

Influencia de dimensiones cognitivas y rasgos de personalidad en las interacciones sociales con pares de niños con Trastorno Obsesivo-Compulsivo (TOC)

[Influence of the dimensions of cognitive and personality characteristics in the interpeer relationships in children with Obsessive-Compulsive Disorder (ODD)]

[Influência das dimensões cognitivas e traços de personalidade nas interações sociais com pares das crianças com Transtorno Obsessivo-Compulsivo (TOC)]

Tania Borda, Teresa Vecchia, Stephanie Mazás,

Paula Salvador y Ricardo Perez Rivera

Resumen

Numerosas investigaciones resaltan la importancia de estudiar el desarrollo psicosocial de los niños, especialmente en aquellos casos que presentan Trastornos de Ansiedad o Trastornos de la Conducta. Sin embargo, se ha prestado poca atención al desarrollo de las interacciones sociales con pares en niños que padecen de Trastorno Obsesivo-Compulsivo (TOC). El presente artículo tiene como objetivo examinar el patrón de las relaciones de amistad, sus rasgos de personalidad y la importancia relativa de cada creencia disfuncional, en niños con TOC de diferentes niveles de severidad y dimensiones sintomáticas. Además, las relaciones interpersonales, el perfil cognitivo y los rasgos de personalidad serán comparados con un grupo control de características epidemiológicas similares. Los niños de 11 a 15 años fueron evaluados con escalas de amplio reconocimiento clínico y en investigación, a saber: diagnósticas (ADIS y CY-BOCS), de calidad de vida (SDIC) y específicas a la variable relaciones interpersonales (BPQ), creencias disfuncionales (OBQ-CV) y características de personalidad (PID-5-BF). Al igual que ya fuera publicado por nuestro grupo, los resultados demuestran un patrón específico de interacción con pares independiente del nivel de severidad del TOC. Se observa una correlación significativa con la intolerancia a la incertidumbre, necesidad de control y la importancia de los pensamientos, rasgos de retraimiento, afecto negativo y psicoticismo en los niños con TOC. De gran implicancia clínica y terapéutica es el deseo que expresan los niños con TOC de tener más amistades.

Palabras clave: niños - Trastorno Obsesivo-Compulsivo - relación con pares

Abstract

A large body of research has highlighted the importance of studying the psychosocial development of children, especially in cases of anxiety disorders or conduct disorders.

However, little attention has been paid to the development of social interactions with peers in children suffering from Obsessive-Compulsive Disorder (OCD). This article aims to continue studying the relationship with peers by assessing the cognitive profile and personality traits in children with OCD in school age in comparison with a control group of similar epidemiologic features. Children between 11 and 15 years-old were evaluated with scales of broad clinical and research recognition, namely: diagnostic (ADIS and CY-BOCS), quality of life (DSCI) and the variable specific to interpersonal relationships (BPQ), dysfunctional beliefs (OBQ-CV) and personality characteristics (PID-5-BF). In concordance with other article published by our group, the results show a specific pattern of interaction with peers, independent of the level of severity of their OCD. There is a significant correlation with the intolerance of uncertainty, the need for control and the importance of thoughts, traits of withdrawal, negative affect and psychoticism in children with OCD. It is of great clinical and therapeutic implication the desire expressed by the children with OCD to have more friends.

Keywords: children - Obsessive-Compulsive Disorder - relationship with peers

Resumo

Numerosas pesquisas ressaltam a importância de se estudar o desenvolvimento psicossocial das crianças, especialmente em aqueles casos com Transtornos de Ansiedade ou Distúrbios de comportamento. No entanto, pouca atenção tem sido dada para o desenvolvimento das interações sociais com os pares em crianças com Transtorno Obsessivo-Compulsivo (TOC). Este artigo tem por objetivo analisar o padrão de relações amistosas, seus traços de personalidade e a importância relativa de cada crença disfuncional, em crianças com TOC de diferentes níveis de dimensões e gravidade sintomáticas. Além disso, as relações interpessoais, o perfil cognitivo e os traços de personalidade serão comparados com um grupo de controle de características epidemiológicas semelhantes. Todas as crianças dos 11 aos 15 anos foram avaliadas com escalas de amplo reconhecimento clínico e de pesquisa, ou seja, diagnósticas (ADIS e CY-BOCS), de qualidade de vida (SDIC) e específicas à variável relações interpessoais (BPQ), crenças disfuncionais (OBQ-CV) e características de personalidade (PID-5-BF). Como já foram publicados pelo nosso grupo, os resultados mostram um padrão específico de interação com os pares, independente do nível de gravidade do TOC. Observa-se uma correlação significativa com a intolerância à incerteza, necessidade de controle e a importância dos pensamentos, traços de retraimento, afeto negativo e psicoticismo em crianças com TOC. De grandes implicações clínicas e terapêuticas é o desejo expresso pelas crianças com TOC de ter mais amigos.

Palavras-chave: crianças - Transtorno Obsessivo-Compulsivo - relação entre pares

Introducción

El TOC es una condición psiquiátrica caracterizada por obsesiones y/o compulsiones recurrentes que causan un deterioro significativo o malestar.¹ Los pacientes con TOC describen una repentina intrusión en la conciencia

¹ E. Nakatani, G. Krebs, N. Micali, C. Turner, I. Heyman y D. Mataix-Cols, "Children with very early onset obsessive-compulsive disorder: clinical features and treatment outcome", *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 52, n° 12 (2011): 1261-1268.

de pensamientos no deseados o imágenes desagradables. Con frecuencia, estas obsesiones van acompañadas de un profundo sentido de temor y de la necesidad imperiosa de realizar ciertas conductas específicas para neutralizar ese malestar. Las compulsiones son actos abiertos o encubiertos, repetitivos y/o dominados por ciertas reglas propias, que el individuo siente la necesidad de completar, a pesar de que estos actos son en muchos casos percibidos como excesivos o ilógicos.²

Aunque el TOC se consideró alguna vez relativamente raro en la infancia, las estimaciones actuales sugieren que más de la mitad de los adultos con TOC han iniciado sus síntomas durante la infancia y/o adolescencia³ y la evidencia sugiere que el TOC pediátrico puede predecir la morbilidad de adultos.⁴ La prevalencia del TOC en la población en general de niños y adolescentes va del 1 al 3%.⁵ Más aún, otro estudio realizado en sujetos entre 5-15 años de edad, estima un aumento exponencial en la prevalencia en función de la edad, desde 0.026% entre 5-7 años al 63% entre 13-15 años de edad.⁶ Con respecto a la diferencia de géneros, la prevalencia del TOC pediátrico es de 3:2 a 2:1 con preponderancia masculina y aumento del riesgo de comorbilidad con trastornos de tics, incluyendo el Síndrome de Tourette⁷ Las obsesiones más frecuentes en los niños son el miedo a la suciedad o los gérmenes, el peligro para sí mismo o un ser querido, la simetría o la exactitud, somáticos, religiosos, y las obsesiones sexuales. Las compulsiones más comunes consisten en el ritual de lavado, repetición, verificación, tocar, contar, ordenar, y la acumulación.⁸

² J. S. Abramowitz, *Obsessive-Compulsive Disorder. Advances in psychotherapy* (Cambridge: Hogrefe & Huber publishers, 2006).

³ N. Chabane, R. Delorme, B. Millet, M. C. Mouren, M. Leboyer y D. Pauls, "Early-onset obsessive-compulsive disorder: a subgroup with a specific clinical and familial pattern?", *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 46, n° 8 (2005): 881-887; D. Geller, J. Beiderman, J. Jones, K. Park, B. A. Schwartz, S. Shapiro y B. Coffey, "Is juvenile obsessive-compulsive disorder a developmental subtype of the disorder? A review of pediatric literature", *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 37, n° 4 (1998): 420-427.

⁴ A. K. Langeley, A. B. Lewin, R. L. Bergman, J. C. Lee y J. Piacentini, "Correlates of comorbid anxiety and externalizing disorders in childhood obsessive compulsive disorder", *European Child and Adolescent Psychiatry*, 19, n° 8 (2010): 637-645.

⁵ L. A. Valleni-Basile, C. Garrison, J. L. Waller, C. L. Addy, R. E. McKeown, K. L. Jackson y S. P. Cuffe, "Incidence of obsessive-compulsive disorder in a community sample of young adolescents", *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 35 (1996): 898-906.

⁶ M. F. Flament, D. Geller, M. Irak y P. Blier, "Specificities of treatment in pediatric obsessive-compulsive disorder", *CNS Spectrum*, 12 (2007): 43-58.

⁷ A. H. Zohar, "The epidemiology of obsessive compulsive disorder in children and adolescents", *Child and Adolescent Psychiatric Clinics of North America*, 8 n° 3 (1999): 445-460.

⁸ A. Pinto Wagner, *Treatment of OCD in children and adolescents: a CBT manual*. New York: Lighthouse Press Inc., 2003.

La observación clínica ofrece pruebas convincentes de que el TOC pediátrico puede ser una condición debilitante.⁹ Sin embargo, el examen empírico del rango y grado de disfuncionalidad es escaso,¹⁰ y la mayoría de las investigaciones existentes han sido llevadas a cabo en población adulta.¹¹

Los principales modelos cognitivos del TOC, postulan que las personas que poseen ciertas creencias disfuncionales, valorarán la ocurrencia de los pensamientos intrusivos (comunes en la mayoría de los individuos) como algo altamente significativo.¹² En opinión de expertos en este trastorno (OC-CWG, 1997) las creencias obsesivas de perfeccionismo¹³ y la fusión acción pensamiento¹⁴ están fuertemente relacionadas con los síntomas obsesivos compulsivos. Asimismo, existe una relación significativa entre medidas de creencias disfuncionales y medidas de síntomas obsesivo-compulsivos en niños.¹⁵

En cuanto al aspecto emocional, los niños con TOC pueden quedar atrapados en la confusión, el enojo, la culpa, el aislamiento, la vergüenza y la tristeza. Los niños con TOC no son fácilmente comprendidos por sus padres, maestros, hermanos y amigos, quienes pueden creer que los rituales son tontos, los miedos no tienen sentido, que la disminución en el rendimiento, las exigencias rígidas y las rabietas, no son más que el reflejo de pereza o falta de cooperación voluntaria.¹⁶

⁹ J. Toro, M. Cervera, E. Osejo y M. Salameró, "Obsessive-compulsive disorder in childhood and adolescence: A clinical study", *Journal of Child Psychology & Psychiatry*, 33, n° 6 (1992): 1025-1037.

¹⁰ J. Piacentini, R. L. Bergman, M. Keller y J. McCracken, "Functional impairment in children and adolescents with obsessive-compulsive disorder", *Journal of Child & Adolescent Psychopharmacology*, 13 (2003): 61-69; E. Storch, D. Ledley, A. Lewin, T. Murphy, N. Johns, W. Goodman y G. Geffken, "Peer victimization in children with obsessive-compulsive disorder: Relations with symptoms of psychopathology", *Journal of Clinical Child and Adolescent Psychology*, 35, n° 3 (2006): 446-455.

¹¹ J. Piacentini, T. S. Peris, R. L. Bergman, S. Chang y M. Jaffer, "Functional impairment in childhood OCD: development and psychometric properties of the Child Obsessive-Compulsive Impact Scale-Revised (COIS-R)", *Journal of Clinical Child and Adolescent Psychology*, 36, n° 4 (2003): 645-653.

¹² R. Arjona, A. Gody Avila, P. Romero Sanchiz, A. Lazaro y M. Cobos Alvarez, "Propiedades Psicométricas de la versión española del Obsessive Belief Questionnaire-Children Version (OBQ-CV) en una muestra no clínica", *Psichotbema*, 24, n° 4 (2012): 674-679.

¹³ C. Pourdon, M. Antony y R. Swinson, "Psychometric properties of the Frost Multidimensional Perfectionism Scale in a clinical anxiety disorders sample", *Journal of Clinical Psychology*, 55 (1999): 1271-1286.

¹⁴ P. Muris, C. Meesters, E. Rassin, H. Merckelbach y J. Campbell, "Thought-action fusion and anxiety disorders symptoms in normal adolescents", *Behavior Research and Therapy*, 39 (2011): 843-852.

¹⁵ Pinto Wagner, *Treatment of OCD in children and adolescents: a CBT manual*.

¹⁶ *Ibid.*

La sociabilidad se define como la preferencia por la afiliación y el compañerismo en lugar de la soledad.¹⁷ Las amistades juegan un papel central en las relaciones de los niños ya que proporcionan un contexto fundamental para su desarrollo.¹⁸ Durante las últimas dos décadas, se ha demostrado, que a menos que los niños alcancen una competencia social mínima a la edad de 6 años, tienen una alta probabilidad de estar en riesgo de padecer alguna patología mental en la edad adulta en varias formas.¹⁹ En una revisión meta-analítica,²⁰ encontraron correlaciones medias positivas entre la victimización entre pares y la depresión ($r = ,45$), la ansiedad ($r = ,25$), y la soledad ($r = ,32$).

Pocos estudios han abordado empíricamente el déficit de Habilidades Sociales en niños con TOC. Geller y colaboradores²¹ comparan el comportamiento de niños: (1) con TOC con el Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad (TDAH), (2) TOC sin TDAH, (3) TDAH sin TOC, (4) los controles de una clínica de pediatría general. Los resultados indicaron que los jóvenes con TOC con TDAH tuvieron una mayor puntuación en los ítems de problemas sociales, problemas de atención y comportamiento delictivo y agresivo, y menor puntuación en los ítems de la escuela y competencia social, en comparación con los sujetos con TOC sin TDAH. Otra importante investigación²² proporcionó datos sobre la victimización de pares en niños y adolescentes con diferentes niveles y diferentes presentaciones clínicas de este trastorno, en comparación con niños con Diabetes tipo I.

Conocer en detalle dificultades específicas del TOC, permite diseñar estrategias únicas de intervención clínica. Por, tanto, la presente investigación tiene por propósito examinar el patrón de las relaciones de amistad, sus rasgos de personalidad y la importancia relativa de cada creencia disfuncional, en niños con TOC de diferentes niveles de severidad y dimensiones

¹⁷ D. C. Beidel y S. M. Turner, *Sly Children, Phobic Adults* (Washington DC: American Psychological Association, 1999).

¹⁸ A. H. Buss y R. Plomin, *Temperament: Early developing personality traits* (Hillsdale, New Jersey: Erlbaum, 1984).

¹⁹ G. W. Ladd, "Having friends, keeping friends, making friends and being liked by peers in the classroom: predictors of children's early school adjustment?", *Child Development*, 61, n° 4 (1990): 1081-1100.

²⁰ D. S. Hawker y M. J. Boulton, "Twenty years' research on peer victimization and psychosocial adjustment: A meta-analytic review of cross-sectional studies", *Journal of Child Psychology & Psychiatry*, 41 (2000): 441-455.

²¹ Geller et al., "Is juvenile obsessive-compulsive disorder a developmental subtype of the disorder? A review of pediatric literature".

²² K. Bjorkqvist, K. Ekman y K. Lagerspetz, "Bullies and victims: Their ego picture, ideal ego picture and normative ego picture", *Scandinavian Journal of Psychology*, 23 (1982): 307-313.

sintomáticas. Específicamente, en un trabajo anterior²³ se ha sustentado empíricamente la principal hipótesis: los niños con TOC mostraron un patrón más pobre de interacciones sociales con pares en comparación con niños de edad similar no-clínicos. Se caracterizaron las relaciones con pares como diádicas, con una estabilidad superior a la esperable por su edad, preferían la interacción con adultos y los juegos reglados. Asimismo, se caracterizó ese vínculo con pares: los niños con TOC se identificaron frecuentemente como víctimas de las relaciones sociales, no declararon acometer conductas de acoso a otros niños y se consideraron menos cooperativos y pro-sociales en comparación con niños de edad similar no-clínicos. Continuando esta línea de investigación, se hipotetiza que la creencia distorsionada de perfeccionismo y la dimensión de retraimiento, serán las que correlacionen con la pobre interacción social de los niños con TOC en comparación con niños de edad similar no-clínicos.

Método

Participantes

El presente estudio se realizó con dos grupos (I y II) de comparación de niños en edad escolar (11 a 15 años) de nivel socio-económico similar (colegio privado).

Grupo I: una muestra clínica compuesta por 23 pacientes del Bio-Behavioral Institute de Buenos Aires, que presentaban como diagnóstico principal TOC según los criterios del *Manual Diagnóstico y Estadístico para Trastornos Mentales - DSM-IV*²⁴ y *V*.²⁵ De ellos, 7 (30%) eran niñas y 16 (70%) niños. La edad media de la muestra clínica fue de 12.2 (DS = 1.5) años de edad. Ninguno de los pacientes intervinientes recibían tratamiento farmacológico.

Grupo II: una muestra no-clínica (control), compuesta por 24 niños sin diagnóstico psicopatológico ni disfuncionalidad, libres de tratamiento psicológico y/o farmacológico. De ellos, 10 (42%) eran niñas y 14 (58%) niños. La edad media de la muestra no-clínica fue de 13.66 (DS = 1.46) años de edad.

²³ T. Borda, F. Neziroglu, B. Feinstein, T. Vecchia y R. Ricardo Pérez, "Are children with obsessive-compulsive disorder at risk for problematic peer relationships?", *Journal of Obsessive-Compulsive and Related Disorders*, 2, n° 4 (2013): 359-365.

²⁴ American Psychiatric Association, *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fourth Edition – Text Revision (DSM-IV-TR)* (Washington DC: American Psychiatric Publishing, 2000).

²⁵ American Psychiatric Association, *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fifth Edition (DSM-V)* (Washington DC: American Psychiatric Publishing, 2013).

Instrumentos de evaluación

Siguiendo prácticas habituales del grupo de trabajo²⁶ las versiones originales de las escalas en inglés fueron traducidas al español de acuerdo con el método habitual de traducción y retro-traducción²⁷ comprobándose su adecuación en varias muestras piloto (no incluidas en el presente manuscrito).

Las siguientes escalas fueron administradas a todos los participantes:

Anxiety Disorders Interview Schedule for DSM-IV (ADIS)

El cuestionario de Trastornos de ansiedad en su versión para niños y adolescentes fue utilizado para el diagnóstico de TOC y otros trastornos comorbidos.²⁸ El ADIS demostró tener buenos niveles de confiabilidad y validez para la mayoría de las categorías diagnósticas descritas en el DSM-IV y se sugiere su utilización en población española.²⁹ Este instrumento fue previamente utilizado por este grupo de trabajo para fines similares.

Children Yale-Brown Obsessive-Compulsive Scale (CY-BOCS)

Este inventario evalúa la presentación clínica y severidad del TOC percibidas por el paciente.³⁰ La primera parte consta de un listado de síntomas típicos de este trastorno. Los síntomas obsesivos y compulsivos están clasificados en categorías (contaminación, agresión, sexuales, misceláneas, etc.). La segunda parte de la escala, evalúa la severidad de los síntomas reportados según tiempo consumido, distrés, interferencia, resistencia y control. La severidad es progresiva, sub-clínica (rango 0-7), leve (rango 8-15), moderado (rango 16-23), severo (rango 24-31) y extremo (rango 32-40). La versión utilizada fue la adaptación para niños (CY-BOCS) que también posee adecuados niveles de validez y confiabilidad.

²⁶ Borda et al., "Status of body dysmorphic disorder in Argentina".

²⁷ R. K. Hambleton, P. F. Merenda y C. D. Spielberger, *Adapting educational and psychological tests for cross-cultural assessment* (Mahwah, NJ: Erlbaum, 2005).

²⁸ W. Silverman y A. M. Albano, *Anxiety Disorders Interview Schedule for DSM-IV: Child and Parent Versions* (San Antonio, Texas: Graywind Publications Incorporated, 1996).

²⁹ DiNardo et al., "Reliability of ADIS".

³⁰ L. Scahill, M. A. Riddle y M. McSwiggan-Hardin, "Children's Yale-Brown Obsessive Compulsive Scale: reliability and validity", *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 36, (1997): 844-852.

The Bullying Prevalence Questionnaire (BPQ) for children

Este cuestionario evalúa las relaciones con pares de niños,³¹ posee 20 ítems que evalúan los estilos de relaciones interpersonales, clasificando luego los resultados en tres dimensiones: (1) Tendencia a acosar a otros niños; (2) tendencia a ser acosado por otros; (3) relaciones prosociales y cooperativas con otros. Presenta también niveles adecuados de confiabilidad y validez. Ya fue utilizado en la población argentina.³²

Sheehan Disability Inventory- Child Version (SDIC)

Se trata de un cuestionario autoadministrado que, mediante tres ítems, evalúa de forma subjetiva el grado de discapacidad o calidad de vida en tres áreas de la vida: escolar, social y familiar, mediante una EVA de 10 puntos (0 = no discapacidad; 10 = máxima discapacidad). Los niveles de confiabilidad y validez son los adecuados en su versión en español.³³

Cuestionario de Creencias obsesivas – Version Infantil (OBQ-CV)

Este cuestionario está formado por 44 ítems, distribuidos en seis subescalas: Intolerancia a la incertidumbre, Sobre-estimación del miedo, Control de los pensamientos, Importancia de los pensamientos, Responsabilidad y Perfeccionismo. Se responde en un formato de cinco opciones (desde 1 a 5). Los análisis revelaron buena consistencia interna (OBQ_{total}, $\alpha = 0.95 - 0.96$) y fiabilidad test-retest (OBQ_{total} $r = 0.72-0.88$). En español versión niños, también se mantienen los niveles de fiabilidad y validez de sus puntuaciones.³⁴

The Personality Inventory for DSM-5 Brief Form

Este cuestionario de 25 ítems auto-administrable evalúa características de personalidad en niños. Evalúa cinco dominios a saber: afecto negativo,

³¹ W. K. Goodman, L. H. Price, S. A. Rasmussen, C. Mazure, R. L. Fleischman, C. L. Hill, M. J. Guralnick, B. Neville, M. A. Hammond y R. T. Connor, "The friendship of young children with developmental delays: A longitudinal analysis", *Journal of Applied Developmental Psychology*, 28, n° 1 (2007), 64-79.

³² Borda et al., "Are children with obsessive-compulsive disorder at risk for problematic peer relationships?";

³³ J. Bobes, X. Badía, A. Luque, M. García, M. González y R. Dal-Ré, "Validación de las versiones en español de los cuestionarios Liebowitz Social Anxiety Scale, Social Anxiety and Distress Scale y Sheehan Disability Inventory para la evaluación de la fobia social", *Med Clin (Barcelona)*, 112 (1999): 530-538.

³⁴ Arjona et al., "Propiedades Psicométricas de la versión española del Obsessive Belief Questionnaire-Children Version (OBQ-CV) en una muestra no clínica".

retraimiento, antagonismo, desinhibición y psicoticismo. Cada dominio se puntúa en cinco preguntas con cuatro opciones posibles de respuesta (0 = siempre falso; 1 = a veces falso; 2 = a veces cierto; 4 = siempre cierto). Los valores oscilan entre 0 y 15 para cada dominio.³⁵

Procedimiento

La selección de la muestra clínica (grupo I) fue realizada en función a la edad, diagnóstico principal y comorbilidades de los pacientes sobre un total de 45 niños referidos consecutivamente desde el 2013, al Bio-Behavioral Institute-filial Buenos Aires, clínica especializada en TOC y Espectro Obsesivo-Compulsivo. El grupo clínico final (muestra probabilística estratificada), quedó conformado por 23 pacientes que confirmaron el diagnóstico de TOC según las escalas de ADIS, CY-BOCS y SDIC.

Por su parte, la población no-clínica, (grupo II), se administraron las escalas diagnósticas (ADIS, CY-BOCS y SDIC) a 63 niños de 11 a 15 años pertenecientes a colegios privados. La muestra final del grupo II (muestreo aleatorio estratificado), quedó conformada por 24 niños que no cumplieron con los criterios diagnósticos para ningún trastorno infanto-juvenil.

Todos los participantes fueron evaluados exhaustivamente en dos entrevistas de 60 minutos por doctores en psicología y/o médicos psiquiatras especialistas. En primer lugar, se les administraron las escalas diagnósticas de ADIS, CY-BOCS y SDIC. En la siguiente entrevista, se administraron las escalas específicas a las variables de estudio Relación con Pares (BPQ), Creencias Obsesivas (OBQ-CV-44) y Cuestionario de Personalidad (PID-5-BF). Los trastornos de Depresión Mayor, Fobia Social, Tics, Tourette y Asperger, fueron considerados criterios de exclusión, dado que todos son desordenes que pueden generar deficiente interacción social por sí mismos.

La presente investigación fue evaluada y aprobada por el Consejo Nacional de Investigaciones Científicas y Técnicas de la Republica Argentina (CONICET). En ambos grupos, se obtuvieron los consentimientos informados de los padres de todos los participantes para esta investigación.

En cuanto al análisis de los datos, se utilizaron aplicaciones de estadística descriptiva para el reporte de los resultados obtenidos en las muestras, y de estadística inferencial para el cruce de variables según corresponda (t de Student, ANOVA y Chi-Cuadrado) estableciendo una $p \leq 0.05$ como valor de significación.

³⁵ American Psychiatric Association, *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fifth Edition* (DSM-V).

Resultados

Descripción clínica del Grupo I y II

La muestra clínica (grupo I) de niñas y niños que padecían TOC, presentaban un nivel de severidad moderado en forma prevalente según Y-BOCS (media = 18; SD = 20.2; valor mínimo: 8; valor máximo: 38). Estos pacientes que acudían a la clínica con TOC como motivo principal de consulta, presentaban además otros trastornos de acuerdo con la escala ADIS. Así puede observarse que 5 pacientes presentaban Fobia Específica (15,6%); 5 pacientes presentaban conductas auto-lesivas (15,6%); 3 pacientes presentaban Ansiedad de Separación (9,3%); 3 pacientes presentaban Agorafobia (9,3); y 2 pacientes presentaban Trastornos de la Conducta Alimentaria (6,25%). No se encontraron diferencias significativas de género ni edad en cuanto a los trastornos comórbidos.

Por otro lado, la muestra final del grupo II, conformada por 24 niños de edad y sexo similares al grupo I, no cumplieron con los criterios diagnósticos para ningún trastorno infanto-juvenil según la escala ADIS.

La disminución en la calidad de vida es un síntoma fundamental para decidir las intervenciones terapéuticas. Por ello se evaluó finalmente a los participantes de ambos grupos con una escala auto-administrable de calidad de vida (SDIC). Como era de esperar, los valores expresados en un índice de calidad de vida fueron estadísticamente diferentes entre ambos grupos (Escolaridad: grupo I: 3.21 ± 2.13 , grupo II: 0.87 ± 0.89 ; $t = 5.45$, $p < 0,0001$; Vida social: grupo I: $6,89 \pm 1,32$, grupo II: $0.37 \pm 0,57$; $t = 2.23$, $p < 0,0001$; y Vida Familiar: grupo I: $6,34 \pm 1,92$, grupo II: $1,83 \pm 1,41$; $t = 3.53$, $p < 0,0001$).

Descripción y comparación de las relaciones interpersonales en ambas muestras

En la Tabla 1 se muestran las medias de las respuestas de los niños de ambos grupos correspondientes a la auto-evaluación de sus relaciones interpersonales de la escala de ADIS, y sus diferencias estadísticas.

Tomando como criterio estadístico la moda de cada pregunta, se observa que los niños con TOC refieren tener menos amigos ($N = 20$, 87%) que los controles, quienes como es esperable se definen más frecuentemente como teniendo igual cantidad de amistades que el resto de los niños de su edad ($N = 16$, 66%); a su vez, en este ítem la prueba t demostró que las diferencias entre ambos grupos son estadísticamente significativas, como bien puede observarse en la Tabla 1 ($t = 2.1$, $p = 0.03$). Las relaciones eran principal-

mente diádicas, de mucho tiempo de duración y la preferencia es hacia los juegos reglados y con familiares o adultos.

Ítems ADIS	Muestras	Medias	DS	t	p
1.a ¿Piensas que tienes más/menos/igual/otro amigos de la mayoría de los niños?	Clínica (N=23)	3,33	0,64	7,82	<0,0001*
	No-Clinica (N=24)	1,93	0,23		
1.b ¿Te gustaría tener más amigos? (si/no/otro)	Clínica (N=23)	2,98	0,34	6,56	0,0001*
	No-Clinica (N=24)	2,03	0,43		
2.a ¿Tienes un mejor amigo? (si/no/otro)	Clínica (N=23)	2,94	0,25	0,05	0,95
	No-Clinica (N=24)	2,93	0,37		
2.b ¿Cuánto tiempo hace que son mejores amigos? (en años)	Clínica (N=23)	4 (rango en años: 3-5)	0,74	3,9	0,0001*
	No-Clinica (N=24)	2,3 (rango en años: 2-4)	0,55		
3. ¿Crees que tienes dificultades en hacer amigos? (si/no/otro)	Clínica (N=23)	2,91	0,47	1,33	0,18
	No-Clinica (N=24)	2,07	0,38		
4. ¿Tienes dificultad en conservar tus amigos? (si/no/otro)	Clínica (N=23)	1,88	0,34	-3,04	0,0001*
	No-Clinica (N=24)	2,23	0,57		
5. ¿Qué tipo de actividades te gusta realizar con tus amigos? (descripción)	Clínica (N=23)	Juegos reglados de mesa (68%), juegos electrónicos (12%), películas (10%)			
	No-Clinica (N=24)	Juegos de mesa (18%), juegos electrónicos (65%), actividades recreativas (75%), películas (25%)			
6.a ¿Pertenece a algún grupo social, o deportivo, o club? (si/no/otro)	Clínica (N=23)	1,94	0,56	5,16	0,0001*
	No-Clinica (N=24)	2,77	0,55		
7. Si pudieras elegir, ¿pasarías más tiempo con otros niños o solo? (con otros niños/solo/otro)	Clínica (N=23)	1,24	0,62	7,20	0,0001*
	No-Clinica (N=24)	2,9	0,40		
<p>*Nota: puntajes asignados a cada opción de respuesta: más que otros=4; menos que otros=3; igual que otros=2; otro=1 si=3; no=2; otros=1 con otros=; solo=2; otro=1</p> <p>Se consideran diferencias estadísticamente significativas con *p<0,05; grupo clínico gl=22 y grupo no clínico gl=23.</p>					

Tabla 1. Relaciones Interpersonales (ADIS).

Asimismo, y de gran implicancia terapéutica es la queja de los niños con TOC, quienes a diferencia de los controles, desearían tener más amigos de los que actualmente poseen en un 89% ($t = 8,81, p < 0.0001$). La similitud de

estos resultados con los ya publicados³⁶ refuerza la importancia de estudiar las relaciones con pares en niños con TOC.

Con la intención de profundizar en la descripción del vínculo con pares de los niños con TOC, se evaluaron los pacientes con el cuestionario BPQ (Tabla 2). Los resultados demuestran que es más probable que los niños con TOC puntúen menos que los no-clínicos en la sub-escala de *tendencia a acosar a otros niños* ($p < 0.0001$), mostrando un comportamiento idénticamente negativo en todos los participantes del grupo. Además, los pacientes con TOC puntuaron más alto que los controles en la sub-escala de *tendencia a ser acosado por otros niños* ($p < 0.0001$). Finalmente, en cuanto a la sub-escala de *relaciones pro-sociales y cooperativas*, se observó que los pacientes con TOC puntuaron más bajo que los controles ($p = 0.0321$).

Dimensiones PRQ	Muestras	Medias	DS	SIG
Tendencia a acosar a otros niños	Clínica (N=23)	8,08	0,66	t=4,59 p<0,001*
	No-Clínica (N=24)	16,70	2,92	
Tendencia a ser acosado por otros niños	Clínica (N=23)	13,69	1,31	t=5,41 p<0,001*
	No-Clínica (N=24)	6,11	1,11	
Relaciones pro-sociales y cooperativas	Clínica (N=23)	8,34	0,92	t=3,12 p<0,001*
	No-Clínica (N=24)	13,12	1,19	
*Se consideran diferencias estadísticamente significativas con $p < 0,05$; grupo clínico $g_l = 22$ y grupo no-clínico $g_l = 23$				

Tabla 2. Relaciones con pares: Dimensiones del BPQ.

Finalmente, se estudiaron las relaciones interpersonales según nivel de severidad del TOC (ADIS y Y-BOCS). No se demostró una diferencia significativa en el nivel de severidad del trastorno obsesivo-compulsivo (leve = 1, moderado = 2, severo = 3, extremo = 4) y las siguientes variables: cantidad de amigos ($p = 0.575$), deseo de tener más amigos ($p = 0.587$), tendencia a acosar ($p = 0,659$), tendencia a ser acosados ($p = 0,695$) ni conductas pro-sociales ($p = 0,636$).

³⁶ Borda et al., "Are children with obsessive-compulsive disorder at risk for problematic peer relationships?".

Fenomenología clínica y cognitiva de los niños con TOC

Recordando que el TOC presenta características clínicas similares a cualquier edad, y su pronóstico es hacia la cronicidad, nos parece de importancia clínica extrema investigar las cualidades dimensionales que enriquecen el significado sintomático del TOC. Luego, evaluamos el perfil cognitivo y de personalidad de nuestros participantes. Como era de esperar, las dimensiones cognitivas y de personalidad, han demostrado importancias relativas diferentes en ambas poblaciones (Tabla 3). Cabe remarcar las distorsiones de miedo a la incertidumbre ($23,43 \pm 3,08$ sobre un puntaje total posible de 25 en la escala), seguido de importancia de los pensamientos ($40,95 \pm ,27$ sobre un puntaje total posible de 45 en la escala) y necesidad de control como características cognitivas salientes en el grupo con TOC. En cuanto al nivel de severidad y las distorsiones cognitivas no observamos diferencia en el grupo de TOC: incertidumbre ($p = 0,667$), sobre-estimación del miedo ($p = 0,628$), control de los pensamientos ($p = 0,795$), importancia de los pensamientos ($p = 0,274$), responsabilidad ($p = 0,569$) ni perfeccionismo ($p = 0,563$).

Además, observamos áreas importantes y problemáticas correspondientes a los dominios de afecto negativo (grupo I: $12,43 \pm 2,27$, grupo II: $4,29 \pm 1,36$; $t = 2.35$, $p < 0,001$), retraimiento (grupo I: $10,95 \pm 2,66$, grupo II: $6,70 \pm 2,24$; $t = 5.69$, $p = 0,016$) y psicoticismo (grupo I: $8,65 \pm 1,89$, grupo II: $0,12 \pm 0,33$; $t = 1.98$, $p < 0,001$) en los niños con TOC en comparación con el grupo control. Finalmente, observamos que a mayor nivel de severidad aparece más psicoticismo ($p = 0,032$).

Contingencia y correlación de variables en niños con TOC

Resulta especialmente importante verificar la relación entre las variables estudiadas en el grupo de niños con TOC. Primero verificamos la relación entre relaciones interpersonales y distorsiones cognitivas. Es significativo el cruce de falta de tendencia a acosar a otros niños con: intolerancia a la incertidumbre ($p = 0,019$), sobre-estimación del miedo ($p = 0,027$), e importancia de los pensamientos ($p = 0,041$). Por su parte la tendencia a ser acosados por otros niños, muestra una relación bilateral significativa con la intolerancia a la incertidumbre ($p = 0,036$) y necesidad de control ($p = 0,015$). Finalmente, las pobres conductas pro-sociales y cooperativas de los niños con TOC demuestran estar relacionadas con la intolerancia a la incertidumbre ($p = 0,041$) la necesidad de control ($p = 0,017$) y la importancia de los pensamientos ($p = 0,032$).

Creencias Cognitivas (OBQ-CV)	Muestras	Medias	DS	SIG
Incertidumbre	Clínica (N=23)	23,43	3,08	p<0,001*
	No-Clínica (N=24)	10,87	2,04	
Sobre-estimación del miedo	Clínica (N=23)	20,43	6,59	p<0,88
	No-Clínica (N=24)	19,87	3,11	
Control de los pensamientos	Clínica (N=23)	13,79	2,32	p<0,76
	No-Clínica (N=24)	10,70	2,09	
Importancia de los pensamientos	Clínica (N=23)	40,95	4,27	p<0,001*
	No-Clínica (N=24)	23,45	5,53	
Responsabilidad	Clínica (N=23)	29,26	4,78	p<0,92
	No-Clínica (N=24)	23,70	7,52	
Perfeccionismo	Clínica (N=23)	32,69	5,16	p<0,77
	No-Clínica (N=24)	29,87	9,05	
Dominios de la personalidad (PID-5)	Muestras	Medias	DS	SIG
Afecto negativo	Clínica (N=23)	12,43	2,27	p<0,001*
	No-Clínica (N=24)	4,29	1,36	
Retraimiento	Clínica (N=23)	10,95	2,66	p<0,001*
	No-Clínica (N=24)	2,00	0,83	
Antagonismo	Clínica (N=23)	8,17	3,62	p<0,68
	No-Clínica (N=24)	6,70	2,05	
Desinhibición	Clínica (N=23)	4,04	2,03	p<0,91
	No-Clínica (N=24)	4,16	1,37	
Psicotismo	Clínica (N=23)	8,65	1,89	p<0,001*
	No-Clínica (N=24)	0,12	0,33	

*Se consideran diferencias estadísticamente significativas con *p<0,05

Tabla 3. Fenómenos cognitivos y de personalidad: comparación en muestras con y sin TOC.

Además, estudiamos la posible relación bilateral entre las sub-escalas de las relaciones inter-personales y las dimensiones de personalidad. Los resul-

tados demuestran que tanto la pobre tendencia a acosar a otros niños, como la tendencia a ser acosados y las pocas conductas pro-sociales y cooperativas, se relacionan con las dimensiones de afecto negativo ($p=0,025$; $p = 0,042$; $p = 0,007$), retraimiento ($p = 0,005$; $p = 0,002$; $p = 0,004$) y psicoticismo ($p = 0,033$; $p = 0,024$; $p < 0,001$) respectivamente.

Finalmente, significativa fue la relación entre intolerancia a la incertidumbre, necesidad de control e importancia de los pensamientos con afecto negativo ($p = 0,015$; $p = 0,027$; $p = 0,026$), retraimiento ($p = 0,005$; $p = 0,039$; $p = 0,021$) y psicoticismo ($p = 0,033$; $p = 0,037$; $p = 0,019$) respectivamente.

Discusión

El Trastorno Obsesivo Compulsivo (TOC) se define por la presencia de obsesiones y compulsiones altamente específicos a cada individuo y con niveles variables de *insight*.³⁷ El TOC es único entre los trastornos mentales en el hecho de que la forma de presentación y el contenido de los síntomas varían enormemente entre los pacientes. El espectro de la psicopatología comórbida visto en pacientes pediátricos con TOC incluye los trastornos de ansiedad, trastorno de pánico, fobias específicas, trastornos afectivos, trastornos por tics, trastornos de conducta y trastornos específicos del desarrollo.³⁸ Así, con el fin de reflejar la natural heterogeneidad del TOC, se caracterizó topográficamente a la muestra clínica estudiada, donde tanto compulsiones abiertas como encubiertas estaban presentes. Además, se incluyeron niños y niñas con distintos niveles de severidad y de comorbilidades del Eje I.

Con respecto a la calidad de vida de estos pacientes, existen además datos concluyentes sobre la disfuncionalidad de este trastorno. Cabe remarcar el alto nivel de deterioro subjetivo y del funcionamiento familiar y social con el que cursa este trastorno. Sin embargo, dicho impacto de los síntomas en el funcionamiento diario ha recibido escasa investigación, siendo la mayoría de los estudios realizados en adultos.³⁹ Nuestros resultados son consistentes con trabajos anteriores,⁴⁰ observándose un deterioro en la calidad de vida en

³⁷ Storch et al., "Frequency and Correlates of Suicidal Ideation in Pediatric Obsessive-Compulsive Disorder".

³⁸ Borda et al., "Are children with obsessive-compulsive disorder at risk for problematic peer relationships?".

³⁹ Storch et al., "Frequency and Correlates of Suicidal Ideation in Pediatric Obsessive-Compulsive Disorder".

⁴⁰ Pinto Wagner, *Treatment of OCD in children and adolescents: a CBT manual*.

las diversas áreas física, emocional, escolar y social en los niños con TOC en comparación con niños de edad y nivel socio-económico similar.

En cuanto a los vínculos interpersonales de los pacientes con TOC, uno de los aspectos del TOC que ha despertado interés en varios investigadores; es el efecto que tiene este trastorno sobre los familiares y cuidadores de las personas que lo padecen.⁴¹ Muchos investigadores remarcan la participación de la familia en los rituales de las personas que sufren de TOC⁴² que generalmente se denomina *acomodación familiar*. Los padres, impulsados por la necesidad de restaurar la paz en la casa, para aliviar el sufrimiento de sus hijos o simplemente para permitir que las rutinas de la familia puedan proceder, deben en muchos casos adaptarse a las necesidades obsesivas-compulsivas en una variedad de maneras.⁴³ El nivel de acomodación en una familia en particular ha sido repetidamente vinculada a mayor severidad de los síntomas, a un mayor grado de deterioro, y a peores resultados del tratamiento.⁴⁴ Los casos de inicio en la infancia del TOC pueden suponer un riesgo especial para el acomodamiento familiar, debido a la dependencia natural de los niños hacia sus padres. En cambio, el vínculo con pares ha sido poco estudiado en este trastorno crónico con respecto a otros diagnósticos de eje I.⁴⁵

Como previamente se mencionó⁴⁶ Hartup & Moore (1990) señalan que las relaciones entre iguales en particular contribuyen en gran medida al desarrollo social, cognitivo, y a la eficacia con la que se funcionará en la adultez. Si tal como sostienen estos autores, el mejor predictor infantil de la adaptación adulta, es la idoneidad con que el niño se lleva bien con otros niños, entonces aquellos que generalmente no son aceptados, que son agresivos, que son incapaces de mantener una estrecha relación con otros niños, y que

⁴¹ D. L. Chambless y G. Steketee, "Expressed emotion and behavior therapy outcome: a prospective study with obsessive-compulsive and agoraphobic outpatients", *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 67, n° 5 (1999): 658-665.

⁴² M. Cooper, "Obsessive-compulsive disorder: effects on family members", *American Journal of Orthopsychiatry*, 66 (1996): 296-304.

⁴³ S. E. Swedo, J. L. Rapoport, H. Leonard, M. Lenane y D. Cheslow, "Obsessive-compulsive disorder in children and adolescents: clinical phenomenology of 70 consecutive cases", *Archives of General Psychiatry*, 46 (1989): 335-341.

⁴⁴ Pinto Wagner, *Treatment of OCD in children and adolescents: a CBT manual*.

⁴⁵ A. Cid Foix, "Proposals for social policies to improve the quality of life in attention deficit/hyperactivity disorder (ADHD). Cuadernos de Bioética, 22, n° 75 (2011): 215-242; M. Danckaerts, E. J. Sonuga-Barke, T. Banaschewski, J. Buitelaar, M. Döpfner, C. Hollis, P. Santosh, A. Rothenberger, J. Sergeant, H. C. Steinhausen, E. Taylor, A. Zuddas y D. Coghill, "The quality of life of children with attention deficit/hyperactivity disorder: A systematic review", *European Child and Adolescent Psychiatry*, 19, n° 2 (2012): 83-105.

⁴⁶ W. W. Hartup y S. G. Moore, "Early peer relations: developmental significance and prognostic implications", *Early Childhood Research Quarterly*, 5, n° 1 (1990): 1-17.

no pueden establecerse un lugar en la cultura de pares, estarían en grave riesgo. Deserción escolar, bajo rendimiento, historial de desempleos y una pobre salud mental podrían ser algunas de las dificultades con las que estos niños pueden encontrarse.⁴⁷ La experiencia con los compañeros a través del tiempo, especialmente en la situación de la escuela, debe ofrecer a los niños las oportunidades necesarias para establecer amistades. Es por esta razón que se pretende continuar estudiando⁴⁸ el comportamiento social de los niños con TOC.

Todos los niños con TOC estudiados en el presente estudio manifestaron tener amigos, independientemente del sexo, nivel de severidad de los síntomas y del contenido de las obsesiones y compulsiones. Aun así, las relaciones con pares resultaron ser mayoritariamente diádicas.

Tener amigos se asocia con un aumento de la autoestima, disminución de la probabilidad de depresión, disminución de la sensación de soledad, la protección contra la victimización, y una mejor adaptación a la escuela. Sin embargo, en la muestra de pacientes con TOC se puede observar que los beneficios de la amistad son al menos moderados, por la calidad diádica de la amistad y por las características del único amigo/a del niño/a. Es notable además que el único amigo/a, considerado el *mejor amigo/a*, suele ser del mismo sexo, edad y grado del colegio. Este modelo de amistad diádica no parece satisfacer a los niños con TOC, dado que en la muestra de la presente investigación, al igual que en la investigación anterior⁴⁹ han manifestado la demanda y el deseo de tener más amigos, lo cual consideramos un hallazgo clínico de gran importancia.

Este grupo además, sigue la tendencia de la publicación anterior,⁵⁰ donde los niños con TOC han demostrado no sólo una tendencia a ser acosados por otros, sino también pobres conductas pro-sociales, independientemente del nivel de severidad. Dicha tendencia a ser acosados por pares fue verificada y correlacionada con síntomas comórbidos.⁵¹ También fue verificada en un estudio retrospectivo en adultos con TOC⁵² y en niños con depresión⁵³

⁴⁷ Piacentini et al., *Functional impairment in children and adolescents with obsessive-compulsive disorder*.

⁴⁸ Borda et al., "Are children with obsessive-compulsive disorder at risk for problematic peer relationships?"

⁴⁹ *Ibíd.*

⁵⁰ *Ibíd.*

⁵¹ Storch et al., "Peer victimization in children with obsessive-compulsive disorder: Relations with symptoms of psychopathology".

⁵² S. Bejerot y E. Mörtberg, "Do autistic traits play a role in the bullying of obsessive-compulsive disorder and social phobia sufferers?", *Psychopathology*, 42, n° 3 (2009): 170-176.

⁵³ Bjorkqvist et al., "Bullies and victims: their ego picture, ideal ego picture and normative ego picture".

y ansiedad.⁵⁴ Más aún, los niños con distintos niveles de TOC no refieren tener, en ningún momento o circunstancia, conductas agresivas, a pesar de sentirse ignorados y/o burlados por sus compañeros. Esto se contrapone a lo reportado en estudios de acomodación familiar, en donde se han descrito la ira, la agresión o la intimidación por parte de pacientes con TOC hacia los demás, como un factor importante en el vínculo con otros significativos.⁵⁵

Más aún, los niños con TOC de la muestra estudiada refieren simplemente, no ser elegidos por sus pares, ser activamente ignorados. Cabe remarcar, que la respuesta social de los otros niños no parece ser producto de la observación externa de los síntomas, ya que no se observan diferencias significativas entre los niños con compulsiones abiertas/encubiertas y la respuesta de los otros hacia ellos.

El patrón de interacción social pobre es también observado en niños con comorbilidades típicas del TOC, como Fobia Social, Depresión y Síndrome de Asperger.⁵⁶ Con respecto a la comorbilidad con Fobia Social, la muestra estudiada en este trabajo negó la presencia de síntomas típicos de ansiedad social, alegando que no se inhibían en las actividades escolares grupales. Las situaciones típicas de estrés para la Fobia Social (hablar en público, comer delante de los demás, escribir en el pizarrón, hablar con autoridades).⁵⁷ no son acontecimientos angustiantes en el grupo de pacientes con TOC estudiados. Los síntomas físicos asociados con la Fobia Social infantil tampoco están presentes. Por lo tanto, estos niños con TOC son mejor descriptos como socialmente retraídos, con pocos amigos, con dificultades en la capacidad de hacer amigos y/o de comportarse de manera efectiva en las interacciones sociales no estructuradas con sus pares.

Por otra parte, es importante la interpretación de esta dificultad social a la luz de la Depresión y del Síndrome de Asperger. En este sentido, los niños con depresión a menudo pierden el interés en las actividades sociales;⁵⁸ por el contrario, en el presente trabajo se trata de niños no con anergia y anhedo-

⁵⁴ M. Fekkes, F. Pijpers, A. M. Fredriks, T. Vogels y S. P. Verloove-Vanhorick, “Do bullied children get ill, or do ill children get bullied? A prospective cohort study on the relationship between bullying and health-related symptoms”, *Pediatrics*, 117 (2006): 1568–1574.

⁵⁵ E. R. Lebowitz, L. A. Vitulano y H. Omer, “Coercive and disruptive behaviors in pediatric obsessive compulsive disorder: A qualitative analysis”, *Psychiatry*, 74, n° 4 (2011): 362-371.

⁵⁶ N. Aelterman, B. De Clercq, M. De Bolle y F. De Fruyt, “General and Maladaptive Personality Dimensions in Pediatric Obsessive–Compulsive Symptoms”, *Child Psychiatry and Human Development*, 42, n° (2011): 24–41.

⁵⁷ Beidel y Turner, *Sly Children, Phobic Adults*.

⁵⁸ C. Curtis y J. Luby, “Depression and Social Functioning Among Preschool Children with Chronic Medical Conditions”, *Journal of Pediatrics*, 153, n° 3 (2008): 408–413.

nia, sino con alto interés en las actividades sociales pero con un rango muy limitado de ejecución de interacciones sociales. Por su lado, las características esenciales del Espectro Autista son alteraciones significativas en el desarrollo de habilidades sociales y la comunicación, un repertorio restringido de actividades e intereses, conductas repetitivas y rituales.⁵⁹ Muchos de estos comportamientos son idénticos a los observados en el TOC.⁶⁰ Publicaciones alertan sobre la alta prevalencia de síntomas autistas en adultos⁶¹ y niños con TOC,⁶² por lo cual se consideró clave la exclusión de aquellos pacientes con dicha comorbilidad. Sin embargo, los resultados de esta investigación reflejan que el grupo de niños con TOC en la interacción con pares, tienen mayores semejanzas con las conductas sociales del espectro autista que con otros trastornos de ansiedad independientemente de la comorbilidad.

El diagnóstico precoz del TOC y sus disfuncionalidades, se justifica como la intervención temprana sobre la discapacidad posterior. Los problemas sociales vistos reflejan las dificultades en la socialización con pares de similar edad. Esto es importante que se tenga en cuenta por los posibles efectos a futuro. Por esta razón, evaluamos no solo la fenomenología cognitiva sino también los rasgos de personalidad en este grupo de niños con TOC.

En la introducción describimos en detalle la relación significativa que existe entre medidas de creencias disfuncionales y medidas de síntomas obsesivos-compulsivos en niños.⁶³ La prevalencia de determinadas creencias obsesivas varía en distintas publicaciones, siendo perfeccionismo,⁶⁴ importancia del pensamiento,⁶⁵ y responsabilidad,⁶⁶ las más descriptas. Sin embargo, en nuestro grupo, las creencias de intolerancia a la incertidumbre, necesidad de control e importancia de los pensamientos fueron las creencias

⁵⁹ F. Zandt, M. Prior y M. Kyrios, "Repetitive Behaviour in Children with High Functioning Autism and Obsessive Compulsive Disorder", *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 37, n° 2 (2007): 251-259.

⁶⁰ *Ibid.*

⁶¹ Storch et al., "Peer victimization in children with obsessive-compulsive disorder: Relations with symptoms of psychopathology".

⁶² T. Ivarsson y K. Melin, "Autism spectrum traits in children and adolescents with obsessive-compulsive disorder (OCD)", *Journal of Anxiety Disorders*, 22, n° 6 (2008): 969-978.

⁶³ S. E. Clark y S. Jerrott, "Effectiveness of Day Treatment for Disruptive Behaviour Disorders: What is the Long-term Clinical Outcome for Children?", *Journal of the Canadian Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 21, n° 3 (2012): 204-212.

⁶⁴ Pourdon, Antony y Swinson, "Psychometric properties of the Frost Multidimensional Perfectionism Scale in a clinical anxiety disorders sample".

⁶⁵ Muris et al., "Thought-action fusion and anxiety disorders symptoms in normal adolescents".

⁶⁶ Clark y Jerrott, "Effectiveness of Day Treatment for Disruptive Behaviour Disorders: What is the Long-term Clinical Outcome for Children?".

disfuncionales prevalentes, independientes del nivel de severidad de los síntomas.

La disfuncionalidad en el ser y las relaciones interpersonales constituyen el eje de la psicopatología de los trastornos de personalidad.⁶⁷ Sabemos que la identidad, la independencia, la empatía y la intimidad son elementos a alcanzar en personalidades funcionales a lo largo de la vida.⁶⁸ Además, en el caso del TOC, la comorbilidad con trastornos varios de la personalidad es una regla más que una excepción.⁶⁹ Nuestra casuística clínica nos demuestra prevalencia de los trastornos del cluster C (evitativo, dependiente, obsesivo-compulsivo) en adultos con TOC. Por ello decidimos estudiar las 25 dimensiones que pueden desarrollar cierta tendencia a pensar, actuar y sentir en los niños con TOC que demuestran dificultades sociales. Nuestros resultados arrojan prevalencia de afecto negativo, retraimiento y psicotismo, rasgos patológicos típicos de los trastornos de personalidad evitativos, obsesivos-compulsivos y esquizotípicos.⁷⁰

Asimismo, en el presente trabajo demostramos que las características cognitivas (intolerancia a la incertidumbre, necesidad de control e importancia de los pensamientos) y de personalidad (afecto negativo, retraimiento y psicotismo) se relacionan causalmente con el estilo pobre y particular de relación con pares que demuestran nuestro niños con TOC.

A la luz de nuestros resultados, postulamos la necesidad de incorporar explícitamente el tema del contexto interpersonal, que es tan fundamental a la psicoterapia infantil en el tratamiento del TOC. Sorprendentemente, nuestra experiencia clínica nos permite afirmar que los niños con TOC y sus padres no demandan tratamiento para sus dificultades sociales sino por problemas familiares y/o académicos en la escuela. Las intervenciones terapéuticas de Exposición y Prevención de la Respuesta tan ampliamente demostradas eficientes en el tratamiento del TOC,⁷¹ deberían entonces, integrarse con herramientas favorecedoras de habilidades sociales.

⁶⁷ American Psychiatric Association, *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fifth Edition* (DSM-V).

⁶⁸ *Ibíd.*

⁶⁹ D. McKay, F. Neziroglu, J. Todaro y J. A. Yaryura-Tobias, "Changes in personality disorders following behavior therapy for obsessive-compulsive disorder", *Journal of Anxiety Disorders*, 10 (1996): 47-57.

⁷⁰ American Psychiatric Association, *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fifth Edition* (DSM-V).

⁷¹ McKay et al., "Changes in personality disorders following behavior therapy for obsessive-compulsive disorder".

Otros estudios han reportado tasas más elevadas de dificultades en niños de hogares con padres afectivamente enfermos.⁷² Es sabido además que el TOC de inicio temprano posee alta incidencia de trastornos del Espectro Obsesivo en los miembros de la familia.⁷³ Es así como una de las limitaciones en la presente investigación consiste en la discusión de la incidencia de la condición psicopatológica de los padres sobre este comportamiento social, variable no considerada en este estudio.

En conclusión, se sabe que los niños con TOC pueden perder en las tres tareas más importantes de la infancia: aprender, hacerse amigos y divertirse. Todo el tiempo y la energía dedicada al TOC, deja poco tiempo para socializar, divertirse y conocer las expectativas de otros de edad similar. Dados los resultados reportados en el presente estudio, se sugiere firmemente que los niños con TOC deben ser evaluados en su comportamiento social, a fin de mejorar su presente, y contribuir en el mediano y largo plazo a una mejor calidad de vida.

Limitaciones del estudio

Limitaciones de este estudio son el número de casos y la falta de comparación de los datos reportados por los niños, con los datos de sus padres. Futuras investigaciones deberán perfeccionar y profundizar la temática de las relaciones con pares de pacientes con TOC y trastornos del Espectro. Sostenemos que los intentos activos para promover la inclusión y la amistad de niños socialmente disminuidos durante los años de la escolaridad obligatoria, podría ser una intervención crucial en la prevención de disfuncionalidad y comorbilidades tanto en el mediano como en el largo plazo en el TOC.

Tania Borda
CONICET/Universidad de Buenos Aires/Pontificia Universidad Católica Argentina
E-mail: taniaborda.ar@gmail.com

Teresa Vecchia
Universidad de Buenos Aires

Stephanie Mazas
Pontificia Universidad Católica Argentina/Bio-Behavioral Institute de Buenos Aires

⁷² Piacentini et al., "Functional impairment in children and adolescents with obsessive-compulsive disorder".

⁷³ *Ibid.*

Paula Salvador
Pontificia Universidad Católica Argentina/Bio-Behavioral Institute de Buenos Aires

Ricardo Perez Rivera
Bio-Behavioral Institute de Buenos Aires

Recibido: 10/02/2015

Aceptado: 15/06/2015