

## CAPÍTULO 25

# LOS TRASTORNOS OBSESIVO-COMPULSIVOS

Pedro Benjumea Pino

### TRASTORNOS OBSESIVO-COMPULSIVOS

Uno de los mayores problemas que este tema plantea es la distinción entre *normal* y *patológico*. La repetición y ritualización son enormemente frecuentes en el niño, particularmente en el juego, ya desde las primeras etapas de su desarrollo psico-evolutivo: tirar repetida y sucesivamente un objeto en el lactante. Los rituales que acompañan al aprendizaje esfinteriano en el segundo año de vida o los ejercidos al acostarse no son considerados habitualmente como psicopatológicos. Del mismo modo, ideas sobre la muerte o la posibilidad de padecer algunas enfermedades se pueden detectar en la mayoría de los niños.

Frente a la presencia generalizada de conductas obsesivo-compulsivas, tradicionalmente se han considerados los trastornos de este área nosológica como extremadamente raros en el niño. A ello ha contribuido la influencia de Jaspers al considerar en su obra "Psicopatología general" que: "Solo en la etapa de la vida psíquica voluntariamente dirigida es posible la obsesión psíquica"... "Solo en tanto que los procesos psíquicos contienen una vivencia de actividad, pueden ser procesos obsesivos. Donde no tiene lugar una dirección voluntaria, donde no se da una elección, como en idiotas y en *niños*, en periodos precoces del desarrollo, no hay tampoco ninguna compulsión y obsesión psíquica". La configuración de lo obsesivo en el niño es compleja, Rodríguez-Sacristán y Benjumea (1990). Como en otros trastornos psiquiátricos de la infancia será la persistencia de los síntomas, su severidad y el grado de tolerancia familiar y del propio niño a los mismos los que llevan a una alteración del estado de salud mental.

Dos elementos van a ser básicos para que clínicamente pueda apreciarse un valor psicopatológico: la **resistencia**, es decir la defensa, la evitación de la obsesión o compulsión que repetidamente se presenta y la **interferencia**, esto es, el grado de perturbación en la vida cotidiana provocada por los síntomas obsesivos. Suele ser este hecho el que provoca la mayor atención de padres y profesores para detectar el trastorno. Si el grado de presentación y duración de los síntomas no altera la actividad habitual, la tolerancia es mayor y pasan frecuentemente desapercibidos. También influye aquí la presencia de síntomas o rasgos obsesivos en los propios padres lo que hará que se consideren como normales conductas obsesivo-compulsivas que puedan presentar sus hijos.

Otro problema que viene a subrayar esa complejidad aludida se deriva del hecho de que los síntomas obsesivo-compulsivos se presentan en patologías muy diversas. TABLA I.

La nomenclatura nosológica ha variado sensiblemente: desde la denominación más psicoanalítica de **neurosis obsesivo-compulsiva** o la más ambigua de **reacción obsesivo-compulsiva** aportada por la Asociación Psiquiátrica Americana e incluida en la primera versión del DSM (Manual de Diagnóstico Estadístico). Actualmente se prefiere una terminología alejada de posiciones etiológicas por lo que se prefiere el término **Trastorno Obsesivo-compulsivo (T.O.C.)**.

Las **obsesiones** son pensamientos, imágenes o impulsos que asedian a una persona, se entrometen de forma repetitiva interrumpiendo su actividad mental y provocan resistencia, pues se presentan de modo involuntario e ingrato. Puede reconocerse su falta de sentido y provocan malestar y ansiedad. El contenido es enormemente variado: desde una escena, una fotografía, una idea, un temor de contaminación, de enfermedad etc.

Las **compulsiones**, por su parte, son actos repetitivos, estereotipados, faltos de un sentido lógico, que el individuo necesita realizar de forma apremiante aunque muestre resistencia y que provocan cierto alivio de ansiedad. Pueden tener, también, un cierto carácter de superfluo o sin sentido. Generalmente se circunscriben al área de la limpieza: lavados repetitivos y objetivamente innecesarios de las manos, que pueden llegar a provocar, incluso, escoriaciones. O actos de comprobación repetida: si la puerta está cerrada, el juguete en su caja, etc.

### ***Epidemiología***

Generalmente los trastornos obsesivo-compulsivos han sido considerados tradicionalmente como raros antes de la adolescencia. Las únicas cifras disponibles hasta finales de los años ochenta en que comienzan los escasos estudios referidos a población general, aportan cifras de prevalencia en el ámbito clínico. Así Berman (1942) encuentra tan solo 6 casos ( 0,2%.) entre más de 3000 historias pediátricas del Hospital Bellevue de New York en un periodo de siete años. De ellos, 2 evolucionaron hacia esquizofrenia, y tan solo 1 permanecía al cabo de cinco años algo mejorado. Judd (1965 ) al revisar 405 historias

clínicas en la U.C.L.A. halla una cifra de 1,2%, mientras que Hollingsworth y col. años más tarde (1980) aportará también una tasa de 0,2%. Es decir, los aislados estudios tienen en común el considerar estos trastornos como raros en cuanto a su incidencia y con mal pronóstico en su evolución.

El avance y rigurosidad metodológica de los estudios epidemiológicos psiquiátricos posibilitados por un marco referencial adecuado -criterios diagnósticos- e instrumentos de evaluación psicopatológica, han hecho posibles estudios como el de Flament y col. (1988) que referido a población general adolescente y mediante una versión modificada del Leyton Obsessional Inventory (L.O.I.) en una primera fase, seguida de entrevista clínica personal, aporta una tasa de 0,3% de claros trastornos obsesivo-compulsivos, según criterios DSM-III. Es importante constatar que en esa tasa no se incluye un número de adolescentes que presentaban parcialmente patología obsesivo-compulsiva y que se describieron como grupo subclínico. Zohar y col. estudian a 562 jóvenes de 16 y 17 años en el momento de ingreso en la armada israelí para su instrucción militar. Encuentran un 3,6% de trastornos obsesivo-compulsivos según criterios DSM-III-R. En España, Toro y col. (1992) revisan 8.337 historias clínicas procedentes de una institución pública y otra privada de psiquiatría infantil con una media de edad de 12 años, los resultados reflejan una tasa de 2,2% en el centro público frente a un 0,5% en el privado. Los autores atribuyen la sobrerrepresentación del primer grupo por ser en las instituciones públicas donde se atienden patologías más severas.

## Sexo

Los datos epidemiológicos del trastorno según la variable sexo, al igual que las tasas de prevalencia, son muy diferentes. Esto es debido a los elementos metodológicos de cada una de las investigaciones: según se realicen en población clínica o general; y dependiendo, fundamentalmente, de las edades que se incluyan en las muestras estudiadas. Así entre adolescentes, tienden a igualarse o en las muestras clínicas es necesario tener en cuenta que en las edades inferiores están sobrerrepresentados los niños. No debe extrañar que Adams de una relación niño/a de 4:1; Hollinsworth de 3:1; Rapoport 2:1; o Flament, en población general, 1:1. La más cercana a nosotros, la aportada por Toro y colab., 1,88:1 parece la más razonable para ser tomada en cuenta.

## Etiología

La demostración de la eficacia de la **clomipramina** en el tratamiento de los trastornos obsesivos del adulto a través de su acción farmacológica centrada en la inhibición de la recaptación de serotonina, ha propiciado un mejor conocimiento de los aspectos biológicos de este trastorno. Su estudio en la infancia y adolescencia se debe principalmente al grupo investigador del N.I.M.H. ( Instituto Nacional de Salud Mental de los Estados Unidos ) que dirige Judith Rapoport. Su grupo de investigación viene aportando, desde finales de los años ochenta, interesantes conclusiones en el ámbito genético, neurofisiológico,

neuroendocrino etc. Swedo, S. E. (1989) estudia 18 adultos con comienzo infantil de TOC y encuentra: Aumento del metabolismo de glucosa en área frontal orbital izquierda; sensoriomotora derecha; prefrontal bilateral y región de cíngulo anterior, es descrita. Los resultados sugieren que los TOC pueden ser el resultado de una perturbación personal en el sistema fronto-límbico-ganglio basal. El papel de los ganglios basales en relación con los TOC es reforzado por otro estudio de Swedo y colaboradores, cuando estudia la alta presencia de síntomas obsesivos compulsivos en sujetos con Corea de Sydenhan. 23 casos son comparados con otros 14 con fiebre reumática sin Corea.

Luxenberg y colab. (1988) encuentran anomalías neuroanatómicas en 10 adultos T.O.C. de comienzo infantil. A través del estudio P.E.T. (exposición a positrones) encuentran un caudado bilateral de menor tamaño que los controles.

El síndrome obsesivo-compulsivo se asocia con síndrome de Meige consistente en gliosis, pérdida neuronal en caudado dorsal y putamen.

Otros estudios encuentran menor talla estatura-ponderal en aquellos adolescentes tras un estudio epidemiológico con asociación TOC con menor peso y altura en varones y menor altura únicamente en chicas.

### *Electroencefalografía.*

Un mayor número de alteraciones electroencefalográficas en pacientes con trastornos obsesivo-compulsivos se han encontrado tanto en adultos como en adolescentes. Si bien, los trazados resultan inespecíficos y comparables con los que aparecen en otras entidades nosológicas como los trastornos depresivos, Behar y colab. (1984)

### *Genética y Riesgo*

Los estudios gemelares muestran una concordancia alta en monocigóticos, 81% en Carey y Gottesman (1981). Los estudios familiares, por su parte, ponen de relieve la alta incidencia del trastorno entre familiares de primer grado: Swedo, Rapoport, Leonard, y col. (1989) estudian 70 adolescentes con TOC, encontrando un 24% de ellos que tenían un familiar cercano con el mismo diagnóstico. En cualquier caso, es interesante advertir que esta relación de riesgo no es tan definida, pues Lenane y colab. (1990) al entrevistar a 145 familiares de 46 adolescentes con TOC, un 69% recibieron al menos un diagnóstico psiquiátrico.

## **HISTORIA NATURAL DEL TRASTORNO**

El estudio retrospectivo en adultos ha puesto de manifiesto el comienzo de los síntomas obsesivos ya desde la infancia. Black (1974) encuentra como hasta

un 30,5% refieren que sus síntomas eran patentes desde antes de los 15 años. No está documentada la existencia de acontecimientos vitales precisos que desencadenen específicamente el comienzo del trastorno.

Un hecho importante que merece la pena resaltar es el largo periodo de tiempo que suele transcurrir entre el comienzo de los síntomas y la primera demanda asistencial que configure el diagnóstico clínico del trastorno. Ello se debe tanto a la tolerancia familiar, a la ausencia de repercusiones en el ámbito escolar o a que la interferencia de los síntomas obsesivos sobre el propio paciente sea mínima. La conciencia de enfermedad se da solo cuando las conductas obsesivo-compulsivas sean claramente perturbadoras de la vida cotidiana del niño. Por otra parte la conciencia de absurdidad que se da en el adulto no se da tan claramente en el niño, que suele tender a trivializar sus rituales obsesivos y a considerarlos como plenamente normales. En la evolución de estas conductas o síntomas sí puede verse que estos se agravan, bien por su reiteración bien por su constancia, bien por la exigencia social de control de sus impulsos en consonancia con su edad.

Es fácil comprender que la psicoplastia ejercida por la edad va a ser patente a la hora de valorar los síntomas. Las ritualizaciones, por ejemplo, están presentes desde temprana edad, son fundamentales para el aprendizaje. Aunque sean conductas repetitivas y en algunos casos "sin sentido" no tienen por qué pertenecer al ámbito psicopatológico por no ser vividas como acuciante apremio o necesidad de ser realizadas. No hay necesidad ni imposición en su ejecución. Respecto al coleccionismo, es común que sobre los siete años de edad se realice alguna colección de objetos: juguetes, cromos, algo más tarde sellos etc. Algunos niños presentan un inusitado interés por una parcela sumamente específica acerca de mapas, astronomía, trenes etc. con comportamiento semejante al de los obsesivos. "**Cuadro de intereses circunscritos**" le denominaron Robinson y Vitale (1954). De los aislados estudios que han pretendido poner en relación los rituales de la primera infancia y su continuidad en escolares y adolescentes con trastornos obsesivo-compulsivos no se documenta la existencia de ese pretendido "continuum", Leonard y col. (1990).

Existe una evidente continuidad de síntomas entre los TOC infantiles y del adulto. Zeitlin (1986) encuentra que un 70% de los niños que en su día recibieron el diagnóstico en el Maudsley de Londres, continúan como adultos presentando síntomas obsesivos, aunque el trastorno como tal hubiese remitido y presenten otro -depresión, esquizofrenia etc. De todos modos, representa uno de los grupos de mayor incidencia y peor pronóstico.

Pocas son las investigaciones centradas en los cambios que a través del tiempo de evolución puedan presentar los propios síntomas de la esfera obsesiva. Si existe una especial prevalencia de algunos síntomas obsesivos en relación con la edad es uno de los cuestionamientos que en esta línea se hacen Rettew y col. (1992). De los 73 sujetos estudiados mediante un seguimiento del curso del trastorno, ninguno, al cabo de 4 años, presentaba la misma

constelación sintomatológica. Solo cabe resaltar que cuando el trastorno comienza antes de los 6 años suelen mantener más compulsiones que obsesiones.

Entre los **factores precipitantes**, que como ha quedado indicado no tienen aquí una gran especificidad, podemos encontrar las situaciones familiares conflictiva y ansiógenas: separación, traslados, desempleo, enfermedad, etc. Podemos encontrar también algunos precipitantes de contenido de la temática obsesiva, como pueden ser algunas películas, noticias de prensa, o temas de gran relieve social como puede ser el SIDA. No conviene olvidar, sin embargo, que, a veces, son los padres los que sobrevaloran el presunto desencadenante, ignorando la presencia de síntomas previos que no habían sido considerados suficientemente.

## **EVALUACIÓN**

La evaluación psicopatológica ha de ser fundamentalmente clínica, mediante una historia pormenorizada derivada de una entrevista personal y familiar.

El desarrollo general de escalas de evaluación psicopatológica donde se puedan cuantificar el grado de severidad de los síntomas ha servido fundamentalmente para su aplicación en el campo epidemiológico y como instrumento valorativo de la intensidad del cuadro a lo largo de un tratamiento.

Dos son los instrumentos más utilizados para los TOC: La versión infantil del "Leyton Obsessional Inventory" que realiza Berg et al ( 1986 ) que consta de 44 preguntas referidas a conductas obsesivo-compulsivas que deben valorarse según el grado de interferencia que provoque al sujeto que se evalúa y según la resistencia que el mismo haga como respuesta. Para hacer más atractivo su uso en escolares más pequeños se presentan en forma de tarjetas cada una de las situaciones. Para las que estén presentes según el propio sujeto, deberá elegir entre 5 niveles de intensidad para resistencia con que responda al síntoma. La interferencia del mismo se valorará en una gradación de 4 posibilidades. Una forma posterior más reducida -20 preguntas- y presentado en forma de cuestionario clásico es la más utilizada en la actualidad.

Más recientemente, Goodman y col. (1989 ) han desarrollado una nueva escala específica la "Yale-Brown Obsessive-Compulsive Scale" en donde se valora en una escala de 1 a 4 la duración, interferencia, malestar (distres), resistencia y control tanto de las obsesiones como de las compulsiones que presente el sujeto.

## **CLÍNICA Y DIAGNÓSTICO**

La patología de la indecisión y de la duda que tienen las obsesiones y las compulsiones puede presentarse bajo una gran variedad temática: muerte, sexo, enfermedad, contaminación son las más frecuentes. Imágenes, pensamientos, palabras, representaciones etc., se presentan una y otra vez, machaconamente, pese al rechazo del sujeto.

Los tipos de compulsión dependen también de la edad y se refieren a limpieza (especialmente las manos), comprobación, ordenación, o a la necesidad de realizar cualquier acto de forma acuciente.

No hay unas grandes variaciones en la presentación clínica entre los estudios realizados en distintos países.

Como se ha indicado anteriormente, el comienzo del cuadro suele presentarse de modo progresivo. En un primer momento lo más común es que se banalice la presencia de rituales, o bien el que éstos pasen desapercibidos por realizarse privadamente. Por otro lado, las rumiaciones de pensamiento no comunicadas van a ser difíciles de apreciar por los padres hasta que provoquen una inhabilitación para la vida cotidiana.

Se ha asociado el padecimiento del trastorno a una alta capacidad de inteligencia. Sin embargo, no es más que una impresión derivada del contacto clínico que no ha sido demostrada testológicamente.

### ***Pautas para el diagnóstico:***

La CIE-10 indica la necesidad de explorar psicopatológicamente que los pensamientos obsesivos han de ser reconocidos como propios, que haya una resistencia ineficaz por parte del sujeto. Si se controlan, no llegan a configurar el diagnóstico. Por otra parte, las obsesiones y compulsiones, son reiteradas; no deben ser placenteras, aunque su ejecución provoque un cierto y corto alivio de la ansiedad. Esta clasificación distingue tres entidades nosológicas diferenciadas según que el trastorno sea con predominio obsesivo, ritualístico o con mezcla de ambos.

El tipo de personalidad premórbida de quienes sufren el trastorno no se perfila de forma diferenciada. Es frecuente observar familias con tendencia a la limpieza y al orden que no justifican en un sentido de causa-efecto el desencadenamiento del trastorno en alguno de sus miembros.

Es difícil encontrar el trastorno aislado de cualquier otra psicopatología. Depresión y trastorno de ansiedad son los más frecuentemente referenciados junto a los trastornos por tics. Por otra parte son muchos los trastornos que pueden presentarse con síntomas de la esfera obsesivo-compulsiva. (TABLA I).

### ***Curso y pronóstico***

Tradicionalmente, se ha considerado que el pronóstico no es en absoluto bueno para aquellos que reciben el diagnóstico de TOC. Los estudios más recientes no modifican esta realidad, Leonard y col. (1993). En el seguimiento que hacen de 54 niños y adolescentes tratados por presentar TOC, tan solo un 6% permanece asintomático al cabo de los tres años. Un 70% seguía recibiendo tratamiento farmacológico (clomipramina) y los que habían recibido,

además, tratamiento de terapia comportamental no diferían de los que no la habían realizado.

La comorbilidad es alta, 91% de los 54 sujetos aludidos, fundamentalmente ligada a trastornos afectivos, de ansiedad, y por tics. Tan solo la presencia de trastorno por tics en la historia de un sujeto se comporta como predictor de una más tórpida evolución del TOC

Tabla I. Trastornos que manifiestan obsesiones y/o compulsiones.

ANOREXIA NERVIOSA
DEPRESIÓN
HIPOCONDRIA
FOBIAS
PERSONALIDAD ESQUIZOTÍPICA
TRICOTILOMANÍA
TRASTORNO DISMORFOFÓBICO
ORGANIZACIONES DELIRANTES
SÍNDROMES ORGÁNICOS
ESTADOS DE PÁNICO
TRASTORNO GENERALIZADO DEL DESARROLLO (AUTISMO)
TRASTORNO POR ESTRÉS POSTRAUMÁTICO
TRASTORNO DE SOMATIZACIÓN
SÍNDROME GILLES DE LA TOURETTE

## TRATAMIENTO

Dada la complejidad del trastorno y de su etiología, hasta ahora poco conocida, y de los síntomas de otras áreas nosológicas con los que suele asociarse, puede comprenderse las dificultades de un adecuado abordaje terapéutico.

En los últimos años, a partir de su comercialización en EE.UU., se ha puesto de manifiesto, mediante investigaciones rigurosas, la eficacia de la **Clomipramina** sobre los síntomas obsesivo-compulsivos. También, está probado el efecto terapéutico de la **Fluvoxamina**

Si bien, son más los estudios en el campo infantil y sobre todo en adolescentes con clorimipramina. La aparición de efectos secundarios anticolinérgicos es preciso tenerse en cuenta. Visión borrosa, sedación, hipotensión, ansiedad, taquicardia etc pueden presentarse. Ello puede paliarse, en parte, con una dosificación gradual -10 mgrs.- hasta llegar a la óptima: es evidente que dependiendo de la gravedad del cuadro, si bien como orientación puede recomendarse 3 mgrs./Kg./día. Debe evitarse la administración nocturna.

Como hemos visto al hablar del curso, la presencia de síntomas se suele prolongar, a veces, durante años.

Desde el punto de vista psicoterapéutico, Bolton y col. (1983) pusieron en evidencia la buena respuesta de 15 adolescentes hospitalizados a una



terapia de modificación de conducta. (response prevention). El trabajo de seguimiento de Leonard y col. (1993) muestra una relativa acción terapéutica de la modificación de conducta asociada con tratamiento farmacológico. La indicación de esta forma de tratamiento debe realizarse cuando los rituales o compulsiones se encuentren muy circunscritos.

La familia va a precisar siempre de una información adecuada sobre el trastorno. Puede también beneficiarse de un abordaje terapéutico dado que las características clínicas del cuadro suele involucrale.

La terapia psicoanalítica se ha mostrado eficaz para el abordaje de los conflictos o psicodinamismos que acompañan a los TOC. Los tratamientos cognitivos pueden ser beneficiosos para la ideación obsesiva, si bien no está suficientemente documentada en su aplicación a niños.

## BIBLIOGRAFÍA

- Berg, C. J.; Rapoport, J. L.; Flament, F. The Leyton Obsessional Inventory-child version. *J. Am. Acad. Child Psychiatry* 1986. 25 (84-91).
- Behar, D.; Rapoport, J. L.; Berg, C. et al. Computerized tomography and neuropsychological test measures in adolescents with obsessive-compulsive disorder. *Am. J. Psychiatry* 1984. 141 (363-369).
- Berman, L. The obsessive-compulsive neurosis in children. *Journal on Mental Disease*. 1942. 95. (26-39).
- Carey, J.; Gottesman, I Twin and family studies of anxiety, phobic, and obsessive disorders. En: Klein, D. F.; Rabkin, J. (eds. ) *Anxiety: New Research and Changing Concepts*. (117-136). New York. Raven Press. 1981.
- Despert, J. L. Differential diagnosis between obsessive -compulsive neurosis and schizophrenia in childhood. En: *Psychopathology of childhood*. (p. 240-253) P. Hoch; J. Zubin. New York. Grune & Stratton. 1955.
- Flament, M. F.; Whitaker, A.; Rapoport, J. L.; Davies, M.; Berg, C. Z.; Kalikow, K.; Sceery, W.; Shaffer, D. Obsessive compulsive disorder in adolescence: An epidemiological study. *J. Am. Acad. Child Adolesc. Psychiatry*. 1988. 27, 6 (764-771).
- Goodman, W. K.; Price, L. H.; Rasmussen, St. A.; Mazure, C.; Fleischmann, R. L.; Hill, C. L.; Heninger, G. R.; Charney, D. S. The Yale-Brown obsessive-compulsive scale. I. Development, use and reliability. *Arch. Gen. Psychiatry*. 1989; 46 (1006-1011).
- Hollingsworth, C. E.; Tanguay, P. E.; Grossman, L.; Pabst, P. Long-term outcome of obsessive-compulsive disorder in children. *J. Am. Acad. Child Psych*. 1980. 19. (134-146).
- Honjo, S.; Hirano, C.; Murase, S.; Kaneko, T.; Sugiyama, T.; Ohtaka, K.; Aoyama, T.; Takei, Y.; Inoko, K.; Wakabayashi, S. Obsessive-compulsive symptoms in childhood and adolescence. *Acta Psychiatr. Scand*. 1989. 80. (83-91).
- Janet, P. *Les obsessions et la psychasténie*. Paris. Alcan. 1903.
- Judd, L. Obsessive-compulsive neurosis in childhood. *Arch. Gen. Psych*. 1965. 12. (136-143)
- Lebovici, S.; Diatkine, R. Les obsessions de l'enfant. *Rev. Fr. Psychoanalyse*. 1957. 21. (647-681).

- Lenane, M. C.; Swedo, S. E.; Leonard, H.; Pauls, D. L.; Sceery, W.; Rapoport, J. L. Psychiatric disorder in first degree relatives of children and adolescents with obsessive compulsive disorder. *J. Am. Acad. Child. Adolesc. Psychiatry.* 1990; 29, 3 (407-412).
- Leonard, H. L.; Gogdberger, E. L.; Rapoport, J. L.; Cheslow, D. L.; Swedo, S. E. Childhood rituals: normal development or obsessive-compulsive symptoms. *J. Am. Acad. Child Adolesc. Psychiatry.* 1990. 29, 1 (17-23).
- Leonard, H. L.; Goldberger, E. L.; Rapoport, J. L.; Cheslow, D. L.; Swedo, S. E. Childhood rituals: normal development or obsessive-compulsive symptoms? *J. Am. Acad. Child Adolesc. Psychiatry.* 1990. 29, 1. (17-23).
- Leonard, H. L.; Swedo, S. E.; Lenane, M. C.; Rettew, D. C.; Hamburger, S. D.; Bartho, J. J.; Rapoport, J. L. A 2- to 7-year follow-up study of 54 obsessive-compulsive children and adolescents. *Arch. Gen. Psychiatry* 1993; 50 (429-439).
- Rettew, D. C.; Swedo, S. E.; Leonard, H. L.; Lenane, M. C.; Rapoport, J. L. Obsessions and compulsions across time in 79 children and adolescents with obsessive-compulsive disorder. *J. Am. Acad. Child Adolesc. Psychiatry* 1992; 31, 6 (1050-1056)
- Riddle, M. A.; Scchill, L.; King, R.; Hardin, M. T.; Towbin, K. E.; Ort, S. I.; Leckman, J. F.; Cohen, D. J. Obsessive compulsive disorder in children and adolescents: Phenomenology and family history. *J. Am. Acad. Child. Adolesc. Psychiatry* 1990; 29, 5 (766-772).
- Rodríguez-Sacristán, J.; Benjumea Pino, P. Childhood neurosis. En: A. Seva (ed. ) *The european handbook of psychiatry and mental health. (1532-1538).* Anthropos-Prensas Universitarias de Zaragoza. Zaragoza 1991.
- Rodríguez-Sacristán, J.; Benjumea Pino, P. Configuración de lo obsesivo en las etapas infanto-juveniles. En: P. Pichot; J Giner; C. Ballus. *Estados obsesivos, fóbicos y de angustia.* Aran. Madrid 1990.
- Steketee, G.; Foa, E. B.; Grayson, J. B. Recent advances in the behavioral treatment of obsessive-compulsives. *Arch. Gen. Psychiatry.* 1982. 39, (1365-1371)
- Swedo, S. E.; Rapoport, J. L.; Leonard, H.; Lenane, M.; Cheslow, D. Obsessive-compulsive disorder in children and adolescents. *Arch. Gen. Psychiatry.* 1989. 46 (335-341 ).
- Swedo, S. E.; Shapiro, M. B.; Grady, CH. L.; Cheslow, D. L.; Leonard, H. L.; Kumar, A.; Friedland, R.; Rapoport, S.; Rapoport, J. L. Cerebral glucose metabolism in childhood-onset obsessive-compulsive disorder. *Arch. Gen. Psychiatry.* 1989; 46 (518-523).
- Thomsen, P. H.; Mikkelsen, H. U. Development of personality disorders in children and adolescents with obsessive-compulsive disorder. A 6-to 22-year follow-up study. *Acta Psychiatr. Scand.* 1993; 87 (456-462)
- Toro, J.; Cervera, M.; Osejo, E.; Salamero, M. Obsessive-compulsive disorder in childhood and adolescence: a clinical study. *J. Child Psychol. Psychiat.* 1992. 33, 6 (1025-1037).
- Zeitlin, H. *The natural history of psychiatric disorder in children.* (Institute of Psychiatry Maudsley monographs nº. 29 ) Oxford. Oxford University Press. 1986.
- Zohar, A. H.; Ratzoni, G.; Pauls, D. L.; Apter, A.; Bleich, A.; Kron, S.; Rappaport, M.; Wezman, A.; Cohen, D. An epidemiological study of obsessive-compulsive disorder and related disorders in israeli adolescents. *J. Am. Acad. Child Adolesc. Psychiatry.* 1992. 31, 6 (1057-1061).