acta Psychiatr Belg, 75/4: 407-415, 1975.
- ELKINS, R., RAPOPORT, J.L. y LIPSKY A.: *Obsessive Compulsive Disorder of Childhood and Adolescence. A neurobiological viewpoint*. J-An-Acad-Child-Psychiatr, 19/3: 511-524, 1980.
- FERRER, R. y TOMAS, J.: *Psicofarmacología en los síndromes obsesivos*. Revistas de neuropsiquiatría Infantil 1984 n.º 4, Vol. II.
- FLAMENT, M.F., RAPOPORT, J.L. y BERG, C.J.: *Clomipramine treatment of childhood obsessive-compulsive disorder. A double-blind controlled study*. Arch Gen Psychiatry 42/10: 977-985, 1985.
- FLAMENT, M.F., RAPOPORT, J.L., BERG, C.J. y KILTS, C.P.: *A controlled trial of clomipramine in childhood obsessive compulsive disorder*. Psychofarmaco-bull, 21/1: 150-152, 1985.
- FLAMENT, M.F., RAPOPORT, J.L. y MURPHY, D.L. et al.: *Biochemical changes during clomipramine treatment of childhood obsessive-compulsive disorder*. Arch Gen Psychiatry, 44/3: 219-225, 1987.
- GASTAMINZA, J., TOMAS, J., MIR, L., ROIG, E. y GABOSA, M.: *El trastorno obsesivo-compulsivo en la infancia: Estudio de campo 1987*. (Próxima publicación).
- GIANNAKOULAS, A., CARRATELLI, T.J., OSTIANI, D.E.F. y DI RENZO, M.: *Death anxiety in a 13 years old boys: clinical contribution to the understanding of cumulative trauma*. Neuropsychiatr Infant, 198: 5-23, 1978.
- KALUCY, R.S., CRISP, A. y HARDING, A.: *A study of 56 families with anorexia nervosa*. Br J med Psychol 50/4: 381-395, 1977.
- KOHN DOR SHAV N.: *To be or no to be a Jew? A dilemma of Sigmund Freud?*. Acta Psychiatr Scand, 56/5: 407-420, 1977.
- KRAMAR, M.: *Obsessive Neuroses*. Psihijat Danas, 9/2: 279-286, 1977.
- KULISH, N.: *Precocious ego development and obsessive compulsive neurosis*. J-An-Acad-Psychoanal, 16/2: 167-187, 1988.
- LEBOVICI, S.: *Obsessional neurosis in adolescence*. Confront-Psychiatr, -/29: 125-139, 1987.
- LEONARD, H., SWEDO, S. y RAPOPORT, J.L. et al.: *Treatment of childhood obsessive compulsive disorder with clomipramine and desmethylimipramine: A double-blind crossover comparison*. Psychofarmaco-bull, 24/1: 93-95, 1988.
- MAGNI, G., SILVESTRO, A., CARLI, M. y DE LEO, D.: *Social support and psychological distress of parents of children with acute lymphocytic leukaemia*. Br J Med Psychol 59%4: 383-385, 1986.
- MINDERAA, R.B., VAN GEMERT, T.M. y VAN DE WETERING, B.J.M.: *Unexpected types of presentation of Guilles de la Tourette's Syndrome*. Tijdschr-Psychiatr, 30/4: 246-254; 270-271, 1988.
- MISES, M.: *Trial of clobazam in child psychiatry*. Gaz-medfr, 1976, 83/mono: 47-50.
- MORON, P.: *Semiologic aspects*. Neuropsychiatr Enfance Adolesc., 31/4: 170-173, 1983.
- PARKER, G. y LIPSCOMBE, P.: *Influences on maternal overprotection*. Br J Psychiatry, 138/4:303-311, 1981.

- PÉREZ DE FRANCISCO, C.: *A clinical case of sulpiride therapy in childhood psychiatry*. Revpsiaquiater gharma, n.º 54: 29-32, 1972.
- PLISZKA, S.R.: *Tricyclic antidepressants in the treatment of children with attention deficit disorder*. J-AM-ACAD-CHILD-ADOLESC-PSYCHIATRY, 26/2: 127-132, 1987.
- PROBST, P., ASAM, U. y OTTO, K.: *Psychosocial integration of adults with initial obsessive symptoms in childhood and adolescence*. Z Kinder Jugend Psychiatr, 7/2: 106-121, 1979.
- RANCURELLO, M.: *Antidepressants in children: Indications, benefits, and limitations*. AM-J-PSYCHOTER, 40/3: 377-392, 1986.
- RAPOPORT, J.L.: *Antidepressants in childhood attention deficit disorder and obsessive-compulsive disorder*. Psychosomatis, 27/11 Suppl.: 30-36, 1986.
- REICH, G., HUNHN, S. y WOFF KUSSL, C.: *Patterns of interaction and therapy of families with obsessive-compulsive structure*. Prax Kinderpsychol Kinierpsychiatr, 37/1: 17-24, 1988.
- REID, J.C.: *The vital father. Symptoms of anorexia nervosa occurring in various illnesses as a expression of the father problem*. Anal Psychol, 17/1: 38-56, 1986.
- ROBERTSON, M.M., TRIMBLE y LEES, A.J.: *The psychopathologie of Guilles de la Tourette syndrome. A phenomenological analysis*. Br-J-Psychiatry, 152/Mar.: 383-390, 1988.
- ROHLING, G.: *Loss of control and breaking-through fo destructive aggression with obsessive-compulsive reaction*. Dyn Psychiatr., 13/3: 362-377, 1980.
- ROSSI, R.: *Matricidal obsession from an unusual point fo view*. Quadpsicoterapia, n.º 5: 83-86, 1973.
- ROUX DUFORT, L.: *Highly gifted children*. Psychiatr Enfant, 25/1: 27-149, 1982.
- SCHMIT, G.: *Early obesity*. Ann Psychiatr, 2/4: 359-369, 1987.
- SHANDOR MILES, M.: *Emotional symptoms and physical health in bereaved parents*. Nurs Res (New York), 34/2: 76-81, 1985.
- SCHIMEL, J.L.: *Dialogic analysis of the obsessional*. Contemp psychoanal, 10/1: 87-101, 1974.
- SONDHEIMER, A.: *Clomipramine treatment of delusional disorder-somatic types*. J-AM-ACAD-CHILD-ADOLESC-PSYCHIATRY, 27/2: 188-192, 1988.
- STAMBOLOVA, S., POLNAREVA, N. y TERZIEV, D.: *The outlooks of depot ppsychoanal therapy in children and teenagers*. Ncyrol.
- PSIKHIATR-NEVROKHIR, 26/5: 29-32, 1987.
- STEIN, S.: *Consultation techniques of Winnicot*. Safrmedj, 49/24: 984-988, 1975.
- SREENIVASAN, U.: *Anorexia nerviosa in boys*. Can Psychiatr Assoc J, 23/3: 159-162, 1978.
- STRASSMAN, H.D.: *Insomnia and the psychology of sleep*. Compr Ther, 4/1: 61-66, 1978.
- TOIFL, K., LISCHKA, A. y WALDHAUSER, F.: *Anorexia nerviosa in adolescent males. Part I: Clinical findings*. Klin Paiatric, 200/2: 113-119, 1988.
- TOWBIN, K.E., LECKMAN, J.F. y COHEN, D.J.: *Drug treatment of obsessive-compulsive disorder: A review of findings in the light of diagnostic and metric limitations*. PSYCHIATR-DEV, 5/1: 25-35, 1987.
- TSENG, W.S.: *Psychopathologic study of obsessive compulsive neurosis in Taiwan*. Comprehens Psychiatr, 14/2: 139-150, 1973.
- YAMADA, M.: *Psychopathological study on borderline case*. Bull Yanaguchi Med Sch, 24/3-4: 269-277, 1977.