



FACULTAD DE MEDICINA HUMANA

**CARACTERÍSTICAS CLINICOEPIDEMIOLÓGICAS DEL
TRASTORNO OBSESIVO-COMPULSIVO EN
NIÑOS Y ADOLESCENTES
HOSPITAL VÍCTOR LARCO HERRERA
LIMA- PERÚ 2014-2015**

**PRESENTADA POR
LUIS FELIPE CHAVEZ AVILA**

ASESOR

MGTR. LILIAN ROSANA PANTOJA SANCHEZ

**TESIS
PARA OPTAR AL TÍTULO DE MÉDICO CIRUJANO**

**LIMA – PERÚ
2019**



Reconocimiento - No comercial

CC BY-NC

El autor permite entremezclar, ajustar y construir a partir de esta obra con fines no comerciales, y aunque en las nuevas creaciones deban reconocerse la autoría y no puedan ser utilizadas de manera comercial, no tienen que estar bajo una licencia con los mismos términos.

<http://creativecommons.org/licenses/by-nc/4.0/>



FACULTAD DE MEDICINA HUMANA

**CARACTERÍSTICAS CLINICOEPIDEMIOLÓGICAS DEL
TRASTORNO OBSESIVO-COMPULSIVO EN
NIÑOS Y ADOLESCENTES
HOSPITAL VÍCTOR LARCO HERRERA
LIMA- PERÚ 2014-2015**

TESIS

PARA OPTAR

EL TÍTULO DE MÉDICO CIRUJANO

**PRESENTADO POR
LUIS FELIPE CHAVEZ AVILA**

**ASESOR
MGTR. LILIAN ROSANA PANTOJA SANCHEZ**

**LIMA, PERÚ
2019**

JURADO

Presidente: Enrique Bojórquez Giraldo, doctor en Medicina

Miembro: José Wagner López Revilla, médico especialista en enfermedades infecciosas y tropicales

Miembro: Jeff David Huarcaya Victoria, médico psiquiatra.

A mis padres y hermanos, que me siguen de cerca con el corazón, que me acompañan y apoyan en cada paso de mi vida.

AGRADECIMIENTOS

Al Hospital Víctor Larco Herrera, en particular a la Oficina de Docencia y al Área de Niños y Adolescentes, por acoger y permitir la realización de la presente investigación.

A Lilian Pantoja Sánchez, especialista en Neonatología y metodología en investigación, por encaminar el desarrollo de este trabajo científico con toda su experiencia, conocimiento y apreciada colaboración.

ÍNDICE

	Págs.
Portada	i
Jurado	ii
Dedicatoria	iii
Agradecimientos	iv
Índice	v
Índice de tablas	vi
Resumen	vii
Abstract	vii
I. INTRODUCCIÓN	1
II. METODOLOGÍA	8
III. RESULTADOS	12
IV. DISCUSIÓN	22
CONCLUSIONES	31
RECOMENDACIONES	32
FUENTES DE INFORMACIÓN	33
ANEXO	

ÍNDICE DE TABLAS

	Págs.
Tabla 1. Características sociodemográficas de la población de estudio	12
Tabla 2. Características epidemiológicas de la población de estudio	13
Tabla 3. Antecedentes patológicos, conductuales y psiquiátricos según sexo	14
Tabla 4. Tipos de antecedentes patológicos en los pacientes con TOC	14
Tabla 5. Tipo de trastornos psiquiátricos en los pacientes con TOC	15
Tabla 6. Signos y síntomas de la población de estudio	16
Tabla 7. Tipos de temores en los pacientes con TOC	16
Tabla 8. Tipos de pensamientos repetitivos en los pacientes con TOC	17
Tabla 9. Miedo a contaminarse y repetidos rituales según sexo	18
Tabla 10. Tipo obsesiones y compulsiones en los pacientes con TOC	19
Tabla 11. Comorbilidades de los pacientes con TOC	20
Tabla 12. Tratamiento de los pacientes con TOC	21

RESUMEN

Objetivo: Describir las características clínicas y epidemiológicas del trastorno obsesivo-compulsivo en niños y adolescentes del Hospital Víctor Larco Herrera en Lima durante 2014 a 2015.

Metodología: Estudio cuantitativo, observacional, descriptivo de tipo serie de casos, transversal. La población fueron todos los pacientes de ambos sexos, atendidos en el consultorio infantil en el año 2014 y 2015. La recolección de datos se hizo con un instrumento validado.

Resultados: Las características epidemiológicas: 66% fueron varones, 52% de los pacientes tuvo antecedentes familiares de patologías psiquiátricas, el 82% procedía de ámbitos urbanos.

Las características clínicas: edad de inicio fue a los 12 años, en el 25% el tiempo de enfermedad fue de tres años, el 36% tuvo antecedentes de patología no psiquiátrica, el 100% reportaron disfunción en al menos un área social. El 100% presentaron ansiedad generalizada y otras comorbilidades psiquiátricas. El 97% presentó pensamientos pseudopsicóticos, el 60% tuvo obsesiones, la más frecuente fue la de contaminación (23%), el 83% sufría de intensos temores, el 54% tenían comportamientos ritualistas, el más frecuente, los rituales de limpieza. El 63% tuvo compulsiones de agresión y el 77%, comorbilidades psiquiátricas. El medicamento básico del tratamiento fue la sertralina, la que se combinó con otros fármacos según comorbilidades.

Palabras claves: Trastorno obsesivo compulsivo, características clínicas, epidemiológicas

ABSTRACT

Objective: To describe the clinical and epidemiological characteristics of Obsessive-Compulsive disorder in children and adolescents of the Víctor Larco Herrera Hospital in Lima during 2014 to 2015.

Methodology: It were a quantitative, observational, descriptive study of the case series type, cross-sectional. The population was all patients of both sexes, treated in the children's office in 2014 and 2015. Data collection was done with a validated instrument.

Results: Epidemiological characteristics: 66% were male, 52% of patients had a family history of psychiatric diseases, 82% came from urban settings.

The clinical characteristics: age of onset was at 12 years, in 25% the disease time was three years, 36% had a history of non-psychiatric pathology, 100% reported dysfunction in at least one social area. 100% presented generalized anxiety and other psychiatric comorbidities. 97% presented pseudopsychotic thoughts, 60% had obsessions, the most frequent was contamination (23%), 83% suffered from intense fears, 54% had ritualistic behaviors, the most frequent, cleaning rituals. 63% had compulsions of aggression and 77%, psychiatric comorbidities. The basic treatment medication was sertraline, which was combined with other drugs according to comorbidities.

Key words: Obsessive compulsive disorder, clinical, epidemiological characteristics

I. INTRODUCCIÓN

La salud mental no es solo la ausencia de trastornos mentales, sino un estado completo de bienestar físico, mental y social. Sin salud mental no hay salud ni desarrollo. Los trastornos de la salud mental que se inician en la infancia o la adolescencia, además del sufrimiento que presentan para el menor y su familia, conllevan consecuencias personales que se extienden hasta la edad adulta y para toda la vida. A una edad temprana, estos trastornos perjudican el alcance educativo y laboral, las relaciones íntimas, la elección de parejas, el funcionamiento general como adulto e incluso favorecería los embarazos no deseados (1).

Son varios los factores determinantes que ocasionan un problema de salud mental en los adolescentes: factores individuales, factores biogenéticos, recursos psicológicos, hábitos de vida, factores familiares (educación y estilos de crianzas) esto ocasionan en los niños y adolescente: una baja calidad de vida, baja autoestima, desconfianza, violencia, desmoralización, estados tensionales, estados depresivos y uso de sustancias. En la actualidad, los problemas de salud mental representan un problema para los niños y adolescentes afectados, para sus familias y para la sociedad (2).

Al respecto, un informe preparado por el Congreso de la República refiere que en Lima y el Callao, la prevalencia de trastornos mentales ascendía al 28.5% en el 2017, lo que superó en 8 puntos a la encontrada en las 15 ciudades estudiadas por la OMS, lo que significa que, más de uno de cada cuatro peruanos que vive en la capital o en el callao ha sufrido algún trastorno mental en alguna etapa de su vida, y es mayor en mujeres, pues los padece de una por cada tres con una incidencia del 30.25%. Agrega, dicho informe elaborado sobre las estadísticas de la OPS y del Ministerio de Salud, que una de cada cinco habitantes de Lima y Callao sufrió depresión severa, uno de cada diez sufrió ansiedad, el 7.5 % sufrió trastornos por consumo de alcohol, el 5.1% padeció estrés postraumático, el 3% de ansiedad generalizada, fobia social, psicosis, depresión leve, trastorno de pánico, bipolar y obsesivo-compulsivos (3).

Uno de los trastornos que afecta a esta población es el trastorno obsesivo-compulsivo (TOC), trastorno severo, a menudo crónico y debilitante, caracterizado por pensamientos y comportamientos repetitivos, ritualísticos y angustiantes, sobre los cuales una persona típicamente tiene muy poco o ningún control. Este padecimiento neuropsiquiátrico se presenta en el 1.9 a 3.5% de la población general a nivel mundial. En los últimos; esta patología ha adquirido relevancia para la psiquiatría infantil y de la adolescencia, debido no sólo al incremento de su prevalencia en niños y adolescentes, sino porque el 30 a 50% de los adultos con dicho trastorno mencionado reportaron la presencia de síntomas de TOC desde su niñez; lo que se complica con las elevadas tasas de respuesta parcial para distintos tratamientos (4) (5).

El TOC afecta a más de tres millones de personas, que incluye niños y adultos en los Estados Unidos, en el 50% de todos los casos tiene su aparición en la niñez y la adolescencia, con una muestra nacional representativa de la población estadounidense se confirmó que el 21% de los casos de TOC se inició a la edad de 10 años, con una edad media de aparición entre 9 y 11 años en los niños y 11 y 13 años en las niñas. El TOC pediátrico parece ser más común en los hombres que en las mujeres, en contraste con los adultos; en quienes la relación aproximada hombre-mujer es de 1: 1 de TOC (6). Al respecto, la National Alliance on Mental Illness (NAMI) refiere que en el 66.6% de los pacientes con dicho trastorno los más afectados son los varones (7).

El Instituto Nacional de Estadística e Informática (INEI) estimó en el último censo del 2017, 10 176 529 de niños y adolescentes en el Perú lo que equivale al 34.6% de la población, aunque hay un ligero descenso de este grupo poblacional, el Perú todavía mantiene una población joven. Estudios epidemiológicos el Instituto Nacional de Salud Mental Honorio Delgado- Hideyo Noguchi refieren que uno de cada ocho niños y adolescentes presentará algún problema de salud mental en su etapa de crecimiento y desarrollo, y son múltiples los factores asociados a los trastornos mentales en niños adolescentes, identifican factores individuales que incluyen desde los factores biogénéticos, los recursos psicológicos y los hábitos de vida, y los factores familiares relacionados a la educación y forma de crianza de

niños y adolescentes, situación que se complica porque son pocos los que acceden a servicios de salud mental (8).

La familia es el primer espacio de socialización para los niños, la presencia de algunas condiciones y conflictos podrían complicar su capacidad para cumplir la función de soporte para la salud mental para cada uno de sus miembros. En este sentido, las características actuales de la sociedad peruana ofrecen condiciones que no favorecerían el desarrollo de los niños y adolescentes. En primer lugar, el INEI refiere que el 61.5% de mujeres experimentaron algún tipo de violencia de parte de su compañero o esposo durante el 2017 (9).

En segundo lugar, los medios de comunicación dan cuenta que los niños y niñas peruanas permanecen cinco horas sentados frente a un televisor y según cifras del Ministerio de Salud, las adicciones a videojuegos están comenzando a los siete años (10) y, en tercer lugar, el *bullying* o acoso escolar se está incrementando.

Una encuesta entre escolares refería que el 40% de estudiantes de las escuelas peruanas han sufrido un tipo de acoso escolar en el 2018 y el Sistema de vigilancia contra la violencia escolar del Ministerio de Educación (SIsVE) registró 5591 denuncias por violencia escolar en el 2017, muy superior a los 907 casos registrados en el 2013 (11). A este sombrío panorama se agrega la inseguridad del entorno comunitario que se ofrece a niños y adolescentes en el Perú, una publicación del Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo (PNUD) refiere que el Perú está creciendo económicamente, pero, también la violencia y el delito tienen un exorbitante incremento (12).

Las condiciones arriba mencionadas limitarían el desarrollo de recursos psicológicos y experiencias significativas de socialización para los niños y adolescentes; así también, ya ha sido mostrado que las patologías de salud mental están incrementándose en el Perú; uno de los grupos poblacionales más afectados son los niños y adolescentes y el trastorno obsesivo-compulsivo (TOC) es una de las patologías que está adquiriendo relevancia para la psiquiatría infantil y la salud pública en general, Ricardo Rodríguez en su estudio sobre Calidad de vida en pacientes con TOC hace una revisión ampliamente documentado del deterioro que

el cuadro genera a nivel académico, laboral y en el funcionamiento social. Se menciona que el impacto del TOC desde una perspectiva económica, dado que es de inicio temprano y curso crónico impacta negativamente en la productividad de las personas (13), de ahí la necesidad de estudiar sus características clínicas y epidemiológicas, en una institución pública del país, tal como el Hospital Víctor Larco Herrera, que atiende a pacientes con dicha patología.

El presente estudio tuvo como antecedentes las siguientes investigaciones:

Chowdhury R et al. realizaron en Bangladesh un estudio observacional, transversal el 2016, con el objetivo de analizar el tipo, la frecuencia y la gravedad de los síntomas y la comorbilidad en 60 niños y adolescentes diagnosticados de TOC, cuyas edades oscilaban entre los 5 y 18 años. Utilizaron la versión estandarizada de Bangladesh para evaluar el desarrollo y bienestar infantil y la escala Yale-Brown para evaluar el pensamiento y comportamiento obsesivo-compulsivo. Refieren los resultados que el 85% de casos provenían de entornos urbanos, cerca del 60% eran de condición socio económica media y el 45% tenían antecedentes familiares de desórdenes psiquiátricos de primer orden. Los autores refieren que, dentro de la obsesión, la contaminación y la duda fueron las más frecuentes y dentro de la compulsión, el lavado y la limpieza fueron la más alta, seguida por la comprobación, la repetición y los rituales del orden. Más de la mitad (63%) de los participantes tenían TOC grave, el 15% tenía trastorno del estado de ánimo y 15%, trastornos de ansiedad. En el 58% de casos, estaba presente alguna comorbilidad psiquiátrica: la fobia específica, la fobia social, el trastorno depresivo mayor y el trastorno tic fueron más frecuentes. Una limitación reconocida por los autores fue el pequeño tamaño de muestra (14).

Krebs G y Heyman I Londres, en 2014 hicieron una revisión relacionada a los TOC en niños y adolescentes y encontraron que la prevalencia varía entre 0.5 a 4%. El TOC en gemelos mostró que el factor hereditario tiene presencia entre el 45% y 65% de casos y los factores ambientales son importantes, pero sostienen que es muy poco lo que se sabe de ellos. Refirieron que hay evidencia clínica de los últimos 10 a 15 años de casos súbitos de TOC o tics pediátricos posterior a infecciones estreptocócicas. Agregaron que los síntomas obsesivo-compulsivos no tratados

pueden aumentar o disminuir, tendiendo a hacerse crónicos, lo que conlleva a un deterioro funcional en el hogar, el colegio y la vida social. Concluyeron que, el TOC pediátrico tiene asociación con la presencia de otros trastornos psiquiátricos en su posterior etapa adulta (15)

En 2013, Vásquez R y Salcedo M, en Colombia, realizaron un estudio retrospectivo, descriptivo, observacional con el objetivo de describir los factores sociodemográficos, comorbilidades, interferencias sociales (en la vida en el hogar, escolar y comunitaria), curso, seguimiento y tratamiento de 88 pacientes menores de 18 años con el diagnóstico de TOC que fueron atendidos ambulatoriamente durante cinco años. Se encontró que fue más frecuentes en hombres y la edad promedio 11 años. Con respecto a las comorbilidades, el 11% presentaron tics, el 52% tuvo alguna otra enfermedad, como gastritis, migraña, fibromialgia, dermatitis. Con respecto a las interferencias, la asociación TOC en el entorno escolar y entorno social tuvo la mayor interferencia con un 35%; un 65% tenía una mayor dificultad en tener amigos y el 85% tenía un rendimiento escolar bueno o regular. El 93% tuvo alguna comorbilidad psiquiátrica: el 73.8% alguna patología internalizante (fobia social, depresión doble, trastorno de ansiedad y trastornos de la conducta alimentaria) y el 11.3% alguna patología externalizante (trastorno de hiperactividad y déficit de atención, trastorno oposicional desafiante) El 34% de los sujetos tuvieron un seguimiento mayor de un año y el 53% tuvo un reporte de mejoría en su última consulta. Los autores concluyeron que la presencia de interferencias no es evidenciada por los padres, razón por lo que demorarían la búsqueda de ayuda médica, también enfatizan la presencia de comorbilidades psiquiátricas en el curso de la enfermedad (16).

Ballesteros A y Ulloa R, en 2011, realizaron un estudio transversal, descriptivo y comparativo en México D.F., con el objetivo de describir las características clínicas, demográficas y del funcionamiento familiar en 60 niños y adolescentes con TOC y comparar las variables según tipo de TOC de leve a moderado y grave. El rango de edad de los participantes estaba entre 6 a 17 años, de ambos sexos y ninguno había iniciado tratamiento. Todos los niños fueron evaluados con la entrevista diagnóstica K-SADS-PL, con la escala de funcionamiento global (GAS), con la escala CY-BOCS para determinar la gravedad del TOC pediátrico y el APGAR

familiar para evaluar la funcionalidad familiar. Los resultados de la escala CY-BOCS de Yale- Brown se utilizaron para comparar características demográficas y clínicas, dicha escala establece una puntuación CY-BOCS<30 para TOC de leve a moderado y es TOC grave cuando la puntuación CY-BOCS>30. Los reportes de las autoras refieren que el 71.7% fueron varones, el promedio de edad de los niños fue 12 años \pm 2.9, el 81.7% fue TOC leve a moderado y el 18.3% fue TOC grave. La mayor frecuencia de rituales, la mayor duración de compulsiones de revisión, repetición y realización de rituales incluyendo a otros, se dio en el grupo de TOC grave ($p<0.001$) y según tiempo de evolución, la enfermedad fue más larga en el grupo de TOC grave respecto al grupo de TOC leve a moderado ($p= 0.003$). En el 45.5% del grupo de TOC grave se presentaron síntomas psicóticos secundarios al TOC y en dos pacientes de este mismo grupo se presentó el trastorno esquizofreniforme. El motivo para la búsqueda de ayuda médica en el grupo de TOC grave fue la presencia de obsesiones y compulsiones, mientras que el motivo de consulta en el TOC leve a moderado fue la presencia de trastornos depresivos y ansiosos. La comparación de las variables demográficas y familiares no mostró diferencias significativas según tipo de TOC. Las autoras concluyeron en que la presencia de rituales fue predictor de la gravedad de la sintomatología obsesivo compulsivo (17).

Navarro A et al. Colombia, en 2011, elaboraron un estudio transversal con 501 niños y niñas, de 10 a 17 años, estudiantes de escuelas en Bucaramanga, el objetivo fue determinar la prevalencia del TOC en escolares y estimar los factores sociodemográficos asociados. Aplicaron la entrevista clínica estructurada para los trastornos del eje I del DSM-IV (SCID-I), versión clínica, módulo para TOC. Sus resultados muestran una prevalencia de 7.4% [IC 95% (5.3-19.0)]. El factor trabajo por dinero estuvo asociado a una mayor prevalencia de TOC [OR: 2.23; IC 95% (1.0-4.4)], en el caso de las niñas que trabajaban por dinero mostraron un mayor riesgo de TOC [OR: 5.4; IC 95% (1.7-17.4)]. Los autores concluyeron en que la doble condición de escolares y trabajadoras en las niñas podría ser un factor asociado a TOC, porque este factor influyó más en las niñas que en los niños (ver OR) y esta asociación fue significativa en dicha población de estudio, porque ninguno de los intervalos de confianza contiene el 1. Las limitaciones mencionadas por los autores fue la baja confiabilidad en la prueba utilizada, por lo que optaron

por una entrevista por duplicado y posterior consenso para aumentar la fortaleza del estudio. Los tres investigadores eran psiquiatras y solo uno era especialista en niños y adolescentes (18).

En 2009, Vivar R et al. realizaron en el Perú un estudio prospectivo, descriptivo, de serie de casos, cuyo objetivo fue describir las manifestaciones clínicas del TOC en 90 niños y adolescentes peruanos menores de 18 años tratados en centros especializados del Ministerio de Salud, de la Seguridad Social y de la Fuerza Armada en el periodo de enero del 2000 hasta enero del 2003. Utilizaron las escalas C-YBOCS para medir la severidad del trastorno y la escala C-GAS para medir el Funcionamiento Global para niños, la Escala de Yale Brown fue usada como una lista de chequeo para tipificar las obsesiones y las compulsiones y se hicieron entrevistas clínicas a las familias para identificar la incidencia de TOC en padres y hermanos. Los autores reportaron que la edad de inicio de los TOC fue de 11.5 años, agregaron que algunas familias tenían hasta dos niños afectados con TOC. El valor promedio del C-YBOCS para TOC grave fue de 25.44 ± 6 puntos y el valor promedio de funcionamiento global fue 60-51 puntos. Entre sus resultados reportaron que el 66% de obsesiones fueron de agresión, el 60% de contaminación, el 28% de contenido sexual, el 24 % tuvo rituales de repetición y el 72% tuvo al menos dos obsesiones y dos compulsiones (19).

El objetivo del estudio fue describir las características clínicas y epidemiológicas de los trastornos obsesivos-compulsivos en niños y adolescentes atendidos en el Hospital Víctor Larco Herrera, entre el 2014 a 2015; establecimiento de salud de referencia nacional en salud mental en el Perú, cuyo sistema de información refiere que atendió a 8140 niños y 7947 adolescentes en los años 2014-2015 (20), en los que se realizó la presente investigación.

Los resultados del presente estudio pueden contribuir a la mejora de los procesos de atención y la actualización de protocolos de atención del TOC en estos grupos de edades; así mismo, orientar las estrategias de prevención para dicho trastorno, facilitando el diagnóstico precoz de su sintomatología, y la promoción de la salud mental en los entornos escolares y comunitarios.

II. METODOLOGÍA

2.1 Tipos y diseño

Se realizó un estudio de enfoque cuantitativo, no experimental u observacional, descriptivo de tipo serie de casos, transversal. Fue cuantitativo porque el tamaño y la selección de la muestra intentan darle validez estadística de representatividad a la población que se atendió en el tiempo de estudio. Fue no experimental u observacional porque el investigador no ha manipulado ni controlado las variables, solo se ha recogido los datos de acuerdo con lo que ha sucedido en el tiempo que duró el estudio. Fue descriptivo, porque no ha demostrado ninguna relación de causa efecto. Fue una serie de casos porque se describieron las características de cada niño que tiene Trastorno Obsesivo Compulsivo, sin describir prevalencias, ni explorar sus causas y consecuencias, porque para ello tendríamos que tener los no casos (controles).

Las características descritas de este trastorno son las características clínicas y epidemiológicas. Este tipo de estudios es muy útil en clínica ya que se pueden hacer protocolos mucho más específicos teniendo en cuenta los resultados de frecuencia en cada una de las características de los casos. Sirven para elaborar instrumentos de tamizaje para diagnosticar casos lo más oportuna y exacta posible. Este tipo de estudios es útil en prevención secundaria (diagnóstico oportuno).

Fue transversal porque las variables de estudio han sido tomadas de una sola medición y no se ha hecho seguimiento de estas, por lo que no se puede evaluar su evolución. Fue retrospectivo porque son datos que fueron recogidos en tiempo pasado y están registrados en las historias clínicas (datos secundarios); por lo tanto, la validez de estos está en función del llenado de dichas historias, para ello es importante tener en cuenta el sesgo de información que puedan tener este tipo de datos.

2.2 Diseño muestral

Población de estudio

Son todos los niños y adolescentes con diagnóstico de trastornos obsesivo-compulsivo consignado en los registros de las historias clínicas durante los meses de enero a diciembre del 2014 al 2015.

Selección y tamaño de muestra

Con respecto al tamaño de la muestra, se trabajó con toda la población en estudio: todos los niños y adolescentes con TOC, por lo tanto, la representatividad del estudio es del 100%, y los resultados serán válidos estadísticamente solo para esta población. Es decir, se revisaron y recolectaron datos de todas las historias clínicas de los pacientes con diagnóstico de TOC que acudieron al servicio de niños y adolescentes, de ambos sexos en el Hospital Víctor Larco Herrera en el periodo de enero a diciembre de los años 2014-2015 que sumaron 100 pacientes.

No fue necesario realizar técnicas de muestreo ya que se trabajó con toda la población de niños y adolescentes con TOC.

Criterios de selección

Criterios de Inclusión

Todo niño y adolescente hasta los 17 años con 29 días, atendidos en consultorio externo del área de salud mental del niño y adolescente en el Hospital Víctor Larco Herrera, diagnosticado con trastorno obsesivo-compulsivo.

Criterios de exclusión

Historias clínicas incompleta; es decir, la falta de dos variables a más.

2.3 Procedimiento de recolección de datos

Para la realización de esta investigación, primero se validó el instrumento de recolección de datos y luego se procedió a solicitar la autorización respectiva a la institución. En cuanto a la validación, el instrumento fue revisado por tres expertos (un médico psiquiatra, un psicólogo y un asesor de tesis), se encontró un 93% de concordancia.

Se realizó la búsqueda, identificación y selección de las historias clínicas de los pacientes que acudieron a consulta externa del área de salud mental de niños y adolescentes en el Hospital Víctor Larco Herrera en el periodo de enero a diciembre de los años 2014-2015.

Luego, se procedió a seleccionar las historias clínicas de los pacientes que fueron diagnosticados con trastorno obsesivo-compulsivo que cumplieran los criterios de inclusión y exclusión. Con las historias clínicas seleccionadas se procedió a rellenar la ficha de datos.

2.4 Procesamiento y análisis de datos

Los datos obtenidos por medio de la ficha de recolección de datos se ordenaron y procesaron en una computadora personal, haciendo uso de los programas Microsoft Excel v.2016, SPSS v.21.0. Se estudiaron las variables obtenidas en la consolidación y se procesaron estadísticamente.

Se utilizaron estadísticos descriptivos para variables cuantitativas se determinó el rango y la media. Y para las variables cualitativas se emplearon tablas de frecuencia. Se utilizó el SPSS para el análisis estadístico. Se usaron tablas de acuerdo con el tipo de variables.

2.5 Aspectos éticos

El presente trabajo fue revisado y aprobado por el comité de Ética de la facultad de Medicina Humana de la Universidad de San Martín de Porres y obtuvo la aprobación del Hospital en el que se realizó la investigación.

En este estudio no se atentó contra los derechos de los participantes pues fue un estudio retrospectivo. Los datos obtenidos fueron confidenciales, para ello se hizo uso de la ficha de registro codificada, la cual guardó confidencialidad de la información de los pacientes. Los datos fueron usados estrictamente para la investigación y posteriormente se eliminaron.

III. RESULTADOS

1. Características sociodemográficas

De los 100 niños y adolescentes seleccionados para el estudio atendidos en el servicio de Psiquiatría del Hospital Víctor Larco Herrera, el 66% fueron del sexo masculino, el rango de edad de la población estudiada estaba entre 11 y 17 años, con una edad promedio 15.6 años y la edad más frecuente fue de 16 años (34%), el 82% de los pacientes fueron de Lima. El estado civil de los padres de estos pacientes 50% son separados (Tabla 1).

Tabla 1. Características sociodemográficas de 100 niños y adolescentes con diagnóstico de trastorno obsesivo-convulsivo y sus padres atendidos en el Hospital Víctor Larco Herrera (2014-2015)

Variable	Categoría	Frecuencia	Porcentaje
Sexo del niño/adolescente	Masculino	66	66%
	Femenino	34	34%
Lengua materna	Español	100	100%
Religión	Católico	90	90%
Lugar de procedencia	Lima	82	82%
Grado de instrucción del paciente	Secundaria	100	100%
Estado civil de los padres	Casado	50	50%
	Separado	50	50%
	Comerciante	37	37%
Ocupación del padre	Chofer	17	17%
	Administrador	11	11%
	Ingeniero	8	8%
	Otros*	23	23%
	No trabaja	4	4%
Ocupación de la madre	Ama de casa	62	62%
	Comerciante	21	21%
	Otros**	17	17%
Grado de instrucción del padre	Secundaria	49	49%
Grado de instrucción de la madre	Secundaria	36	36%

Fuente: Elaboración propia en base a datos recolectados con ficha de registro *Corredor de seguros, policía, profesor, electricista, visitador, carpintero, gasfitero, jardinero. **Enfermera, farmacéutica, manicurista, periodista, repostera.

2. Características epidemiológicas

El porcentaje de cesáreas fue alto (43%). En el 52% de casos estuvo presente el antecedente de trastornos psiquiátricos en la familia (Tabla 2).

Tabla 2. Características epidemiológicas de 100 niños y adolescentes con diagnóstico de trastorno obsesivo-convulsivo atendidos en el Hospital Víctor Larco Herrera (2014-2015)

Variable	Rango	Media
Edad que tienen en la consulta	11-17 años	15.6 años
Tiempo de enfermedad	1-11 años	4 años
Edad de inicio de los síntomas	6-15 años	11 años
Altura (cm)	123-172 cm	152 cm
Peso (kg)	25-70 kg	49 kg
Peso al nacer en gramos	2.200-4.600	3.240 gr
Variable	Categoría	Frecuencia
Tipo de parto	Eutócico	57 (57%)
Antecedentes patológicos	Sí	37 (37%)
Antecedentes de problemas en diferentes ocasiones	Todas	77 (77%)
Antecedentes psiquiátricos en la familia	Sí	52 (52%)

Fuente: Elaboración propia en base a datos recolectados con ficha de registro

La media de la edad del grupo de estudio fue de 15.6 años, el tiempo de enfermedad de 4 años, la edad de inicio de los síntomas de 11 años y el promedio del peso al nacer de 3.200 gramos (Tabla 2).

El 36% de los pacientes presentaron antecedentes patológicos, siendo el 42.4% en pacientes del sexo masculino. Del total de la población (100), 52 tienen familiares con algún antecedente psiquiátrico; dentro de este grupo, el 58% son hombres. Se encontró que 23% de los pacientes reportaron disfunción en al menos un área de su vida personal, pero el 77% de los pacientes paralelamente reportó disfunción escolar, social y familiar; siendo los pacientes del sexo masculino los más afectados con el 71% (Tabla 3).

Tabla 3. Antecedentes patológicos, problemas en diferentes ambientes de 100 niños y adolescentes con diagnóstico de trastorno obsesivo-convulsivo y antecedentes de trastorno psiquiátrico en la familia, según sexo, Hospital Víctor Larco Herrera (2014-2015)

		Sexo		Total
		Masculino	Femenino	
Antecedentes patológicos del paciente	Sí	28 (42.4%)	9 (26.5%)	37
	No	38 (57.6%)	25 (73.5%)	63
	Total	66	34	100
Antecedente problemas en diferentes ambientes del paciente	Colegio	9 (14%)	3 (9%)	12
	Casa	4 (6%)	0	4
	Compañeros	6 (9%)	1 (3%)	7
	En varios	47 (71%)	30 (88%)	77
	Total	66	34	100
Antecedentes de trastornos psiquiátricos en la familia	Sí	38 (58%)	14 (41%)	52
	No	28 (42%)	20 (52%)	48
	Total	66	34	100

Fuente: Elaboración propia en base a datos recolectados con ficha de registro

Respecto al tipo de antecedentes patológicos, el más frecuente fue el asma (52%), siendo el sexo masculino con mayor porcentaje de antecedentes patológicos (Tabla 4).

Tabla 4. Antecedentes patológicos de 37 niños y adolescentes, según sexo con diagnóstico de trastorno obsesivo-convulsivo atendidos en el Hospital Víctor Larco Herrera (2014-2015)

Variable	Mujer		Varón		Total	
	N	%	N	%	N	%
Antecedente patológicos						
Asma	6	32%	13	68%	19	52%
Dermatitis atópica	0	0%	6	100%	6	16%
Traumatismo encéfalo craneano	0	0%	5	100%	5	14%
Bajo peso al nacer	3	100%	0	0%	3	8%
Hepatitis	0	0%	2	100%	2	5%
Otros*	2	100%	0	0%	2	5%

Fuente: Elaboración propia en base a datos recolectados con ficha de registro

*Megacolon, Riñón poliquístico

Los trastornos psiquiátricos en la familia más comunes fueron depresión (35%), bipolaridad (15%). El 15% de pacientes reporto tener algún familiar con el

diagnóstico de TOC, de los cuales el 100% fueron pacientes varones que tenían algún familiar con dicho trastorno (Tabla 5).

Tabla 5. Tipo de Trastornos Psiquiátricos en la familia de 52 niños y adolescentes, según sexo con diagnóstico de trastorno obsesivo-compulsivo atendidos en el Hospital Víctor Larco Herrera, según sexo (2014-2015)

Tipo de trastornos psiquiátricos en la familia	Mujer		Varón		Total	
	N	%	N	%	N	%
Depresión	3	17%	15	83%	18	35%
Bipolaridad	4	50%	4	50%	8	15%
Trastorno obsesivo compulsivo	0	0%	8	100%	8	15%
Esquizofrenia	3	43%	4	57%	7	13%
Retraso mental	1	17%	5	83%	6	12%
Psicosis	3	75%	1	25%	4	8%
Depresión y TOC	0	0%	1	100%	1	2%

Fuente: Elaboración propia en base a datos recolectados con ficha de registro

3. Características clínicas de los niños y adolescentes con TOC

Los cuatro síntomas más frecuentes son: La ansiedad que lo presentan todos los pacientes, seguido de pensamientos repetitivos (97%), los temores (83%) y el aislamiento social (75%). El 27% presentó signos de hacerse daño a sí mismo, ya sea por los continuos temores, pensamientos repetitivos o por los mismos síntomas de TOC que limitan su actividad diaria (Tabla 6).

Tabla 6. Signos y síntomas de 100 niños y adolescentes con diagnóstico de trastorno obsesivo-convulsivo atendidos en el Hospital Víctor Larco Herrera (2014-2015)

Clínica: Síntomas y signos*	Categoría	Frecuencia	Porcentaje
Disminución del apetito	Sí	37	37%
Disminución del sueño	Sí	54	54%
Aislamiento social	Sí	75	75%
Signos de hacerse daño a si mismo	Sí	27	27%
Temores	Sí	83	83%
Pensamientos repetitivos	Sí	97	97%
Habla solo	Sí	21	21%
Ansiedad	Sí	100	100%
Miedo a contaminarse	Sí	60	60%
Otras obsesiones	Sí	76	76%
Repetidos rituales	Sí	54	54%
Otras compulsiones	Sí	63	63%

Fuente: Elaboración propia en base a datos recolectados con ficha de registro

*Los pacientes presentan entre 1 a 9 síntomas y signos.

Los temores más frecuentes fueron: estar solo, no tener amigos, el contaminarse y a la muerte (Tabla 7).

Tabla 7. Tipos de temores de 83 niños y adolescentes con diagnóstico de trastorno obsesivo-convulsivo atendidos en el Hospital Víctor Larco Herrera (2014-2015)

Temores	Frecuencia	%
A estar solo, a no tener amigos, que nadie lo quiera	16	19
Contaminarse con gérmenes o a los fluidos corporales	12	14
A la muerte: hermano se suicide, padres mueran, amanecer muerto o que por sus pecados se muera	10	12
Al colegio: a sus compañeros, a la directora o al profesor	9	11
A la oscuridad, el diablo o espíritu se aparezca o lo posea	6	7
A las personas o a sus padres	6	7
A enfermarse o a vomitar	6	7
De que se burlen de él o de que se enteren su vida	5	6
Insectos	3	4
A no tener una respuesta a sus preguntas	2	3
A las redes sociales	2	3
Otros*	6	7

Fuente: Elaboración propia en base a datos recolectados con ficha de registro

*2+2=4, el tiempo pasa muy rápido, no pienses, no quiero vomitar, porque mi brazo derecho es derecho, me van a expulsar.

El pensamiento psicótico es el más frecuente, seguido del pensamiento de la muerte, siendo el sexo masculino más afectado (Tabla 8).

Tabla 8. Tipos de pensamientos repetitivos de 100 niños y adolescentes, según sexo con diagnóstico de trastorno obsesivo-convulsivo atendidos en el Hospital Víctor Larco Herrera (2014-2015)

Tipos de pensamientos repetitivos	Mujer		Varón		Total
	N	%	N	%	N
Pensamientos pseudopsicóticos: algo me va a pasar, los hombres me desean, me miran para tocarme, me van a pegar, me van a secuestrar, el aparecerá, me atropellará un carro, siento que me miran, se ríen de mí, todos son pedófilos, todos quieren tener sexo conmigo, has daño a tu mamá o me voy a angustiar.	5	31%	11	69%	16
Pensamiento de muerte: ¿por qué vive?, cuando se morirá mis papas, no quiero que se mate, se va a suicidar, quiero morirme o no quiero vivir me voy a enfermar y moriré.	4	33%	8	67%	12
Pensamiento de soledad	4	36%	7	64%	11
Pensamiento agresivo: quiero golpear, quiero matar a alguien, hazle daño a tu mamá, quiero cortarme las venas, quiero romper cosas o quítale y rompe sus útiles a tus compañeros.	2	22%	7	78%	9
Pensamientos de enfermedad: debo cambiar de medicamento, me tengo que enfermar, tengo que ir al hospital o va a comenzar el tic ya me voy a enfermar.	1	11%	8	89%	9
Pensamiento de contaminación: todo está sucio, nada está limpio.	2	25%	6	75%	8
Pensamientos de baja autoestima: no debo comer estoy gorda o nadie me quiere.	3	42%	4	58%	7
Pensamientos demoniacos: ahí está el diablo o algún espíritu tomara su cuerpo.	2	33%	4	67%	6
Pensamiento de culpabilidad: cuando llegue a casa empezara los problemas, mi madre me odia o mi padre me culpa de todo.	2	28%	5	72%	7
Pensamientos sexuales	1	25%	3	75%	4
Pensamiento racista	0	0%	2	100%	2
Otros*	2	33%	4	67%	6
Total			SÍ NO		
			32 2	65 1	97 3

Fuente: Elaboración propia en base a datos recolectados con ficha de registro

*2+2=4, el tiempo pasa muy rápido, no pienses, no quiero vomitar, porque mi brazo derecho es derecho, me van a expulsar.

Una de las obsesiones más frecuentes fue el miedo a contaminarse, el 60% de niños la presentó, siendo el sexo masculino más afectado. Los rituales son otro síntoma típico de las compulsiones, el 54% de la población en el estudio lo sufren, siendo el sexo masculino el más afectado (55%) (Tabla 9).

Tabla 9. Miedo a contaminarse y repetidos rituales, según sexo, de 100 niños y adolescentes con diagnóstico de trastorno obsesivo-convulsivo atendidos en el Hospital Víctor Larco Herrera (2014-2015)

Variable		Sexo		Total
		Masculino	Femenino	
Miedo a contaminarse	Sí	37 (56%)	23 (68%)	60
	No	29 (44%)	11(32%)	40
	Total	66	34	100
Repetidos rituales	Sí	36 (55%)	18 (53%)	54
	No	30 (45%)	16 (47%)	46
	Total	66	34	100

Fuente: Elaboración propia en base a datos recolectados con ficha de registro

Los gérmenes es otra de las obsesiones más frecuentes que sufren estos pacientes, entre otros. Otras obsesiones que tienen estos pacientes son las relacionadas a sus medicamentos, temas religiosos, el polvo, las moscas, entre otros. Los rituales más frecuentes fueron: lavarse las manos 6, 8, 10, 15 o 20 veces al día, bañarse cada vez que tocan a alguien, entre otros. El 63% de los pacientes tienen otras compulsiones como agresividad, cada vez que pensaban en algo o lo contradecían, lloraban cada vez que tenían algún pensamiento negativo, entre otros (Tabla 10).

Tabla 10. Tipo de miedo a la contaminación, otras obsesiones, rituales repetidos y otras compulsiones de 100 niños y adolescentes con diagnóstico de trastorno obsesivo-compulsivo atendidos en el Hospital Víctor Larco Herrera (2014-2015)

	Frecuencia	%
Miedo a la contaminación		
Gérmenes	46	78%
Contaminar partes íntimas, su ropa lo contamine,	5	8%
Me contaminara mi saliva, vómito, heces de palomas	5	8%
Vomito	2	3%
Me contagiarse de alguna enfermedad de otros	2	3%
Total	60	100%
Otras obsesiones		
Personas lo miran o lo siguen, comida, contaminación, religión	26	34%
Sus medicamentos, temas sexuales, su madre, dormir, moscas	26	34%
Fluidos de personas contaminados, color de piel, ojos, otros	24	32%
Total	76	100%
Rituales repetidos		
Lavarse: Manos cada 6,8,10,15 o 20 veces día, cara y manos cada media hora.	20	37%
Bañarse: 5, 10 o 15 veces al día, cada 3 horas	11	20%
Se levanta, cepillarse: A las 4 a.m., se baña 2 veces y grita,	9	17%
Bolsillos, reza, otros	14	26%
Total	54	100%
Otras compulsiones		
Agresividad: por diferentes motivos	23	36%
Lavarse: las manos contantemente, con detergente y lejía.	10	16%
Baño: demora entre media hora o una hora 4 veces al día	9	14%
Tomar agua, fuma, limpia, traga saliva, otros	21	34%
Total	63	100%

Fuente: Elaboración propia en base a datos recolectados con ficha de registro

Se encontró que el 77% de los pacientes padecían de trastornos comórbidos, siendo los más frecuentes el trastorno por ansiedad generalizada (TAG), trastorno de déficit de atención e hiperactividad (THDA), psicosis, la depresión, trastornos alimenticios. El más afectado es el sexo masculino, a excepción de los pacientes con depresión; ya que el 100% de estos pacientes que presentan esta comorbilidad es del sexo femenino (Tabla 11).

Tabla 11. Comorbilidades de 77 niños y adolescentes, según sexo con diagnóstico de trastorno obsesivo-convulsivo atendidos en el Hospital Víctor Larco Herrera (2014-2015)

Variable	Mujer		Varón		Total	
	N	%	N	%	N	%
Comorbilidades						
TAG*	9	39%	14	61%	23	30%
TDAH*	4	31%	9	69%	13	16%
Psicosis	2	22%	7	78%	9	11%
Depresión	4	100%	0	0%	4	5%
Trastornos alimenticios	0	0%	3	100%	3	4%
Dislexia	0	0%	2	100%	2	3%
TAG + <i>bullying</i>	0	0%	2	100%	2	3%
TAG + psicosis	0	0%	2	100%	2	3%
TDAH + depresión	0	0%	2	100%	2	3%
Otros**	7	41%	10	52%	17	22%

Fuente: Elaboración propia en base a datos recolectados con ficha de registro

*TAG= Trastorno por Ansiedad Generalizada, TDAH= Trastorno de Déficit de Atención e Hiperactividad,

**Agresividad, acoso escolar, fobia escolar, déficit cognitivo, familia disfuncional, retardo mental leve, trastorno de conducta

4. Tratamiento

El tratamiento más usado en el área de niños y adolescentes del Hospital Víctor Larco Herrera fue la sertralina (antidepresivo y ansiolítico) administrado al 21% de la población.

Estos pacientes presentan el diagnóstico de TOC, pero junto a varias comorbilidades y diversos problemas, tales como dificultades para conciliar el sueño, trastorno de ansiedad, psicosis, depresión, entre otros, la terapia doble más usada fue sertralina más risperidona (antipsicótico) administrado al 15% de dicha población, la terapia triple más usada fue la de omeprazol, risperidona y clomipramina (antidepresivo) administrado al 4% de la población y la terapia cuádruple fue la de risperidona, sertralina, clonazepam (benzodiacepina) y Clomipramida administrado al 3% de la población (Tabla 12).

Tabla 12. Tratamiento, de 100 niños y adolescentes con diagnóstico de trastorno obsesivo-convulsivo atendidos en el Hospital Víctor Larco Herrera (2014-2015)

Medicamentos	Frecuencia
Sertralina 50 mg o 100 mg	61
Risperidona 2 mg	45
Clonazepam 0.5 mg	26
Clomipramina 25 mg	21
Fluoxetina 10 mg o 20 mg	18
Omeprazol 20 mg	4
Sulpirida 200 mg	4
Alprazolam 0.5 mg	3
Haloperidol 5 mg	3
Terapia	Frecuencia
Monoterapia	
Sertralina 50 mg	21
Clomipramida 25 mg	8
Fluoxetina 10 mg	3
Fluoxetina 20 mg	3
Sertralina 100 mg	3
Total	38
Terapia doble	
Sertralina 50 mg + risperidona 2 mg	15
Sertralina 50 mg + clonazepam 0.5 mg	10
Fluoxetina 20 mg + sulpirida 200 mg	4
Fluoxetina 20 mg + risperidona 2 mg	3
Sertralina 50 mg + alprazolam 0.5 mg	3
Clonazepam 0.5 mg + risperidona 2 mg	3
Fluoxetina 20 mg + risperidona 2 mg	2
Risperidona 2 mg + clomipramina 25 mg	2
Total	42
Terapia triple	
Omprezol 20 mg + risperidona 2 mg + clomipramina 25 mg	4
Clomipramida 25 mg + risperidona 2 mg + clonazepam 0.5 mg	4
Fluoxetina 20 mg + risperidona 2 mg + clonazepam 0.5 mg	3
Haloperidol 5 mg + risperidona 2 mg + sertralina 50 mg	3
Sertralina 50 mg + risperidona 2 mg + clonazepam 0.5 mg	3
Total	17
Terapia cuádruple	
Risperidona 2 mg+ sertralina 50 mg+ clonazepam 0.5 mg + Clomipramida 25 mg	3
Total	3

Fuente: Elaboración propia en base a datos recolectados con ficha de registro

IV. DISCUSIÓN

En el presente estudio, el rango de edades estuvo entre 11 y 17 años, es decir, la mayoría de los pacientes con TOC, cuando acudieron al hospital se encontraban en la etapa de pubertad y adolescencia (mayores de 12 años), si bien el 33% refirió el inicio de síntomas a los 12 años, la mayoría, refirieron que los síntomas empezaron entre los 6 a los 10 años, es decir, en la infancia y pre pubertad (menores de 12 años), similar a otros estudios. Estos resultados son similares a los reportados en otros estudios: Ballesteros A, el 2011 en 60 niños y adolescentes mexicanos, tuvo como rango de edades los 6 y 17 años y reportaron una edad de inicio de síntomas a los 12 años \pm 2.91 (17). En Colombia, se realizó el 2011 un estudio con niños y adolescentes, cuyo rango de edad fue de 10 a 17 años (18). Chowdhury R, et al.; en Bangladesh, en 2016, encontraron edades que oscilaban entre 5 a 18 años (14), rango mayor al hallado en el presente estudio. En Colombia, se realizó un estudio, en el 2012 por Vásquez R, y Salcedo M, y reportó que la edad de inicio de los TOC fue a los 11 años (16). Vivar R, et al. (Perú, 2009) reportó 11 años 5 meses como edad de inicio de enfermedad. Otro estudio realizado en el Perú por Adrianzén C, et al. en el 2008 incluyó a 46 niños y adolescentes, cuyas edades estuvieron dentro del rango de 9 y 18 años. En todos estos estudios que incluye el nuestro está de acuerdo con lo que se sabe hasta el momento, de que un buen porcentaje inicia en la infancia y que se hace más manifiesto en la adolescencia, por ello es indispensable tener exámenes de tamizaje en los niños donde se detecte precozmente desde la escuela para el tratamiento respectivo que luego no afecte sus estudios o trabajo.

En el presente estudio, la mayoría de los pacientes son de sexo masculino (66%) y de un entorno urbano como Lima (82%), similar a lo reportado por la National Alliance on Mental Illness (NAMI), organización civil de autoayuda para familias norteamericanas afectadas por patologías mentales que sostiene que el 65,6% de TOC afecta al sexo masculino (7); de igual modo, la población en el estudio de Vásquez R, y Salcedo M, realizado en Colombia en el 2013 fue de 88 pacientes con TOC menores de 18 años y el 52% fueron varones (16).

El 2011 por Ballesteros A, y Ulloa R, con 60 niños y adolescentes mexicanos, mayoritariamente fueron varones (71.1%) (17). Navarro el 2011 refiere que el 52% fueron varones (18). También se encuentran algunas similitudes en los aspectos de procedencia; el estudio de Vivar R, et al. realizado en el 2009 con 90 niños y adolescentes, el 62% varones, que mayoritariamente procedían de ámbitos urbanos (19).

En el Perú, el estudio de Adrianzén C, et al. en el 2008 incluyó a 46 niños y adolescentes, la mayoría fueron varones (63%) (21). La mayor parte de la población en estos estudios fue del sexo masculino y de procedencia de entornos urbanos, por lo que puede plantearse como hipótesis, que ambos factores se les puede considerar de riesgo para la presencia de un TOC. Se sabe que la prevalencia del TOC es similar en muchas culturas del mundo, que puede existir una predisposición genética y que existe una amplia influencia del aprendizaje: el hecho de haber sido educado en medios rígidos puede favorecer los comportamientos como el orden y la limpieza excesivos, los valores morales estrictos, la sobre-responsabilidad, entre otros.

Sobre el tiempo de enfermedad, el presente estudio encontró en el 25% de casos, un tiempo de tres años de tiempo de enfermedad. Vivar R, et al. en el estudio realizado en el Perú reportó que el 78 % tuvo un episodio único de enfermedad y el tiempo promedio de enfermedad fue de 16 meses (19). En México, Ballesteros A, y Ulloa R, en el 2011 reportaron un tiempo de evolución del TOC de 19 ± 10.75 meses, los autores mexicanos clasificaron el TOC en leve a moderado y en TOC grave con la Escala Yale-Brown de síntomas obsesivo-compulsivos para niños, versión niños y adolescentes (CY-BOCS) y precisan que el 81.7% fue TOC leve a moderado y 18.3% fue TOC grave, teniendo un menor tiempo de evolución el TOC grave respecto al TOC leve a moderado ($p=0.003$) (17).

El presente estudio reporta un mayor tiempo de enfermedad, respecto a las referencias mencionadas; aspecto que merecería ser más investigado e incluso vincular tiempo de enfermedad con TOC según su gravedad (grave, moderado y leve), variable no considerada. Respecto al curso de los síntomas, lo más usual es que sean fluctuantes y con episodios de remisiones incompletas.

En el presente estudio, en el 52% de casos estuvo presente el antecedente de enfermedad psiquiátrica en al menos algún familiar. Chowdhury R, et al. en el 2016 en el estudio realizado en Bangladesh, reportaron que el 45% de casos tuvieron antecedentes familiares de desórdenes psiquiátricos de primer orden, el 63% tuvo antecedentes de TOC, el 15% de trastornos ansiosos y 15% de trastornos anímicos (14). La revisión realizada por Krebs G, y Heyman I, en el 2014 sostiene que los estudios de TOC en gemelos mostraron que el factor hereditario tenía presencia entre el 45% y el 65% de casos (15). Vivar R, et al. en el estudio realizado en el Perú reportaron un 27.5% de casos con al menos un familiar con TOC y si se consideraba TOC subclínico se incrementaba a 39%, los autores agregan que algunas familias tenían a más de dos hijos afectados por TOC (19). En México, Ballesteros A, y Ulloa R, en 2011 reportaron que en el 23.3% se encontró al menos algún familiar con antecedentes de síntomas obsesivo-compulsivos (17). En Colombia en el 2013 Vásquez R, y Salcedo M, reportaron un 18.8% de al menos un familiar que presentaba tics (16).

La revisión realizada por Krebs G, y Heyman I, en el 2014 reporta un posible factor hereditario en gemelos con TOC (15), y Vivar R, et al. en el estudio realizado en el Perú reportaron que algunas familias tenían hasta dos niños afectados de TOC en un grupo familiar (19). La variable antecedentes familiares en los diferentes estudios incluyendo el presente, se refieren a una amplia variedad de patologías en la salud mental, que incluyen desde tics, trastornos ansiosos y anímicos síntomas de TOC o cualquier otro desorden o enfermedad psiquiátrica, como una de las principales características clínicas de la enfermedad.

Las patologías previas que el presente estudio encontró en los pacientes con TOC, fueron, en orden de frecuencia, asma, megacolon y traumatismos encéfalo craneanos. La revisión realizada por Krebs G, y Heyman I, en el 2014 sostiene que hay evidencia clínica de los últimos 10 a 15 años, de casos súbitos de TOC o tics pediátricos posterior a infecciones estreptocócicas (15). Vásquez R, y Salcedo M, en Colombia, en 2013, reportaron un 11% de niños y adolescentes que presentaron tics, el 52% tuvo alguna otra enfermedad, entre ellas: gastritis, migraña,

fibromialgia, dermatitis y los autores agregaron que en el 47 % de casos se encontraron de antecedentes, de infecciones faríngeas o respiratorias (16).

La característica de patologías previas, incluye diversos problemas, tales como: dermatitis, gastritis, megacolon, asma, migraña, entre otros, referidos por los estudios revisados y el presente estudio; parecería ser, que su presencia es una de las características clínicas del TOC. Sin embargo, la presencia de las patologías mencionadas, así como, haber sufrido traumatismo encéfalo craneanos e infecciones respiratorias estreptocócicas u otro agente infeccioso, requieren que su asociación con el TOC, sean demostradas en futuras investigaciones.

Usualmente los niños y adolescentes, además de los síntomas obsesivo-compulsivos que caracterizan al TOC, sufren de otras sintomatologías psiquiátricas, el 77% de los pacientes del presente estudio reportaron trastornos comórbidos: el 54% sufría de insomnio, el 37% tenía el apetito disminuido, el 74% se aislaba, el 100% de los participantes sufría del llamado trastorno de ansiedad generalizada (TAG), el 16% sufría de trastorno de déficit de atención e hiperactividad (THDA), el 11% y 5% sufría de psicosis y depresión, respectivamente, y en menor frecuencia, los trastornos alimenticios, dislexia y diferentes combinaciones de comorbilidad simultáneamente presentes con el TOC.

El estudio de Chowdhury R, et al. realizado en Bangladesh reportó que el 51% de casos sufría de una comorbilidad, las más frecuentes fueron la fobia específica en un 10%, agregan los autores que el TOC con morbilidad fue más frecuente en el grupo de menores de 12 años (61.9%) y en el caso del grupo mayores de 12 años (adolescentes) en el 53.8% se presentó solo el TOC (14). El estudio realizado en Colombia por Vásquez R, y Salcedo M, en el 2013 refirieron que las principales patologías psiquiátricas fueron: fobia social (40.9 %), depresión (23.8 %), trastorno de hiperactividad y déficit de atención (12.5 %), trastorno de ansiedad inespecífico (12.5%) y trastorno de la conducta alimentaria (12.5%) (16). Ballesteros A, y Ulloa R en México, en el 2011 consideraron tipos de TOC y refirieron que, el trastorno esquizofreniforme se presentó en dos pacientes con TOC leve y en un caso de TOC grave, el 45.5% de TOC grave presentaron síntomas psicóticos (17).

La presencia de comorbilidad psiquiátrica que acompaña a la sintomatología obsesivo-compulsivo que caracteriza al TOC en niños y adolescentes ha sido referida por el presente estudio y las investigaciones revisadas, y sería una de las características clínicas del TOC en niños y adolescentes. La comorbilidad psiquiátrica incluye una gama de cuadros tales como ansiedad, depresión, hiperactividad, hasta trastornos alimenticios y del sueño, sin embargo, un estudio con reportes diferentes, Ballesteros A, y Ulloa R en México en el 2011, es el único que refiere trastornos esquizofreniformes (17).

Con respecto a las consecuencias o interferencias en la vida social que se afectan por el TOC, sea en el entorno social (vida en comunidad), escolar y en el hogar, el presente estudio encontró que el 23% de los pacientes reportaron disfunción en al menos un área de su vida personal, el 77% de los pacientes paralelamente reportó disfunción escolar, social y familiar. El estudio colombiano realizado en el 2013 refiere que en un 35% de casos el TOC interfería y dificultaba en paralelo la vida en el entorno escolar y entorno social, un 65% tenía una mayor dificultad en tener amigos y el 85% tenía un rendimiento escolar bueno o regular (18).

Mientras que Vásquez R, y Salcedo M, reportaron que 73/88 (82.9%) de niños y adolescentes con TOC tuvieron un buen y regular desempeño escolar, pero el 65% de ellos tenían dificultad para tener amigos (16). Ballesteros A, y Ulloa R, en el estudio realizado en México durante el 2011 reportaron que el 61% de los pacientes presentaron interferencias en al menos un área, el 26% presentó disfunción en el entorno escolar, el 33% en su entorno social o comunitario y el 43% en el ambiente del hogar (17). La característica consecuencias o interferencias en la vida social son referida por el presente estudio y también por los diversos estudios, pero hay diferencias en magnitud, en ámbitos afectados: sea en el entorno familiar, escolar y comunitario.

Con respecto a la sintomatología del TOC, un signo importante son los pensamientos repetitivos, presentes en el 93% de participantes en el presente estudio, pensamiento pseudopsicóticos sobre el riesgo de muerte para sí mismo o para su madre o padre, pensamientos agresivos (agredir o matar a otros o de autoagresión), el 27 % de niños del estudio se autolesionaban, pensamientos de

contaminación, pensamientos sexuales, religiosos, racistas, entre otros. Dichos temores empeoran el TOC y a su vez, este hace empeorar sus propios síntomas, generando un círculo que empeora el cuadro general de la enfermedad. Un intenso temor estuvo presente en el 83% de los participantes en el presente estudio, los principales motivos en orden de frecuencia es el miedo a la contaminación, miedo a la soledad, a la enfermedad, a no tener amigos, entre otros motivos. Las obsesiones relacionadas al miedo a la contaminación estuvieron presentes en el 60% de pacientes, asociando esta contaminación a medicamentos, polvo, moscas y/o motivos religiosos.

Al respecto, el estudio realizado en Bangladesh por Chowdhury R, et al. en el 2016 reportó 66.7% de obsesiones por contaminación, seguida de un 56.7% de obsesiones por diversos motivos, destacando un 30% de obsesiones de tipo religioso, agregan los autores que, según grupos etarios, en los niños menores de doce años, en el 71% las obsesiones de contaminación fueron más frecuentes, mientras que en los adolescentes según frecuencia, primero, las obsesiones según motivos diversos (64%), seguidas de obsesiones religiosas (36%) y obsesiones agresivas (25.6%) (14).

Ballesteros A y Ulloa R, en México, en 2011, refirieron que en el 60% presentó obsesiones de contaminación que incluso generaron en algunas pacientes enuresis y encopresis, así como rituales (ir diariamente al baño en determinada hora), un 58% presentó obsesiones de agresión, seguidas en menor frecuencia por las obsesiones somáticas, de simetría, de limpieza, de repetición, entre otras de diversos temas (17). En el mismo sentido, Vivar R, et al., en el Perú, en el 2009 refirieron que las obsesiones de agresión estuvieron en el 66% de casos; las obsesiones de contaminación en el 60%, las de contenido sexual en 28% y en frecuencias menores siguieron las obsesiones de duda patológica, de contenido religioso, las supersticiosas, las de tipo somáticas y otras de diferentes motivos; agregan los autores que en el 72% tuvo al menos de dos obsesiones, el 25% tuvo una obsesión, el 38% tuvo dos obsesiones, el 31% tuvo tres y solo un 5% tuvo cuatro obsesiones, el número promedio de obsesiones fue dos (19).

Las obsesiones son un síntoma típico de los TOC en niños y adolescentes, todos los estudios revisados y el presente estudio las reportaron, si bien hay diferencias en el tipo de obsesiones reportadas, una de las más frecuentes son las obsesiones de contaminación, tal como se detalla en líneas arriba; por lo tanto, las obsesiones son una de las características clínicas del TOC en niños y adolescentes.

Otro signo de los TOC son los rituales, en el presente estudio, el 54% de la población tenía comportamientos compulsivos, uno de los más frecuentes fue lavarse las manos 6, 8, 10, 15 o 20 veces al día, bañarse cada vez que tocan a alguien, lavado repetido de la ropa que usó, taparse la boca, tocarse repetidamente el rostro o sus órganos sexuales, entre otros. Las compulsiones de agresividad, presentes en el 36% de los niños y adolescentes participantes en el presente estudio, cuando le contrariaba alguna situación: alimentos servidos en platos diferentes, entre otras, o simplemente se le contradecía. Al respecto, el estudio realizado en Bangladesh, Chowdhury R et al., en 2016, reportó 65% de compulsiones de lavado y limpieza, seguida de un 50% de compulsiones de vigilancia (cerrar o abrir puertas y ventanas) (14).

El estudio de Ballesteros A, y Ulloa R, realizado en México en el 2011, quienes analizaron el TOC según tipo, refirieron que encontraron diferencias significativas respecto a la frecuencia de rituales, en el TOC grave en el 45% se presentaron rituales, a diferencia del 4% de rituales en el TOC de leve a moderado ($p: 0.001$), también refieren que si bien, el TOC grave era de menor duración respecto al TOC leve a moderado, las compulsiones (de revisión, de repetición) ($:0.001$) y los rituales incluyendo a otros (0.049) habían estado presentes por más tiempo en el TOC grave, ambos síntomas: las compulsiones de contar ($p:0.01$) y los rituales ($p:0.000$), según análisis de varianza univariado tenían asociación significativa con TOC grave, sin embargo por análisis de regresión lineal, los rituales fueron la única variable predictor de la gravedad del TOC ($p<0.001$) (17).

En el mismo sentido Vivar R, en Perú, en 2009, refiere respecto a las compulsiones que, el 57% presentó compulsiones de limpieza, el 28% tenía rituales involucrando a otros, el 24% rituales de repetición, compulsiones de chequeo y conducta supersticiosa en el 23%, 19% correspondía a rituales mentales, el 14% a las

compulsiones de ordenamiento y seguidas de otras con motivos diversos; agregan los autores que en el 72% tuvo al menos de dos compulsiones, el 28% presentó una compulsión, el 48% dos compulsiones, el 20% tres compulsiones y el 4% cuatro y el número promedio de compulsiones fueron dos (19).

El estudio de caso referido por Contreras A, en Perú, en 2010, refería que el caso, un niño de cinco años presentaba. comportamientos compulsivos y rituales que incluían a otros, comportamientos violentos y cambios repentinos de humor (22). Vivar R et al. en el Perú, en el 2009 correlacionaron las obsesiones y las compulsiones y reportaron que en el 53% de casos con obsesiones de contaminación se correspondía con compulsiones de limpieza y 19% tenían rituales involucrando a otros; en el grupo de pacientes con obsesiones de agresión se observó que el 20% tenía rituales de repetición, otro 20% con compulsiones de chequeo y un 17% con conductas supersticiosas (19). En el presente estudio, las obsesiones relacionadas al miedo a la contaminación estuvieron presentes en el 60% de pacientes, lo que se correspondía con el 54% de casos que tenía comportamientos compulsivos, siendo la compulsión de limpieza la más frecuente (lavado de manos 6, 8, 10, 15 o 20 veces al día, bañarse cada vez que tocan a alguien, lavado repetido de la ropa que usó, entre las principales conductas.

Las compulsiones y los rituales son síntomas típicos de los TOC en niños y adolescentes, todos los estudios revisados y el presente estudio las reportaron, si bien hay diferencias en el tipo de comportamientos compulsivos reportados, uno de las más frecuentes son las compulsiones de limpieza (lavado de manos a repetición, baño frecuentes cada vez que lo tocan), y demás conductas repetitivas rituales; por lo tanto, las compulsiones y los rituales características clínicas del TOC en niños y adolescentes.

Como se aprecia, la mayoría de los estudios refieren como signos típicos de enfermedad, las obsesiones, compulsiones que generan temores intensos, cambios repentinos de humor y rituales que pudieran involucrar a otros, lo cual frecuentemente afectará alguna de las áreas de la vida social, sea la actividad social comunitaria, la vida escolar o la convivencia familiar. Será necesario mayores estudios que expliquen la asociación entre obsesiones, compulsiones y rituales que

involucren a otros según gravedad o no del TOC. También se requerirá indagar más en la relación de correspondencia entre obsesiones y compulsiones según tipo; así como relacionar las características del cuadro clínico con los cambios en la vida social y mejor aún con los factores sociales en los que se desarrollan estos niños afectados de TOC.

En el presente estudio, el medicamento básico del tratamiento fue la sertralina, fue prescrito en el 21% de pacientes. Debido a las comorbilidades psiquiátricas, usualmente presentes en este tipo de pacientes, en el hospital Víctor Larco Herrera se usa frecuentemente combinación de fármacos, la segunda terapia más prescrita es la sertralina más risperidona que es un antipsicótico y fue administrada al 15% de la población del estudio y una tercera combinación de fármacos es la sertralina más clonazepam, ésta última es un benzodiacepina con propiedades ansiolíticas, administrada en otro 15% de pacientes.

Otras combinaciones también utilizadas, incluyen a sedantes u otro fármaco psiquiátrico, dependiendo de la comorbilidad. Vásquez R, y Salcedo M, en el estudio realizado en Colombia en el 2013 refirieron que el 34% de los casos requirieron un seguimiento mayor de un año, que en el 34% el primer síntoma que mejoró fue la ansiedad y que el 54% tuvo un importante reporte de mejoría en su última consulta (16).

La revisión realizada por Krebs G, y Heyman I, en el 2014 sostiene que los tratamientos recomendados son: las terapias conductuales y medicamentos inhibidores de la serotonina (15), se requieren más investigaciones relacionadas a los factores asociados a la resistencia al tratamiento. De acuerdo a las guías de la referencia se tiene que el objetivo del tratamiento es reducir los síntomas, por lo tanto, se tiene que tener en cuenta la respuesta de remisión y de recuperación. Para ello, se recomienda medir los síntomas de manera cuantitativa para evaluar el resultado de los tratamientos. No solo se debe disminuir los síntomas sino también la calidad de vida. Se recomienda para ello terapia psicológica y farmacológica. En el tratamiento conductual la intervención debe ser individual y familiar con participación activa de los padres. En el farmacológico se recomienda

los inhibidores selectivos de la serotonina como la fluoxetina, sertralina, paroxetina y fluvoxamina son los más recomendados (23) (24).

Una de las fortalezas de nuestro estudio es que no existen trabajos de investigación actuales de TOC en niños y adolescentes en el Perú y por lo tanto los resultados de este trabajo pueden servir de referencia para trabajos futuros que ahonden sobre el tema.

Una limitación es el diseño descriptivo, sin embargo, los resultados que se obtuvieron respecto a las frecuencias podrían ser utilizados como hipótesis para estudios analíticos donde se demuestren asociación tanto de factores de riesgo como de efectividad en el tratamiento. Otra limitación es el hecho de ser un estudio transversal en el cual se recolectó la información de las historias clínicas con diagnósticos clínicos sin el uso de instrumentos con escalas de medición cuantitativas que se hacen en estudios prospectivos (17). En futuros estudios se requerirá investigar en los pacientes con las escalas validadas.

CONCLUSIONES

Las características sociodemográficas-epidemiológicas más frecuentes encontradas en el paciente niño o adolescente con TOC es ser del sexo masculino, tener entre 11 y 12 años y tener dentro de sus antecedentes familiares, al menos un familiar con patología de salud mental, características que también han sido referidas por diferentes investigaciones.

El 85% de la población estudiada fueron niños y niñas de 12 años a más, lo que muestra que acceden tardíamente a la atención profesional, a pesar de que, la mayoría refirió el inicio de la sintomatología entre los 6 y 10 años.

Las características clínicas más frecuentes halladas son: las obsesiones y compulsiones, que generan temores intensos, cambios repentinos de humor, rituales que pueden involucrar a otros y que interferirán con al menos un área de la vida social del afectado de TOC, sea en la vida social comunitaria, en el espacio escolar y/o en la convivencia familiar.

El 77% de esta población presenta comorbilidades, siendo el trastorno de ansiedad generalizada (TAG), el más frecuente.

El tratamiento farmacológico usado en el Hospital Víctor Larco Herrera, fue la sertralina (21%), como estos pacientes no solo presentan TOC sino que están acompañados por otras comorbilidades, este medicamento es usado con otros fármacos, siendo la sertralina mas risperidona el segundo más usado (15%) en esta población.

RECOMENDACIONES

Se requiere investigaciones de tipo explicativas que midan la fuerza de asociación de los factores epidemiológicos identificados en el presente estudio, es decir, analizar, la relación entre TOC en niños y adolescente y la presencia de los factores: ser del sexo masculino, tener entre 11 y 12 años y tener al menos un familiar con algún tipo de patología psiquiátrica.

Se requiere estudios que describan y expliquen características tales como: procedencia urbana, características familiares y sociales y la relación con la presencia de TOC.

Se requieren estudios relacionados al curso, duración y síntomas clínicos de la enfermedad, la asociación entre obsesiones y compulsiones, relacionando sus características y correspondencias, con tipos de TOC sea leve, moderado o grave, lo que requeriría tipificar los trastornos obsesivo-compulsivos (TOC) según la escala CY-BOCS (herramienta validada en el Perú), lo que permitiría orientar mejor el tratamiento e incrementar las posibilidades de predecir el pronóstico.

FUENTES DE INFORMACION

1. Rodríguez J, Kohn R, Aguilar S. Epidemiología de los trastornos mentales en América Latina y el Caribe. Informe técnico. Washington, DC, EUA: Organización Panamericana de la Salud, Programa Global de Acción en Salud Mental; 2009. Report No.: Publicación Científica y Técnica No. 632.
2. Fundación Alicia Koplowitz. Libro Blanco de la psiquiatría del niño y del adolescente. [Online].; 2014 [cited 2017 sept 13. Available from: <https://www.fundacionaliciakoplowitz.org/wp-content/uploads/2018/12/libroblanco.pdf>.
3. Tapia R. La salud mental en el Perú. Marco normativo nacional y Legislación comparada. Informe Temático. Lima: Congreso de la República, Departamento de Investigación y Documentación Parlamentaria; 2018. Report No.: N14/2017-2018.
4. Ulloa Flores E, Palacios cruz L, Sauer Vera T. Trastorno obsesivo-compulsivo en niños y adolescentes: una revisión del tratamiento. Salud Mental. 2011; 34(415-420).
5. Blair H, Stein M, Hermann R. Obsessive-compulsive disorder in adults: Epidemiology, pathogenesis, clinical manifestations, course, and diagnosis. This topic last updated. 2017 oct.
6. Rosemberg D, Brent D, Hermann R. Obsessive-compulsive disorder in children and adolescents: Epidemiology, pathogenesis, clinical manifestations, course, assessment, and diagnosis. This topic last updated. 2019 jun.
7. National Alliance on Mental Illness. Obsessive-compulsive Disorder. [Online].; 2017 [cited 2017 set 13. Available from: National Alliance on Mental Illness.
8. Centro de Prensa Instituto Nacional de Salud Mental Honorio Delgado-Hideyo Noguchi. Sala de prensa Virtual: Uno de cada ocho niños y adolescentes presentarán un problema de salud mental. [Online].; 2012 [cited 2017 sept 12. Available: <http://www.insm.gob.pe/oficinas/comunicaciones/notasdeprensa/2012/011.html>
9. Instituto Nacional de Estadística e Informática. Perú: Indicadores de violencia familiar y sexual 2009-2018. Informe Técnico. Lima: INEI; 2018. Report No.: https://www.inei.gob.pe/media/MenuRecursivo/publicaciones_digitales/Est/Lib1584/libro.pdf.

10. Ministerio de Salud. Minsa: Adicción a videojuegos se inicia desde los 7 años. [Online].; 2014 [cited 2019 ag 15. Available from: <https://peru21.pe/lima/minsa-adiccion-videojuegos-inicia-7-anos-143319>.
11. Sausa M. Violencia escolar en Perú va en aumento: En 2017 hubo 5,591 denuncias. [Online].; 2018 [cited 2019 ag 15. Available from: <https://peru21.pe/peru/violencia-escolar-peru-aumento-2017-hubo-5-591-denuncias-informe-398961>.
12. Costa G, Romero C. ¿Quiénes son delincuentes en el Perú y Por Qué? informe técnico. Lima: PNUD; 2014. Report No.: https://www.defensoria.gob.pe/blog/wp-content/dp_uploads/quienes-son-delincuentes-en-el-peru.pdf.
13. Rodríguez Biglieri R. Calidad de Vida en pacientes con Trastorno Obsesivo Compulsivo: Una revisión. Revista Argentina Clínica Psicológica. 2013; XXII(139-146).
14. Chowdhury H, Mullick M, Arafat Y. Clinical Profile and Comorbidity of Obsessive-Compulsive Disorder among Children and Adolescents: A Cross-Sectional Observation in Bangladesh. Psychiatry Journal. 2016 nov; 2016(Article ID 9029630, 7 pages).
15. Krebs G, Heyman I. Obsessive-compulsive disorder in children and adolescents. Arch Dis Child. 2015 may; 100(5: 495-499).
16. 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 oct-dic; 60(4: 285-291).
17. Ballesteros A, Ulloa R. Estudio comparativo de las características clínicas, demográficas y el funcionamiento familiar en niños y adolescentes con trastorno obsesivo-compulsivo leve a moderado vs. grave. Salud Mental. 2011; 34(121-128).
18. Navarro A, Rueda G, Camacho P, Franco J, Escobar M, Diaz L. Prevalencia de trastorno obsesivo compulsivo en adolescentes colombianos y su asociación con la doble condición de trabajo y estudio. Revista Colombiana de Psiquiatría. 2011 jun; 40(2:279-288).

19. Vivar R, Pacheco Z, Adrianzen C, Macciotta B, Morón G. Estudio fenomenológico en 90 pacientes menores de 18 años con trastorno obsesivo compulsivo. Rev. peru. pediatr. 2009; 62(1: 42-48).
20. Hospital Víctor Larco Herrera. Estadísticas del HVLH. [Online].; 2014-2015 [cited 2017 nov 18. Available from: <https://www.larcoherrera.gob.pe/estadisticas.html>.
21. Adrianzén C, Pacheco Z, Vivar R, Macciotta B. Validez y confiabilidad de la Escala de Yale Brown versión niños y adolescentes (cy-bocs) en el Perú. Rev Peru Pediatric. 2008 en-mar; 61(1: 68-75).
Contreras A. Trastorno obsesivo-compulsivo infantil: A propósito de un caso de inicio temprano. Rev de neuro psiquiatría. 2010; 73(2: 66-73).
23. Arroyo Lopez N, Bobadilla Gonzalez I, Bravo Sánchez M, García Delgar B, Jimenez Cabré G, De Matteis M. GUÍA DE TRATAMIENTO DEL TRASTORNO OBSESIVO COMPULSIVO EN NIÑOS Y ADOLESCENTES Barcelona: Cibersam Centro de Investigación Biomédica; 2017.
24. CDC. GUÍA SOBRE TOC PARA PADRES USA C, editor. Chicago; 2017.

ANEXOS

1. Instrumento de recolección de datos

<p style="text-align: center;">UNIVERSIDAD DE SAN MARTÍN DE PORRES FACULTAD DE MEDICINA HUMANA CARACTERÍSTICAS CLINICOEPIDEMIOLÓGICAS EN LOS TRASTORNOS MENTALES EN NIÑOS Y ADOLESCENTES</p> <p>H. CLÍNICA DEL PACIENTE:</p> <p>FILIACIÓN</p> <ul style="list-style-type: none">• Sexo: Masculino (1) (<input type="checkbox"/>) Femenino (2) (<input type="checkbox"/>) Edad:• Religión: Católico (1) (<input type="checkbox"/>) Cristiano (2) (<input type="checkbox"/>) Evangélico (3) (<input type="checkbox"/>) Otros (4) (<input type="checkbox"/>)• Lugar de procedencia: Lima (1) (<input type="checkbox"/>) Costa (2) (<input type="checkbox"/>) Sierra (3) (<input type="checkbox"/>) Selva (4) (<input type="checkbox"/>)• Lengua materna: Español (1) (<input type="checkbox"/>) Quechua (2) (<input type="checkbox"/>) Aimara (3) (<input type="checkbox"/>)• Grado de instrucción del paciente: Analfabeto (1) (<input type="checkbox"/>) Inicial (2) (<input type="checkbox"/>) Primaria (3) (<input type="checkbox"/>) Secundaria (4) (<input type="checkbox"/>) Superior (5) <p>ANTECEDENTES PERSONALES</p> <ul style="list-style-type: none">• Tipo de parto: Eutócico (1) (<input type="checkbox"/>) Cesárea (2) (<input type="checkbox"/>)• Peso al nacer:• Antecedentes patológicos: Sí (1) (<input type="checkbox"/>) No (2) (<input type="checkbox"/>) Cual: <p>ANTECEDENTES FAMILIARES</p> <ul style="list-style-type: none">• Estado civil de los padres: Soltero (1) (<input type="checkbox"/>) Conviviente (2) (<input type="checkbox"/>) Casado (3) (<input type="checkbox"/>) Separado (4) (<input type="checkbox"/>) Viudo (5) (<input type="checkbox"/>) Divorciado (6) (<input type="checkbox"/>)• Ocupación del padre: Ocupación de la madre:.....• Grado de instrucción de la madre: Analfabeto (1) (<input type="checkbox"/>) (<input type="checkbox"/>) Primaria (2) (<input type="checkbox"/>) Secundaria (3) (<input type="checkbox"/>) Superior (4) (<input type="checkbox"/>) Técnico superior (5) (<input type="checkbox"/>)• Grado de instrucción del padre: Analfabeto (1) (<input type="checkbox"/>) (<input type="checkbox"/>) Primaria (2) (<input type="checkbox"/>) Secundaria (3) (<input type="checkbox"/>) Superior (4) (<input type="checkbox"/>) Técnico superior (5) (<input type="checkbox"/>) <p>• ANTECEDENTES DE TRASTORNOS PSQUIÁTRICOS EN LA FAMILIA</p> <p>Sí (1) (<input type="checkbox"/>) No (2) (<input type="checkbox"/>) Cual:</p>

FUNCIONES BIOLÓGICAS

- Altura:
- Peso:
- Cambios en el apetito: Sí (1) () No (2) () Cuales:
- Cambios en el sueño: Sí (1) () No (2) () Cuales:

CUADRO CLÍNICO

- Tiempo de enfermedad:
- Edad de presentación de los síntomas de TOC (primera vez):
- Problemas en diferentes ocasiones: colegio (1) () casa (2) () compañeros (3) () todas (4) () ninguna (5) ()
- Aislamiento social: Sí (1) () No (1) ()
- Habla solo: Sí (1) () No (2) ()
- Signos de hacerse daño a sí mismo: Sí (1) () No (2) ()
- Temores: Sí (1) () No (2) () Cuáles:
- Ansiedad: Sí (1) () No (2) ()
- Pensamientos repetitivos: Sí (1) () No (2) () Cuáles:

OBSESIONES

- Miedo a la contaminación: Sí (1) () No (2) () Qué tipo:

COMPULSIONES

- Repetidos rituales: Sí (1) () No (2) () Cuáles:
- Otras compulsiones: Sí (1) () No (1) () Cuáles:
- Otras obsesiones: Sí (1) () No (1) () Cuales:

COMORBILIDADES: Sí (1) () No (2) () Cuales:

TRATAMIENTO: Sí (1) () No (2) () Cuales: