

Conductas obsesivo-compulsivas en niños y adolescentes: un estudio descriptivo en niños españoles*

Aurora Gavino, Antonio Godoy y Raquel Nogueira
Universidad de Málaga

* La presente investigación ha estado subvencionada por la Junta de Andalucía, Proyecto de Investigación P06-HUM-01548.

resumen/abstract:

La presente investigación describe qué obsesiones y qué compulsiones tienden a darse, bien ocasionalmente, bien de forma habitual, en una muestra representativa de niños y adolescentes de la provincia de Málaga, de entre 10 y 17 años, así como qué forma (pensamientos, imágenes, impulsos, etc.) adquieren las obsesiones en la infancia y la adolescencia y qué estrategias se utilizan con más frecuencia para controlarlas. Los resultados muestran que las obsesiones más frecuentes son las relacionadas con causar daño (a sí mismo o a otros) y las de orden/simetría; que las compulsiones más frecuentes son también las de orden; que las obsesiones adquieren habitualmente la forma de imágenes mentales o de sensaciones o sentimientos difusos y pocas veces la forma de ideas o impulsos; y que las estrategias de control de las obsesiones más utilizadas son las de re-emplazar la obsesión por algún otro pensamiento y la de distraerse con cosas de alrededor. Se termina discutiendo la posible importancia de estos resultados para la comprensión del trastorno obsesivo-compulsivo en general y, de forma especial, en niños y adolescentes.

This paper describes the most frequent obsessions and compulsions in a representative sample of children and teenagers 10-17 year old of Malaga province, as well as the form (thoughts, images, impulses, etc.) of obsessions in childhood and adolescence, and the type of strategies more frequency used to control obsessions. Results show that most frequent obsessions are those related with causing harm and order; that the most frequent compulsion is also order; and that obsessions usually have the form of mental images or diffuse feelings. The strategies most used to control obsessions are replacing obsessions by some other thought, and distracting by paying attention to the surroundings. The paper finishes discussing the importance of these results for the understanding of obsessive-compulsive disorder in general and, especially, in children and teenagers.

palabras clave/keywords:

Comportamientos obsesivo-compulsivos, niños, adolescentes, estrategias de control del pensamiento

Obsessive-compulsive behavior, children, adolescents, thought control strategies.

El Trastorno Obsesivo-Compulsivo (TOC) en la infancia ha sido poco investigado, a pesar de saberse que muchos adultos afectados por este problema lo arrastraban desde su niñez o adolescencia (Eichstedt y Arnold, 2001; Rapoport, 1986). El TOC se da entre un 1 y un 4% de niños (Canals, Domenech, Carbajo y Blade, 1997; Heyman,

et al., 2003), puede comenzar a edades tan tempranas como los 4 años (Chowdbury, Frampton y Heyman, 2004) y suele asociarse a importantes consecuencias académicas, sociales y familiares (Valderhaug e Ivarsson, 2005). La principal razón para investigar el TOC infantojuvenil, pues, no es la de que se da en muchos niños y

adolescentes, sino la de que produce graves consecuencias sobre la vida diaria y porque aumenta la probabilidad de padecer un TOC en la vida adulta (Fullana et al., 2009). Además, sabemos que los problemas que comienzan en la infancia suelen acompañarse en la vida adulta de mayor comorbilidad y de peor funcionamiento global (Coles y Schofield, 2008), así como de mayor gravedad y de peor respuesta al tratamiento (Grant, et al., 2007).

Debido a los pocos conocimientos reunidos sobre el TOC infantojuvenil, suele suponerse que sus características son las mismas que en los adultos. Sin embargo, esta suposición parece gratuita, ya que existen pocas comparaciones entre el TOC infantil y el adulto y, además, con resultados contradictorios. Así, por ejemplo, de los cuatro trabajos localizados sobre cómo se estructuran las obsesiones y compulsiones infantiles, dos concluyen que lo hacen de forma semejante a lo que ocurre en los adultos (Stewart, et al., 2007; Storch, et al., 2007), y dos (Ivarsson y Valderhaug, 2006; McKay, et al., 2006) de forma muy diferente. Algo semejante ocurre con los trabajos destinados a averiguar si se producen cambios en los síntomas obsesivo-compulsivos conforme pasa el tiempo. En tanto que Mataix, et al. (2002) han encontrado bastante estabilidad temporal de los síntomas de adultos, en niños los cambios parecen ser frecuentes (Hanna, 1995). Incluso la simple pregunta sobre qué tipo de síntomas obsesivo-compulsivos es más frecuente en los niños, resulta difícil de contestar basándonos en los estudios con adultos, ya que existen grandes diferencias de un estudio a otro en el tamaño y el tipo de muestra utilizada (compárense, por ejemplo, los resultados de Foa et al., 1995, y de Fullana

et al., 2009). Por otra parte, aunque se ha estudiado qué tipo de síntomas obsesivo-compulsivos son más frecuentes en la población general adulta, en niños únicamente se han estudiado muestras clínicas y, de nuevo, los resultados vuelven a ser bastante inconsistentes. Así, en tanto que Apter, et al. (1996) encuentran que sólo el 14% de los niños con TOC presentaba algún tipo de obsesión, Ivarsson y Valderhaug (2006) encuentran que esto ocurre en el 58%, y Hanna (1995) que sólo las obsesiones de agresión se presentan en más del 70% de los niños con TOC.

Ante esta situación, que hace imposible extraer conclusiones firmes, parece necesario investigar directamente en qué consiste el TOC infantojuvenil y qué tipo de obsesiones y compulsiones resultan más frecuentes. Esto es importante porque algunos tipos de síntomas parecen asociarse a un mayor deterioro de la vida diaria (Storch et al., 2010) y a ser especialmente refractarios al tratamiento (Mataix, et al., 2002b).

El presente estudio pretende rellenar esta laguna en nuestros conocimientos. Es un trabajo descriptivo realizado en población española en el que se ha recogido información de los tipos de intrusiones más frecuentes; sobre qué obsesiones se unen a qué compulsiones; qué forma adquieren las obsesiones infantiles y con qué estrategias las intenta controlar el niño. La finalidad de este estudio, pues, no es la de averiguar qué obsesiones y qué compulsiones se presentan con más frecuencia en los niños y adolescentes diagnosticados de TOC, sino cuáles son más frecuentes en la población general, lo que aún no se ha investigado en la población infantojuvenil, aunque sí en los adultos. Esto puede ser importante porque, como han encontrado Fullana, et

al. (2009), entre un 20-25% de adultos de la población general presentan síntomas obsesivo-compulsivos, que no adquieren el umbral del trastorno pero que interfieren fuertemente en su vida. De igual forma, los síntomas que aparecen en la niñez se asocian a otros problemas psicológicos y a un TOC claramente desarrollado en la vida adulta (Fullana, et al., 2009).

Método

Participantes

La muestra utilizada ha estado formada por 1627 estudiantes de Educación Primaria y Secundaria de institutos y colegios de Málaga y provincia, de 10 a 17 años, siendo la edad media de 13 años (D.T = 1,87). De ellos, el 51% eran chicas. Todos participaron voluntariamente, previa autorización de sus tutores legales y del director de su centro. La muestra, elegida de forma estratificada y por cohortes (aulas escolares), es representativa de los estudiantes de esta edad de la provincia de Málaga en sexo, edad y lugar de residencia.

Instrumentos

Children's Yale-Brown Obsessive-Compulsive Scale (CY-BOCS ; Scahill, et al., 1997; adaptación española de Godoy, et al., 2011). El CY-BOCS es un instrumento fiable y válido para evaluar obsesiones y compulsiones. Consta de una Lista de Síntomas y de una Escala de Severidad. En el presente estudio únicamente se emplea la Lista de Síntomas, tal como han hecho otros estudios con el mismo objetivo (v.g., Hanna, 1995; Ivarsson y Valderhaug, 2006). Sin embargo, a diferencia de la mayoría de los estudios previos, la Lista de Síntomas se ha respondido en una escala tipo Likert puntuada de cero (el síntoma no

se ha presentado durante el mes anterior) a 3 (se ha presenta con muchísima frecuencia), ya que esta forma de proceder se ha mostrado fiable y especialmente válida para la finalidad que pretendemos (véase Wu, Watson y Clark, 2007): averiguar con qué frecuencia y en qué grado se da cada tipo de síntoma. Los tipos de obsesiones y compulsiones evaluados por la CY-BOCS pueden verse en la Tabla 1. En el presente estudio, el alfa de Cronbach de la Lista de Síntomas ha sido de 0,78.

Cognitive Intrusions Questionnaire (CIQ; Freeston, Ladouceur, Thibodeau y Gagnon, 1992; adaptación española de Romero, Godoy, Gavino y Anarte, 2005). Este instrumento permite evaluar la forma que adquieren las obsesiones (pensamientos, imágenes, etc.) y las estrategias cognitivas empleadas para controlarlas. Se responde en una escala tipo Likert que va de 0 (nada) a 3 (muchísimo). La consistencia interna y validez del instrumento es adecuada (Freeston y Ladouceur, 1997; Romero, et al., 2005). En la presente muestra el alfa de Cronbach ha sido de 0,79 (Forma de la obsesión) y 0,94 (Estrategias de control).

Procedimiento

El pase de la CY-BOCS y del CIQ lo realizaron psicólogas especialistas y tuvo lugar en el aula de los alumnos/as, tras haber pedido el consentimiento informado de los directores de centro y de los tutores legales. Todos participaron voluntariamente, consignando su sexo y edad y sin que ninguno se negara a hacerlo.

Análisis de datos

Las pruebas que quedaron con algún ítem sin rellenar no se han procesado, sin que

ello haya afectado a la representatividad de la muestra.

La presente investigación intenta dar respuesta a las siguientes preguntas. (1) Qué obsesiones y compulsiones se dan con más frecuencia en niños y adolescentes. Para ello, dado que no todos los tipos de obsesiones y compulsiones se evalúan con el mismo número de ítems, la suma de las puntuaciones dadas por el niño en cada tipo de obsesión o compulsión se dividió por el número de ítems. Sobre la puntuación resultante se calculó la frecuencia media de cada tipo de obsesión y compulsión, comparándose entre sí mediante la prueba no paramétrica de Friedman. Adicionalmente, se halló el porcentaje de niños que habían contestado con la puntuación máxima posible. Debe tenerse en cuenta que ambos índices, la frecuencia media y el porcentaje de sujetos extremos, dan información diferente. En tanto la frecuencia media indica qué es lo más usual en la muestra estudiada, el porcentaje indica cuántos sujetos están experimentando ese tipo de obsesión o compulsión de forma extrema. (2) Qué tipo de obsesiones y compulsiones tienden a asociarse más estrechamente entre sí. Esto se ha realizado correlacionando (Pearson) la puntuación de cada tipo de obsesión con cada tipo de compulsión. (3)Cuál es la forma más frecuente con que se presentan las obsesiones. En este caso se ha procedido igual que para calcular la frecuencia media de cada tipo de obsesiones y compulsiones, así como el porcentaje de sujetos extremos. (4) Por último, lo mismo se ha hecho para averiguar qué estrategias de control de las obsesiones se utilizan.

Resultados

Como puede observarse en la tabla 1, las obsesiones con una frecuencia media más alta son las relacionadas con causar daño, con orden, y con las de tipo somático; y las menos frecuentes, las relacionadas con la sexualidad. Si se atiende al porcentaje de sujetos extremos (véase la última columna de la tabla 1), de nuevo las obsesiones relacionadas con causar daño y de orden son las que se dan de forma excesiva o problemática en más niños. Sin embargo, las de tipo somático, aunque también experimentadas de forma ocasional por muchos niños, aparecen de forma extrema en pocos. Cabe destacar, además, que las obsesiones relacionadas con la contaminación, ni resultan frecuentes ni se dan de forma extrema. Por su parte, las compulsiones que presentan una frecuencia media más alta son las relacionadas con el orden, la comprobación y la limpieza; y la menos frecuente, la de tipo mágico. Si se atiende al porcentaje de individuos extremos, sin embargo, las compulsiones de orden y acumulación parecen ser problemáticas para más niños que las de contaminación o comprobación, que aparecen de forma extrema en muy pocos. Aunque todas las medias son bastante bajas con respecto al valor máximo de 3 que podían alcanzar, la diferencia entre las obsesiones (Friedman: $\chi^2[1627; 8] = 5777,33; p < 0,01$) y entre las compulsiones (Friedman: $\chi^2[1627; 8] = 5858,23; p < 0,01$) es estadísticamente significativa.

Tabla 1. Frecuencia media, desviación típica y porcentaje de obsesiones, compulsiones, forma de las obsesiones y estrategias de control.

Obsesiones evaluadas por la CY-BOCS	Media	D.T.	%
Contaminación/limpieza	0,73	0,61	0,1
Daño	.98	0,72	10,5
Sexuales	.30	0,54	0,5
Acumulación	.85	0,80	3,2
Mágicas	.60	0,72	1,2
Somáticas	.91	0,84	3,9
Religiosas	.68	0,80	3,1
Orden/simetría	.91	1,02	10,9
Miscelánea de obsesiones	.60	0,60	0,2
Compulsiones evaluadas por la CY-BOCS			
Lavado/limpieza	.98	0,79	2,1
Comprobación	1.01	0,79	2,2
Repetición	.74	0,79	2,7
Contar	.74	0,95	7,6
Orden/Simetría	1.20	1,02	15,1
Acumular/guardar	.81	1,01	10,0
Mágicas/supersticiones	.39	0,64	1,2
Rituales que implican a otras personas	.51	0,82	4,6
Miscelánea de compulsiones	.55	0,52	0,1
Forma de las obsesiones (CIQ)			
Idea	.80	0,95	8,1
Imagen	.98	1,05	12,1
Impulso	.78	1,01	9,1
Duda	.90	1,01	9,8
Sensación	.90	1,04	11,7
Estrategias de control de las obsesiones (CIQ)			
No hacer nada	.84	1,10	14,9
Me tranquilizo a mí mismo	.78	1,00	9,6
Buscar que alguien me tranquilice	.49	0,87	5,7
Buscar un pensamiento o acción para neutralizar el pensamiento	.71	0,96	7,5
Me concentro en el pensamiento	.63	0,94	7,3
Intentar reemplazar el pensamiento por otro	.99	1,01	14,4
Distraerme con cosas de mi alrededor	.94	1,05	11,4
Centrarme en una actividad atractiva	.71	0,96	7,6
Decir stop	.69	1,00	9,2
Otras cosas	0,49	0,87	5,9

Notas: En negrita, las frecuencias medias más elevadas. La media (y la desviación típica) hace referencia a la frecuencia media con que la obsesión, la compulsión, la forma o la estrategia se dan entre los participantes. La última columna (%) expresa el porcentaje de sujetos que habitualmente padecen la obsesión o compulsión, en los que la obsesión adquiere una u otra forma, o que tienden a utilizar una determinada estrategia de control en casi todas las ocasiones.

En la tabla 2 aparecen las correlaciones entre las obsesiones y las compulsiones. El primer resultado que destaca es que todas las obsesiones se relacionan de forma significativa, aunque baja o moderadamente, con todas las compulsiones. En segundo lugar, que las obsesiones sobre contaminación no sólo se relacionan con las compulsiones de lavado, sino también con las de comprobación y repetición. De la misma forma, las obsesiones de daño no solo se relacionan con las compulsiones de comprobación, sino también con las de lavado

y repetición. En tercer lugar, que las compulsiones de comprobación se relacionan con casi cualquier tipo de obsesiones. Por el contrario, las compulsiones consistentes en contar se asocian poco con todo tipo de obsesiones. Por su parte, ordenar, acumular y las compulsiones de tipo mágico únicamente se asocian de forma importante con las obsesiones de la misma naturaleza. Por último, las compulsiones de la categoría “miscelánea” tienden a asociarse a casi cualquier tipo de obsesiones.

Tabla 2. Correlaciones obsesiones-compulsiones

	Contami- nación	Daño	Sexual	Acumu- lación	Mági- co	Somáti- cas	Religiosas	Orden	Miscelá- nea
Lavado	.48	.45	.25	.34	.33	.31	.35	.37	.41
Comprobación	.50	.56	.30	.43	.40	.34	.44	.41	.51
Repetición	.42	.41	.25	.41	.39	.32	.38	.35	.51
Contar	.26	.32	.19	.30	.32	.24	.28	.25	.37
Orden	.35	.38	.16	.33	.23	.25	.30	.50	.30
Acumulación	.27	.30	.21	.38	.31	.22	.30	.27	.34
Mágico	.30	.32	.34	.34	.49	.29	.34	.23	.48
Otras personas	.29	.28	.25	.31	.27	.27	.31	.24	.41
Miscelánea	.44	.49	.38	.46	.48	.40	.45	.34	.64

Nota: En negrilla, los índices de correlación más elevados. Debido a la amplitud de la muestra, todas las correlaciones son estadísticamente significativas con $p = 0,01$.

Como puede observarse en la tabla 1, tanto si se atiende a la frecuencia media con que se dan como si se atiende al porcentaje de niños que las experimentan de forma extrema, las obsesiones tienden a ser fundamentalmente imágenes, sensaciones y dudas, y, en menor medida, impulsos, pensamientos o ideas (Friedman: $\chi^2[1627;4] = 59,22$; $p < 0,01$).

Al final de la tabla 1 aparecen las frecuencias medias de utilización de cada una de

las estrategias de control. Como puede verse, lo más usual es intentar reemplazar el pensamiento indeseado por otro, así como intentar distraerse (Friedman: $\chi^2[1627;8] = 475,73$; $p < 0,01$).

A pesar de que no hacer nada cuando aparece el pensamiento es una estrategia que ocasionalmente utilizan bastantes niños, pocos la emplean asiduamente. Buscar tranquilizarse hablando con otras personas no parece que sea una estrategia utilizada

por muchos, y sólo una exigua minoría tiende a hacerlo habitualmente.

Discusión y conclusiones

Una de las finalidades del presente estudio era investigar qué tipo de obsesiones y compulsiones se da, aunque sea de forma ocasional, en la población infantojuvenil general, así como cuáles tienden a darse habitualmente en un mayor porcentaje de niños. Como ha podido comprobarse, ni las obsesiones ni las compulsiones son especialmente frecuentes en la población general de niños y adolescentes. Las obsesiones más usuales son las relacionadas con causar daño (a sí o a otros), con el orden/simetría, y con aspectos corporales, lo que coincide en gran parte con lo encontrado por Hanna (1995) en jóvenes aquejados de TOC. Sin embargo, únicamente las de daño y orden/simetría parecen darse con una alta frecuencia en un porcentaje apreciable de niños. Las somáticas, aunque son experimentadas ocasionalmente por bastantes niños, sólo parecen ocurrir con una alta frecuencia en muy pocos. Por su parte, las compulsiones que con más frecuencia aparecen entre este tipo de población son las de orden, las de comprobación y las de lavado. No obstante, lavado y comprobación sólo parecen darse de forma ocasional, en tanto que las que aparecen habitualmente entre un porcentaje apreciable de niños son las de orden y las de acumulación. En resumen, aunque las obsesiones somáticas y las compulsiones de lavado/limpieza y de comprobación tienden a presentarse ocasionalmente en muchos niños, únicamente las obsesiones de daño y orden, y las compulsiones de orden/simetría y de acumulación tienden a presentarse de forma extrema en un porcentaje significativo de

niños (entre un 10-15%). Ni las obsesiones ni las compulsiones extremas relacionadas con la limpieza y el lavado tienden a darse en un porcentaje apreciable de niños. Esto es, ocurren en bastantes niños, pero sólo de forma ocasional. Por otra parte, la mayoría de los niños y adolescentes no suelen presentar ni obsesiones sexuales ni compulsiones de tipo mágico o supersticioso y, entre aquellos en que se presentan, generalmente lo hacen de forma esporádica.

El presente estudio también pretendía averiguar cómo tienden a asociarse los distintos tipos de obsesiones con los diferentes tipos de compulsiones. En general, los resultados han sido los esperados y son coherentes, al menos parcialmente, con lo encontrado en estudios previos (v.g., Ivarsson y Valderhaug, 2006; McKay et al., 2006; Stewart et al., 2007; Storch et al., 2007). Así, las obsesiones de contaminación y daño correlacionan de forma apreciable con las compulsiones de lavado, comprobación y repetición. De forma semejante, las obsesiones de orden y de tipo mágico correlacionan, respectivamente, con las compulsiones de orden y de tipo mágico. Cabe destacar, no obstante, que las compulsiones de comprobación correlacionan con casi cualquier tipo de obsesiones, al igual que las compulsiones de la categoría miscelánea, aunque en este último caso, por la heterogeneidad de dicha categoría, las correlaciones son poco interpretables. Por último, los rituales cognitivos, tales como contar, no parecen relacionarse estrechamente con ningún tipo de obsesiones.

Una tercera finalidad del presente estudio era averiguar qué forma adquieren las obsesiones en los niños y adolescentes. Los resultados muestran que las obsesiones infantojuveniles adquieren fundamentalmen-

te la forma de imágenes, sensaciones y dudas, y en menor medida de pensamientos, ideas o impulsos. La carencia de estudios previos en población infantil nos impide comparar nuestros resultados con otros. Sí cabe reseñar que lo que ocurre a este respecto en la población infantojuvenil no parece diferenciarse de lo que ocurre en los adultos (Wells y Morrison, 1994).

Por último, el presente trabajo también pretendía investigar qué tipo de estrategias de control tienden a utilizar con más frecuencia los niños y adolescentes de nuestro medio. En este sentido, las dos estrategias más comunes parecen ser las de intentar reemplazar el pensamiento por otro y la de distraerse con las cosas de alrededor. A este respecto, conviene señalar que la estrategia de distraerse prestando atención a las cosas de alrededor o pensando en otra cosa, por los resultados de estudios previos con adultos, es una estrategia adaptativa y de las más frecuentemente utilizadas (v.g., Coles y Heimberg, 2005). Por otra parte, el no hacer nada cuando aparece la obsesión, aunque no utilizado con frecuencia por la mayoría de los niños, sí es una estrategia a la que habitualmente recurre una minoría (en torno al 15%). Tampoco en el caso de las estrategias de control poseemos datos de estudios previos. Sin embargo, los resultados presentes difieren de lo encontrado por Legerstee, Garnefski, Verhulst y Utens (2011) en niños y adolescentes con trastornos de ansiedad, cuya estrategia más frecuente es la de centrarse en los pensamientos o acontecimientos problemáticos experimentados (rumiaciones).

Los resultados del presente estudio deben interpretarse a la luz de las siguientes consideraciones y limitaciones. Primero, a diferencia de estudios previos realizados

sobre población infantojuvenil, no se ha pretendido averiguar qué tipos de obsesiones y compulsiones son más frecuentes en los niños y adolescentes que, tras haber acudido a consulta, han sido diagnosticados de TOC. El presente ha sido un estudio más epidemiológico, destinado a averiguar qué ocurre en la población general. Como es bien sabido, los individuos con TOC que acuden a la consulta psicológica o psiquiátrica poseen características que los diferencian de aquellos que no acuden, aun cuando padezcan los mismos problemas y con la misma intensidad (para una revisión de este asunto, véase Gibbs, 1996). De hecho, parece ser que el TOC es un trastorno fuertemente subdiagnosticado (Heyman, et al., 2003) y que en torno a la mitad de los niños y adolescentes a los que se puede aplicar el diagnóstico de TOC nunca ha acudido a consulta (Chowdbury, et al., 2004).

En segundo lugar, aunque la muestra utilizada ha sido muy amplia y, además, representativa de los niños y adolescentes de entre 10 y 17 años de Málaga y provincia, los resultados aquí encontrados no pretenden ser representativos de lo que pueda ocurrir con los niños de otras provincias, y menos aún de otras regiones. Si los resultados de los que aquí se informa son o no generalizables a otros lugares sólo se puede averiguar realizando estudios adicionales. En tercer lugar, al interpretar los datos de este estudio hay que tener presente que todos ellos proceden de autoinformes realizados por niños y adolescentes. En este sentido debe notarse que, aunque las compulsiones, en principio, pueden ser públicamente observables, las obsesiones no. Por ello, la única forma actualmente disponible para recabar información sobre las obsesiones es preguntarle directamente al propio niño, o bien, de forma más indirecta, preguntar-

le a alguien cercano, a quien el niño haya podido confesarle que las padece. Con respecto a las compulsiones hay que tener en cuenta lo siguiente. Por una parte, que con frecuencia quien las padece tiende a ocultarlas, especialmente ante quienes no pertenecen a su núcleo familiar más cercano, lo que hace el empleo de observadores externos altamente problemático, ya que presumiblemente provoca una alta reactividad. Por otra parte, no todas las compulsiones tienden a darse en todo tipo de ambientes y situaciones, por lo que los observadores participantes (v.g., padres, profesores) únicamente podrían informar de lo que ocurre en el tipo de situaciones en que ellos están presentes. Por ejemplo, no es probable que un profesor pueda observar los rituales diarios del niño al ducharse o vestirse; o que los padres puedan informar con precisión de los rituales del niño al utilizar los lavabos del colegio durante su horario escolar (excepto por lo que el propio niño pueda comentarles). Únicamente el niño puede saber qué rituales, y no digamos ya qué obsesiones, se producen en las distintas situaciones en las que transcurre su vida diaria. De hecho, existe evidencia de que los autoinformes del niño sobre sus compulsiones y, especialmente, sobre sus obsesiones son tanto o más válidas que las proporcionadas por las personas que lo rodean, incluyendo padres y profesores (Rapoport et al., 2000; para una discusión general sobre este asunto, ver De los Reyes y Kazdin, 2005). Probablemente, la mayor confianza depositada por los investigadores en los informes dados por padres y profesores, unido al carácter oculto que suele adquirir el TOC, ha influido en que durante mucho tiempo se considerara que la frecuencia del TOC era muy escasa en edades anteriores al final de la adolescencia.

Con estas consideraciones en mente, creemos que los resultados del presente estudio contribuyen a aumentar nuestros conocimientos acerca de la sintomatología obsesivo-compulsiva en la población general infantil y juvenil. Futuros estudios deberán establecer qué importancia para la vida y el futuro de niños y adolescentes tiene el que se padezcan en mayor o menor medida unos u otros síntomas; que las obsesiones, frecuentes u ocasionales, adquieran una u otra forma; o que se recurra con más o menos frecuencia a ciertas formas de controlarlas. De lo que no cabe duda es de que el conocimiento del TOC infantojuvenil resulta absolutamente necesario, no sólo para saber qué características adquiere en niños y adolescentes, sino también para comprender en general esta patología, ya que en torno al 50% de los adultos con dicho tipo de trastorno, comenzaron a tenerlo antes de los 15 años (v.g., Rapoport, 1986).

Referencias

- Apter, A., Fallon, T. J., King, R. A., Zohar, A. H., Binder, M., Weizman, A., Leckman, J. F., et al. (1996). Obsessive-compulsive characteristics: From symptoms to syndrome. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 35, 907-912.
- Canals, J., Domenech, E., Carbajo, G., y Blade, J. (1997). Prevalence of DSM-III-R and ICD-10 psychiatric disorders in a Spanish population of 18-year-olds. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 98, 287-294.
- Coles, M. E., y Heimberg, R. G. (2005). Thought control strategies in generalized anxiety disorder. *Cognitive Therapy and Research*, 29, 47-56.
- Coles, M. E., y Schofield, C. a. (2008). Assessing the development of inflated responsibility beliefs: the Pathways to Inflated Responsibility Beliefs Scale. *Behavior Therapy*, 39, 322-35.
- Chowdhury, U., Frampton, I., y Heyman, I. (2004). Clinical characteristics of young people referred to an obsessive compulsive disorder clinic in the United Kingdom. *Clinical Child Psychology and Psychiatry*, 9, 395-401.

- De los Reyes, A., y Kazdin, A. E. (2005). Informant discrepancies in the assessment of childhood psychopathology: A critical review, theoretical framework, and recommendations for further study. *Psychological Bulletin*, *131*, 483-509.
- Eichstedt, J.A., y Arnold, S.L. (2001). Childhood-onset obsessive-compulsive disorder: a tic-related subtype of OCD? *Clinical Psychology Review*, *21*, 137-157.
- Foa, E., Kozak, M., Goodman, W., Hollander, E., Jenike, M., y Rasmussen, S. (1995). DSM-IV field trial: Obsessive-compulsive disorder. *American Journal of Psychiatry*, *152*, 90-96.
- Freeston, M. H., y Ladouceur, R. (1997). What do patients do with their obsessive thoughts? *Behaviour Research and Therapy*, *35*, 335-348.
- Freeston, M. H., Ladouceur, R., Thibodeau, N., y Gagnon, F. (1992). Cognitive intrusions in a nonclinical population, II. Associations with depressive, anxious, and compulsive symptoms. *Behaviour Research and Therapy*, *30*, 263-271.
- Fullana, M. A., Mataix, D., Caspi, A., Harrington, H., Grisham, J. R., Moffitt, T. E., y Poulton, R. (2009). Obsessions and compulsions in the community. *American Journal of Psychiatry*, *166*, 329-336.
- Geller, D., Biederman, J., Jones, J., Park, K., Schwartz, S., Shapiro, S., y Coffey, B. (1998). Is juvenile obsessive-compulsive disorder a developmental subtype of the disorder? A review of the pediatric literature. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, *37*, 420-427.
- Gibbs, N. A. (1996). Nonclinical populations in research on obsessive-compulsive disorder: A critical review. *Clinical Psychology Review*, *16*, 729-773.
- Godoy, A., Gavino, A., Valderrama, L., Quintero, C., Cobos, M.P., Casado, Y., Sosa, M.D., y Capafons, J.I. (2011). Estructura factorial de la adaptación española de la Escala Obsesivo-Compulsiva de Yale-Brown para Niños y Adolescentes en su versión de autoinforme (CY-BOCS-CR). *Psicothema*, *23*, 330-335.
- Grant, J. E., Mancebo, M. C., Pinto, A., Williams, K. A., Eisen, J. L., y Rasmussen, S. A. (2007). Late-onset obsessive compulsive disorder: Clinical characteristics and psychiatric comorbidity. *Psychiatry Research*, *152*, 21 - 27.
- Hanna, G. L. (1995). Demographic and clinical features of obsessive-compulsive disorder in children and adolescents. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, *34*, 19-27.
- Heyman, I., Fombonne, E., Simmons, H., Ford, T., Meltzer, H., y Goodman, R. (2003). Prevalence of obsessive-compulsive disorder in the British nationwide survey of child mental health. *Psychiatry: Interpersonal and Biological Processes*, *44*, 178-184.
- Ivarsson, T., y Valderhaug, R. (2006). Symptom patterns in children and adolescents with obsessive-compulsive disorder (OCD). *Behaviour Research and Therapy*, *44*, 1105-16.
- Legerstee, J. S., Garnefski, N., Verhulst, F. C., y Utens, E. M. W. J. (2011). Cognitive coping in anxiety-disordered adolescents. *Journal of Adolescence*, *34*, 319-326.
- Mataix, D., Marks, I., Greist, J., Kobak, K., y Baer, L. (2002b). Obsessive-compulsive symptom dimensions as predictors of compliance with and response to behaviour therapy: Results from a controlled trial. *Psychotherapy and Psychosomatics*, *71*, 255-62.
- Mataix, D., Rauch, S. L., Baer, L., Eisen, J. L., Shera, D. M., Goodman, W. K., Rasmussen, S. A., et al. (2002). Symptom stability in adult obsessive-compulsive disorder: Data from a naturalistic two-year follow-up study. *The American Journal of Psychiatry*, *159*, 263-8.
- McKay, D., Piacentini, J. C., Greisberg, S., Graae, F., Jaffer, M., y Miller, J. (2006). The structure of childhood obsessions and compulsions: dimensions in an outpatient sample. *Behaviour Research and Therapy*, *44*, 137-46.
- Rapoport, J. (1986). Childhood obsessive compulsive disorder. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, *27*, 289-296.
- Rapoport, J., Inoff, G., Weissman, M., Greenwald, S., Narrow, W., Jensen, P., et al. (2000). Childhood Obsessive-Compulsive Disorder in the NIMH MECA study: Parent versus child identification of cases. *Journal of Anxiety Disorders*, *14*, 535-548.
- Romero, P.; Godoy, A.; Gavino, A.; Anarte, M. T. (2005): Spanish adaptation of the Cognitive Intrusions Questionnaire. Trabajo presentado en la VIII European Conference on Psychological Assessment. Budapest (Hungría).
- Scahill, L., Riddle, M.A., McSwiggin, M., Ort, S.I., King, R.A., Goodman, W.K., et al. (1997). Children's Yale-Brown Obsessive-Compulsive Scale: Reliability and validity. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, *36*, 844-852.
- Stewart, S. E., Rosario-Campos, M. C., Brown, T. A., Carter, A. S., Leckman, J. F., Sukhodolsky, D., et al. (2007). Principal components analysis of obsessive-compulsive disorder symptoms in children and adolescents. *Biological Psychiatry*, *61*, 285-91.
- Storch, E., Lack, C., Merlo, L., Marien, W., Geffken, G., Grabill, K., et al. (2007). Associations between miscellaneous symptoms and symptom dimensions. *Behaviour Research and Therapy*, *45*, 2593-603.
- Storch, E. A., Larson, M. J., Muroff, J., Caporino, N., Geller, D., Reid, J. M., et al. (2010). Predictors of functional

impairment in pediatric obsessive-compulsive disorder. *Journal of Anxiety Disorders*, 24, 275-83.

Valderhaug, R., e Ivarsson, T. (2005). Functional impairment in clinical samples of Norwegian and Swedish children and adolescents with obsessive-compulsive disorder. *European Child and Adolescent Psychiatry*, 14, 164-173.

Wells, A., y Morrison, A. P. (1994). Qualitative dimensions of normal worry and normal obsessions: a comparative study. *Behaviour Research and Therapy*, 32, 867-70.

Wu, K. D., Watson, D., y Clark, L. A. (2007). A self-report version of the Yale-Brown Obsessive-Compulsive Scale Symptom Checklist: psychometric properties of factor-based scales in three samples. *Journal of Anxiety Disorders*, 21, 644-61.

Fecha de recepción: 06/10/2011
Fecha de aceptación: 16/12/2011