
INVESTIGACIÓN ORIGINAL

Cinco años de tratamiento de niños y adolescentes con trastorno obsesivo compulsivo en el Hospital de la Misericordia en la ciudad de Bogotá

Five years of treating children and adolescents suffering obsessive compulsive disorder in the Misericordia Hospital in Bogotá

Rafael Vásquez • Marcela Salcedo

Recibido: 1/03/2012 / Aceptado: 15/12/2012

| Resumen |

Antecedentes. se encuentran algunos vacíos en las diferentes revisiones científicas respecto al análisis de diversas variables en el trastorno obsesivo compulsivo en niños y adolescentes.

Objetivo. describir respuestas a preguntas planteadas por los autores en relación a factores sociodemográficos, interferencias, comorbilidades, curso, seguimiento y tratamiento.

Material y métodos. Estudio Descriptivo observacional y retrospectivo; realizado en el servicio de la psiquiatría infantil de consulta externa de la Fundación Hospital la Misericordia, a menores de 18 años que presentaron diagnóstico de trastorno obsesivo compulsivo entre enero del 2006 a diciembre del 2010, con revisión de 88 historias clínicas.

Resultados. Los factores sociodemográficos presentaron predominio en género masculino, promedio de edad once años, Comorbilidades se presentaron tanto médicas en un 52%, como psiquiátricas 92%. Interferencias: Se presentó mayor interferencia asociada en colegio y vida social en un 28%, además de mayor dificultad en tener amigos en un 65%. Seguimiento, curso y tratamiento: seguimiento en lapso mayor de un año se presentó en el 34% de los sujetos; con reporte de mejoría en la última consulta

realizada del 53%; cuyo principal síntoma en mejorar fue la ansiedad en la totalidad de pacientes en un 69%; con tratamiento farmacológico en el 86% de los 88 sujetos evaluados.

Conclusión. Es llamativo en el curso de la enfermedad la presencia como uno de los ejes cardinales de comorbilidades tanto como causa de solicitud de atención médica, como en su curso y pronóstico, seguido por la presencia de interferencia en el paciente que en la mayoría de ocasiones no es evidenciado por los padres razón que probablemente explicaría la demora en el diagnóstico de esta patología.

Palabras clave: trastorno obsesivo compulsivo, estudios de seguimiento, terapéutica (tratamiento), indicadores demográficos. (DeCS).

.....
Vásquez R, Salcedo M. Cinco años de tratamiento de niños y adolescentes con trastorno obsesivo compulsivo en el hospital de la misericordia en la ciudad de Bogotá. Rev. Fac. Med. 2012; 60: 285-291.

Summary

Background. The present study describes gaps in scientific reviews regarding obsessive compulsive disorder (OCD) in children and adolescents concerning questions raised about sociodemographic factors, interference, comorbidity, on-going monitoring and treatment.

Materials and methods. This retrospective, observational-descriptive study was carried out in the Misericordia Hospital's child psychiatry service's outpatient clinic; it involved reviewing 88 medical records for children aged less than 18 who had been diagnosed as suffering from OCD between January 2006 and December 2010.

R. Vásquez.

Psiquiatra de niños y adolescentes. Profesor titular de Psiquiatría infantil Universidad Nacional de Colombia y Universidad del Bosque.

M. Salcedo

Psiquiatra de niños y adolescentes de la Universidad del Bosque. Departamento Psiquiatría Infantil. Fundación Hospital de la Misericordia.

Correspondencia: salcedomeloc44@yahoo.com

Results. The socio-demographic factors revealed male predominance, average age being eleven years old. There was 52% medical and 92% psychiatric comorbidity. Greater emotional interference occurred regarding school and social life (28%) and greater difficulty in having/keeping friends (65%). The study revealed that 34% of the subjects had been followed-up for longer than one year, improvement in 53% of the cases having been reported by the time of the last consultation. Anxiety was the main symptom reported to have become improved in all patients (69%), 86% of the 88 subjects' records evaluated having shown that they had received pharmacological management.

Conclusion. The presence of comorbidity was striking in the course of the disease; it was the cause of medical care having been sought (during its course and prognosis) and patients' emotional interference which was usually not noted by their parents. This would probably explain the delay in diagnosing this disorder.

Key words: obsessive compulsive disorder, follow-up studies, therapeutics, demographic indicators. (MeSH).

.....
Vásquez R, Salcedo M. Five years of treating children and adolescents suffering obsessive compulsive disorder in the Misericordia Hospital in Bogotá. Rev. Fac. Med. 2012; 60: 285-291.

Introducción

El DSM IV define el TOC en niños y adultos, como un trastorno de ansiedad intensa, con obsesiones recurrentes o compulsiones que consumen gran cantidad de tiempo, causan mucho malestar y un deterioro significativo en el funcionamiento diario. El trabajo de campo que soporta el DSM IV fue realizado en adultos por Foa y de allí extrapolado a los niños (1).

Las obsesiones, pensamientos, ideas, imágenes o impulsos intrusivos recurrentes, causan gran ansiedad y malestar. En los niños las que más se observan son la preocupación por contaminarse, por lastimarse a sí mismos o a los demás, angustia por la simetría y el que algo malo pueda ocurrir, en el caso de que no se cumpla un ritual compulsivo. Las compulsiones, a su vez, son definidas como conductas repetitivas o actos mentales que reducen la ansiedad inducida por una obsesión, las más comunes en los niños el lavado, chequeo y rituales de ordenar.

Las conductas repetitivas y perfeccionistas son, en los niños, comportamientos habituales en algunas ocasiones, por

esta razón son difíciles de diferenciar de los rituales anormales relacionados con TOC. Éstas son de inicio tardío y evocan un sentimiento significativamente estresante, egodistónico cuando no se pueden actuar por el paciente. Las mismas interfieren con la vida corriente del niño y carecen de sentido (2,3).

En cuanto a los estudios de tratamiento farmacológico y psicoterapéutico, realizados en población pediátrica con TOC; desde el punto de vista individual de cada una de ellas, como en la combinaciones entre estas, con utilización de la escala de medición el Children's Yale-Brown Obsessive-Compulsive Scale (CY-BOCS), y seguimiento durante doce semanas en la mayoría de revisiones científicas publicadas, presentan en forma no significativa mejor respuesta con tratamiento mixto farmacológico y psicoterapéutico.

Asociado al estudio de esta variable de tratamiento los diferentes estudios han adicionado la presencia de otras variables como la severidad, el deterioro funcional, introspección sobre la enfermedad, la presencia de comorbilidades y niveles de acomodación de la familia con reporte de indicadores de mejoría en el tratamiento agudo cuando se presenta en sujetos con severidad leve, pobre deterioro funcional, adecuada introspección, pobres síntomas externalizantes, la presencia de antecedente de historia familiar y baja acomodación de la familia a la enfermedad, en relación a los que no poseen estas características. Sin embargo, son resultados que necesitan ser replicados y mayor atención para construir estrategias optimizadas de intervención para la población pediátrica más complejas con TOC (4-6).

Metodología

Este es un estudio retrospectivo descriptivo observacional, realizado en menores de 18 años atendidos por consulta externa en el servicio de psiquiatría infantil de la Fundación Hospital Pediátrico de la Misericordia de Bogotá D.C., todos ellos con diagnóstico de trastorno obsesivo compulsivo. Se revisaron los pacientes atendidos entre enero del 2006 a diciembre del 2010. Las historias clínicas fueron la fuente de los datos de 88 pacientes, manteniendo la identificación de los sujetos en reserva e identificándolos bajo un número de serie del 1 al 88.

Las variables que se revisaron fueron: factores socio-demográficos, comorbilidad, interferencia, tratamiento y seguimiento, datos que luego fueron procesados en programa de Excel y los resultados obtenidos relacionados con la experiencia existente en la literatura científica tanto nacional como internacional.

Resultados

Los hallazgos se organizaron de acuerdo a las diferentes variables que se encuentran involucradas dentro del TOC como son los factores socio-demográficos, comorbilidades, interferencias, curso, tratamiento y seguimiento.

Género

De acuerdo a los 88 sujetos evaluados con diagnóstico de TOC se encontró: 47.73% (42 pacientes) de género femenino y 52.27% (46 pacientes) masculinos.

Edad de comienzo de la sintomatología

La aparición de la sintomatología del trastorno obsesivo compulsivo fue en promedio a los 11 años. Los pacientes en quienes comenzó antes de los 11 años fueron el 30.68% que correspondió a 27 de los niños evaluados y los que tenían más de 11 años fue de 48 sujetos, que correspondió al 54.55%.

Comorbilidades

Tics

De los 88 pacientes presentaron tics 10 pacientes (11,36%), sin tics fueron 67 pacientes (76,14%) y respondieron que no sabían los restantes 11 pacientes (12,50%). De los 10 niños que presentaban tics, solamente uno comenzó a padecerlos antes de los once años, 6 fueron hombres y 3 presentaban antecedentes familiares de tic.

Antecedentes familiares de tics

Del total de pacientes, la presencia de TICS en familiares se presentó en 16 pacientes, sin antecedente familiar fueron 63 pacientes y no sabían los 9 pacientes restantes.

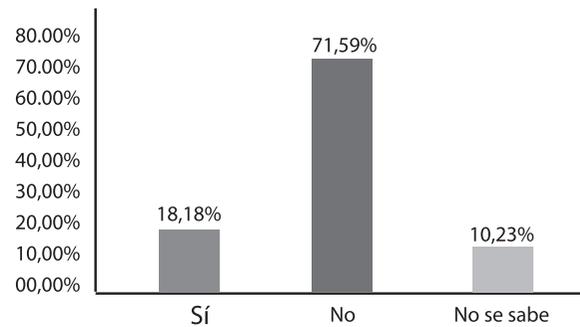


Figura 1. Descripción porcentual de presencia familiar de TICS en niños con TOC del servicio de consulta externa de psiquiatría infantil en el Hospital de la Misericordia.

Otras enfermedades

La presencia de comorbilidad médica se presentó en un 52.27%, que corresponde a 46 pacientes con diagnóstico de enfermedades tales como: gastritis, migraña, fibromialgia, dermatitis. En términos de antecedentes, de infecciones faríngeas o respiratorias estas se encontraron en un 47% de los individuos, sin ellas, en un 28% y no sabían 25%.

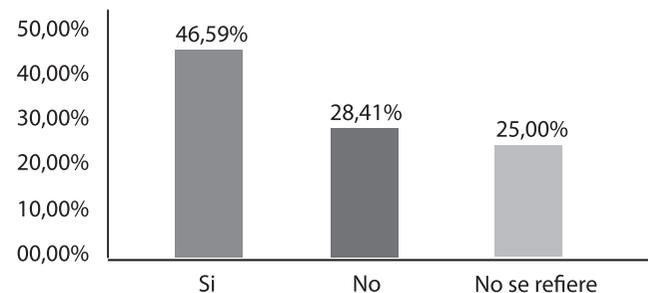


Figura 2. Descripción porcentual de presencia de antecedentes de infecciones faríngeas o respiratorias en menores de 18 años diagnosticados con TOC en el servicio de consulta externa de psiquiatría infantil en el Hospital de la Misericordia.

Comorbilidad psiquiátrica

La presencia de comorbilidad psiquiátrica se presentó en el 93% de los pacientes evaluados. Si se clasifican de forma sencilla, en patologías de tipo internalizantes 73.86% (65 sujetos; Fobia social, depresión doble, trastorno de ansiedad y trastornos de la conducta alimentaria) y externalizantes 11.36% (10 sujetos; trastorno de hiperactividad y déficit de atención, trastorno oposicional desafiante).

Las principales patologías psiquiátricas presentadas en forma discriminativa fueron fobia social en 36 pacientes, depresión en 21 pacientes, trastorno de hiperactividad y déficit de atención en 11 pacientes, trastorno de ansiedad inespecífico en 11 pacientes y trastorno de la conducta alimentaria en 11 pacientes.

Tabla 1. Descripción por frecuencia de principales comorbilidades psiquiátricas en menores de 18 años con TOC en Hospital de la Misericordia.

| Diagnóstico | Pacientes |
|---|-----------|
| Fobia social | 36 |
| Depresión | 21 |
| Trastorno por inatención e hiperactividad | 11 |
| Trastorno de comportamiento alimentario | 10 |
| Distimia | 4 |

Morbilidad o interferencia en el ambiente académico

El rendimiento escolar lo refirieron como bueno en 50 pacientes, regular en 23 de ellos, bajo en 12 pacientes y no descrito en 3 pacientes.

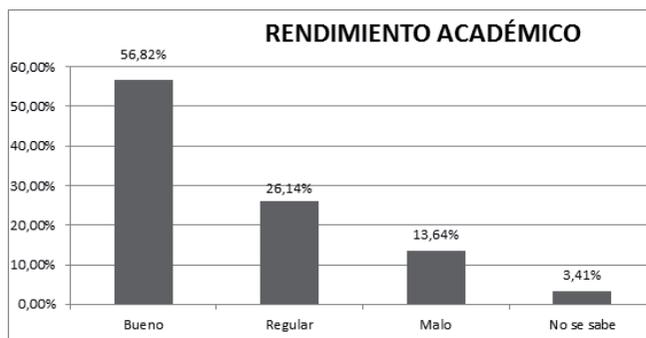


Figura 3. Descripción porcentual del rendimiento en menores de 18 años diagnosticados con TOC en el servicio de consulta externa de psiquiatría infantil en el Hospital de la Misericordia.

Morbilidad o interferencia en distintos ambientes

De los pacientes revisados, se presentó interferencia solamente en vida social en 12 sujetos. En el ámbito escolar exclusivamente en 7 pacientes y en casa únicamente en 5 sujetos.

Morbilidad o interferencia simultáneamente en distintos ambientes

La morbilidad simultáneamente fue en casa, colegio y vida social de 11, al igual que en el grupo de interferencia casa y colegio y de la asociación de casa y vida social, mientras en la asociación de interferencia colegio y la vida social fue de 31 sujetos.

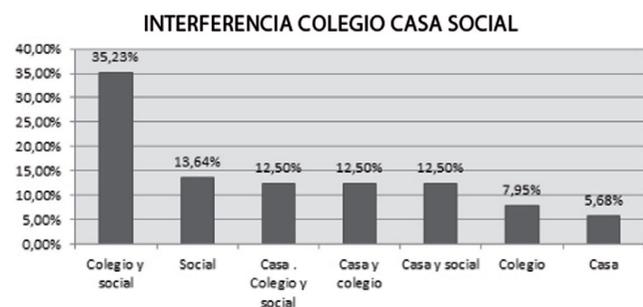


Figura 4. Descripción porcentual de interferencias de forma aislada y asociadas en ámbitos social, colegio y casa en menores de 18 años diagnosticados entre enero 2006 a diciembre de 2010 con TOC en el servicio de consulta externa de psiquiatría infantil en el Hospital de la Misericordia.

Dificultad para tener amigos

De los 88 sujetos revisados tenían dificultad para tener amigos en 65% (57 sujetos) y los restantes 35% no reportaban esta dificultad.

Seguimiento y tratamiento del TOC

De los pacientes revisados en el presente estudio fueron atendidos en consulta externa de psiquiatría infantil por un lapso mayor a un año 34% (30 pacientes), mientras que el 66% (58 sujetos) se atendieron por menos de un año.

Estado en el momento que se suspendió la atención

En los 88 sujetos evaluados se encontró que en la última ocasión que acudió estaban mejor 36 pacientes (53%). Sin cambios, es decir lo mismo que la primera consulta 20 pacientes (29) y peor 12 pacientes (18%). En 19 pacientes no se valoró la evolución porque solo asistieron una vez.

Primer indicador de mejoría

De acuerdo a la sintomatología que presentaban los pacientes, el primer síntoma que mejoró fue la ansiedad en un 69% (61 sujetos), mejoría de otros síntomas fue de 9,09% (8 sujetos) y no se supo en el 20,45% (19 sujetos) porque no se mantuvieron en tratamiento.

Medicamentos

Recibieron medicamentos el 86%, que corresponde a 76 pacientes, mientras que al 14% no se les prescribió ninguno.

TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO



Figura 5. Descripción porcentual de instauración de tratamiento farmacológico en menores de 18 años diagnosticados con TOC en el servicio de consulta externa de psiquiatría infantil en el Hospital de la Misericordia.

Discusión

De acuerdo a los hallazgos encontrados en la revisión de las historias clínicas de los 88 sujetos diagnosticados con TOC se pudo observar, comparándolos con los datos publicados en la literatura científica, similitud con la frecuencia en población masculina, promedio de edad, y en relación con la presentación de tics en la población masculina (7).

Correlacionando los hallazgos encontrados en la clínica a nivel de comorbilidad médica en cuanto a cefalea se encontró solamente un estudio en población adulta donde relacionaban la migraña en sus diferentes presentaciones, evidenciándose

una aparente relación con el tipo de cefalea con sobreuso de medicación, y la migraña crónica a diferencia de la migraña episódica con TOC, aunque no de forma concluyente; sin embargo mencionan la posibilidad del sub-diagnóstico y sub-tratamiento. (8)

Se nota que el motivo de consulta en algunos pacientes fue la cefalea, pero igualmente lo fueron el dolor abdominal recurrente y otros dolores. Este grupo confirma lo que antes describimos: que el motivo de consulta no son las obsesiones, a veces ni siquiera la ansiedad sino más bien la comorbilidad. Dentro de esa comorbilidad los síntomas físicos ocupan un papel importante.

En cuanto a la comorbilidad psiquiátrica se corroboró lo que informa la literatura tanto nacional como internacional. Lo cual indica la diversidad de expresión clínica y nos lleva a plantearnos profundizar el estudio de comorbilidades tanto médicas, como psiquiátricas, para el tratamiento y posible cambio en el pronóstico de dicho trastorno (9-11).

La presencia de comorbilidades que se presentaron en este grupo indican que se trata de una enfermedad crónica, siendo la más frecuente la fobia social, seguida del trastorno depresivo. Un grupo que no quedó reflejado en la estadística son los pacientes que tienen un coeficiente intelectual normal, pero en rango bajo, condición que es fuente de ansiedad crónica y podría facilitar seguramente la aparición del TOC (12).

El dato de comorbilidad con tics se destacó especialmente porque hay muchos artículos que lo mencionaban como una especificidad; sin embargo, en este grupo se presentó muy poca afectación, por esto se buscó durante la revisión con gran detalle. No se entiende la diferencia que tiene este grupo en particular, pero se puede pensar que en nuestro medio seguramente los niños con TOC se atienden en primera instancia en neuropediatría y es posible que estos colegas tengan una población con mayor número de tics que la que describimos. Este hospital en particular tiene un servicio de neuropediatría muy organizado y muy requerido (9, 13).

La comorbilidades psiquiátricas en esta revisión hacen parte muy estrecha de las dificultades adaptativas del TOC. La asociación con fobia social ofrece como resultado un paciente tímido, inexpresivo en la entrevista, desconfiado, que hace laboriosa y lenta la exploración. Igualmente sucede en el tratamiento. Para las familias la retracción social solamente es alarmante cuando es intensa, severa y descrita por otros observadores. En general es una ventaja en la manera que tienen las familias de entender el comportamiento de estos niños, que no tenga actividad social y hace parte de las ventajas no de las dishabilidades.

La asociación con enfermedades de cuidado pediátrico, es alta. De hecho una buena parte de los pacientes consultan

en primer lugar por ellas. Cerca de la mitad de los pacientes presento infecciones faríngeas, este dato se interpreta como un evento que aumenta la vulnerabilidad a padecer de TOC, por la conocida asociación Pandas. De hecho, está por encima del promedio nacional de alergias, que es otra fuente de empeoramiento de los síntomas ansiosos. No es causal, pero hay que estar atentos al efecto de la infección estreptocócica en el aumento de la ansiedad.

Las interferencias o la morbilidad, son los indicadores de la alteración que el TOC induce en la vida cotidiana de los pacientes. Queda claro que el rendimiento académico no se puede utilizar como un indicador principal, tal como sucede en casi todas las alteraciones del comportamiento en la infancia. Esta situación seguramente explica porque la identificación de estos pacientes se hizo después de los 10 años, ya que en la edad pediátrica el bajo rendimiento es una señal segura y muy alarmante, pero el alto rendimiento sugiere, que seguramente nada afecta al paciente.

A diferencia del estudio clínico de los adultos, en niños la interferencia no es obvia y hay que construirla a partir de las múltiples fuentes de información. Porque puede que el paciente no reconozca las dificultades que su trastorno le comporta, de hecho hay que esperar períodos largos durante el tratamiento para que la familia ofrezca una descripción amplia y detallada. Consideramos que, como no hay afectación del rendimiento académico, las familias no logran ensamblar una teoría de la afectación, muchas veces ni reconocen lo que le sucede a su hijo como ansiedad, no saben cómo se llama, pero saben que hay algo anómalo.

En este aspecto de entender, describir y agrupar la interferencia hemos puesto un gran interés, hoy pensamos que como el paciente es socialmente perfecto, su rendimiento académico es bueno, no se siente en el ambiente social y no hay quejas, las familias dudan si está enfermo o está sano. Un proyecto nuevo de trabajo estará enfocado en este tema, porque es crucial tenerlo muy presente, cuando se debe garantizar la adherencia de los niños a su tratamiento.

El dato visible en esta revisión es que los niños están aislados socialmente, pero para las familias este dato no siempre es llamativo, no es alarmante y a veces la escuela es quien lo pone en evidencia y quienes piden ayuda para mejorarlo. Para el niño en cambio es un síntoma incómodo, porque quisiera tener una vida social más intensa, poder compartir el juego y los ratos libres, la pregunta que surge en esta situación es: ¿por qué el niño no pide ayuda? No tenemos una respuesta contundente, la estamos buscando, por ahora creemos que lo que sucede es que no tiene habilidad para tolerar que algo incómodo pase y debe pedir ayuda.

Esta revisión permite decir que sin duda la ansiedad es el síntoma y la variable cardinal, debe ser por lo tanto el

objetivo primario de tratamiento, de hecho, en este grupo fue el síntoma que mejoró en primer lugar y las obsesiones mejoraron después de la ansiedad. Este hecho permite insistir en que la ansiedad es el objetivo primario del tratamiento de estos niños, una vez mejorada se puede empezar a reducir las compulsiones y obsesiones.

Otro escenario de impacto de este trastorno es la vida social de los niños, que muestra aislamiento y dificultades para compartirla con otros jóvenes, lo cual es corroborado en relatos de población adulta con TOC en la niñez. La situación se empeora cuando su aislamiento social se refuerza porque es un tema de burla y de discriminación en su ambiente de pares. La experiencia señala que la reducción de la irritabilidad y la mejoría de la convivencia social son más sensibles como señales, de que el tratamiento ofrece alivio y mejoría.

La imagen social que muestran estos pacientes es de niños perfectos, parecen adultos, no exploran, no se queja el colegio de su comportamiento, no se exceden en sus manifestaciones afectivas y son de alto rendimiento en las materias. Esta imagen dificulta pedir ayuda y acceder a la consulta y seguramente explica por qué se suspende el tratamiento de los niños y adolescentes con TOC.

Como se observa en los resultados la mayoría de los pacientes de la revisión mejoraron, hay un grupo de cerca de la cuarta parte de los pacientes que estaba peor en la última consulta que tuvieron. Sobre esta diferencia debemos de profundizar, seguramente encontraremos más datos, que nos permitan ayudar de manera eficiente.

Los pacientes que mejoraron estuvieron más de seis meses en tratamiento, pero no completaron el año. Arbitrariamente consideramos como un factor de buena atención y tratamiento que el niño permanezca al menos un año, porque el tratamiento de un año permite reducir la obsesiones y compulsiones, la ansiedad y las comorbilidades. Este lapso se fijó porque es una condición crónica que requiere un largo período de atención y cuidado.

En pediatría la adhesión al tratamiento es débil en general, cuando se trata de enfermedades crónicas. Tenemos que reevaluar este parámetro, porque se mejoran antes; cuántos recaen, será objeto de otro trabajo. Seguramente que la imagen social de niños perfectos que tienen estos pacientes puede ser uno de los factores centrales que impide un tratamiento a más largo plazo, pero los cambios de EPS, de lugar de vivienda, de trabajo, pesan en el momento de no continuar, hay que explorar cómo se comportan a largo plazo, en seguimiento los niños.

No se puede dejar de mencionar el papel macro que juega el actual sistema de salud, porque como su principal orientación es la de contener gastos, está plagado de dificultades administrativas y de obstáculos para la atención de los pacientes

por períodos largos. Éstas explican al menos algunas de las suspensiones de tratamiento.

Un poco más de la mitad de los pacientes estaban mejor que cuando consultaron por primera vez, lo cual coincide en lo reportado en la literatura científica tanto con utilización de pruebas psicométricas como de imágenes como la RMN (15, 16).

En la mayoría de los pacientes se recetaron medicamentos, comenzando por ansiolíticos y terminando con antidepresivos, conforme a una publicación previa; se puede ver que este factor junto a las otras medidas que se tomaron explican la mejoría del curso de esta patología (3).

Conclusiones

El trastorno obsesivo compulsivo es considerado el cuarto desorden psiquiátrico más común en el mundo, con una relevante morbilidad biopsicosocial y una prevalencia de 1-3 % en la población mundial. De acuerdo con la Organización Mundial de la Salud OMS, ocupa el décimo lugar entre las enfermedades más incapacitantes. La principal comorbilidad psiquiátrica es la fobia social seguida de la depresión. El motivo de consulta está anclado en la comorbilidad antes que en el mismo trastorno. La consulta se hace mucho tiempo después de aparecidos los primeros síntomas porque estos niños no tienen quejas de rendimiento académico ni de disciplina en la casa. Las dificultades sociales son el conflicto más identificado por los pacientes y la fuente principal de su malestar, pero no tienen las habilidades de buscar ayuda, menos cuando es un tema que les causa discriminación. El tratamiento ofrecido mejoró una buena parte del grupo revisado. Hay que continuar estudiando la naturaleza de este trastorno y las hipótesis que tanto el paciente como la familia tienen del mismo.

Referencias

1. **Foa EB, Kozak MJ, Goodman WK, Hollander E, Jenike MA, Rasmussen SA.** DSM-IV field trial: obsessive-compulsive disorder. *Am J Psychiatry* 1995; 152(1): 90-6.
2. **Vargas LA, Palacios L, González G, La Peña de.** Trastorno obsesivo compulsivo en niños y adolescentes: una actualización. *Salud Mental* 2008; 31(1):173-179.
3. **Salcedo M, Vásquez R, Calvo M.** Trastorno obsesivo compulsivo en niños y adolescentes. *Rev Colomb Psiquiatr.* 2011; 40:131-144.
4. **March JS, Foa E, Gammon, Chrisman A, Curry J, Fitzgerald D,** Cognitive-Behavior Therapy, Sertraline and Their Combination for Children and Adolescents With Obsessive-Compulsive Disorder; *JAMA* 2004; 292:1969-76.
5. **García A, Sapyta E, Moore P, Freeman J, Franklin ME, March J, et al.** Predictors and Moderators of Treatment Outcome in the Pediatric Obsessive Compulsive Treatment Study (POTS I), *Am. Acad. Child Adolesc. Psychiatry* 2010;49:1024 –1033.
6. **Flessner CA, Freeman JB, Sapyta J, García A, Franklin ME, March JS, et al.** Predictors of Parental Accommodation in Pediatric Obsessive-Compulsive Disorder: Findings from the Pediatric Obsessive-Compulsive Disorder Treatment Study (POTS) Trial; *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 2011; 50:716-25.
7. **Nakatani E, Krebs G, Micali N, Turner C, Heyman I, Mataix-Cols D.** Children with very early onset obsessive-compulsive disorder: clinical features and treatment outcome. *J Child Psychol Psychiatry.* 2011, 52:1261-68.
8. **Cupini LM, De Murtas M, Costa C, Mancini M, Eusebi P, Sarchielli P, Calabresi P.** Obsessive-compulsive disorder and migraine with medication-overuse headache, *Headache.* 2009; 49:1005-13.
9. **Vásquez R, Rodríguez E, Martín-Cardinal E, Rodríguez-Lozada J.** Factores de pronóstico en trastorno obsesivo compulsivo en niños y adolescentes. *Rev Colomb Psiquiatr.* 2003;32:249-59.
10. **Janowitz D, Grabe J, Ruhrmann S, Ettelt S, Buhtz F, Hochrein A, et al.** Early onset of obsessive-compulsive disorder and associated comorbidity Depression and anxiety 2009; 26:1012-1017 .
11. **Vargas L, Palacios L, González G, la Peña F de;** Trastorno obsesivo-compulsivo en niños y adolescentes: Una actualización. *Salud Mental.* 2008;31:283-289.
12. **Gothelf D, Goraly O, Avni S, Stawski M, Hartmann I, Basel-Vanagaite L, Apter A.** Psychiatric morbidity with focus on obsessive-compulsive disorder in an Israeli cohort of adolescents with mild to moderate mental retardation, *J Neural Transm.* 2008;115:929-36.
13. **Murphy TK, Storch EA, Turner A, Reid JM, Tan J, Lewin AB.** Maternal history of autoimmune disease in children presenting with tics and/or obsessive-compulsive disorder. *J Neuroimmunol.* 2010; 229:243-7.
14. **Grisham JR, Fullana MA, Mataix-Cols D, Moffitt TE, Caspi A, Poulton R.** Risk factors prospectively associated with adult obsessive-compulsive symptom dimensions and obsessive-compulsive disorder. *Psychol Med.* 2011; 15:1-12.
15. **Lázaro L, Bargalló N, Castro-Fornieles J, Falcón C, Calvo R, Junqué C.** Brain changes in children and adolescents with obsessive-compulsive disorder before and after treatment: a voxel-based morphometric MRI study. *Psychiatry Res.* 2009;172:140-6.
16. **García SR, Correa PC, Bobadilla GI.** Trastorno obsesivo compulsivo en niños y adolescentes: revisión de 55 casos. *Rev Psiquiatr Clín (Santiago de Chile).* 2008; 45:28-38.