

2019-06-13

# Terapia cognitiva en pacientes pediátricos con trastorno obsesivo compulsivo

Rodríguez Biglieri, Ricardo

---

<http://rpsico.mdp.edu.ar/handle/123456789/1013>

*Descargado de RPsico, Repositorio de Psicología. Facultad de Psicología - Universidad Nacional de Mar del Plata. Inni*

## **Terapia Cognitiva en Pacientes Pediátricos con Trastorno Obsesivo Compulsivo**

*Ricardo Rodríguez Biglieri<sup>1</sup>*

### **Resumen**

En las últimas dos décadas, la Terapia Cognitiva-Comportamental (TCC) se afianzó como el tratamiento de elección para el Trastorno Obsesivo Compulsivo (TOC). Sin embargo, hasta hace pocos años se desconocía su utilidad en población infantil y adolescente. Afortunadamente, en forma paulatina, se fueron efectuando una variedad de investigaciones que arrojan resultados altamente positivos. De hecho, los datos concuerdan en señalar la eficacia de la TCC en el tratamiento de pacientes pediátricos con TOC.

El presente artículo reseña las características principales que presenta el cuadro en población infantil, datos epidemiológicos y aspectos relacionados con la comorbilidad. Además, se comentan los resultados de las investigaciones más relevantes efectuadas hasta la fecha y se esbozan las características generales del abordaje psicoterapéutico.

**Palabras Clave:** Trastorno Obsesivo Compulsivo – Pacientes Pediátricos – Evaluación – Terapia Cognitiva Conductual

### **Cognitive Therapy in Pediatric Obsessive Compulsive Disorder**

#### **Abstract**

Over the last two decades Cognitive Behavioral Therapy (CBT) has emerged as the psychotherapeutic treatment of choice for Obsessive Compulsive Disorder (OCD). Nevertheless, until few years ago their utility in pediatric and adolescent patients was ignored. Fortunately, a variety of investigations have been carried out gradually. The findings of these investigations have been very positive. In fact, data regarding efficacy of CBT for OCD pediatric patients are consistent.

---

<sup>1</sup>Facultad de Psicología, Universidad de Buenos Aires. Colombres 535 dto 2 (1832) Lomas de Zamora, Pcia. Bs. As. Argentina. Teléfono: 4292-5476. E-mail: rodriguezbiglieri@hotmail.com.ar

This article points out the main characteristics of OCD in children as well as epidemiological data and comorbidity related aspects. Besides, findings of most relevant investigations are commented, and the general characteristics CBT for pediatric OCD are outlined.

**Key Words:** Obsessive Compulsive Disorder – Pediatric Patients – Evaluation – Cognitive Behavioral Therapy.

### **Introducción**

El Trastorno Obsesivo Compulsivo (TOC) se manifiesta, tanto en niños como en adultos, a través de obsesiones y compulsiones de carácter repetitivo. Los criterios diagnósticos que establece el DSM IV (APA, 1994) son los mismos en ambos casos, con la salvedad de que en los niños puede faltar el insight respecto de la enfermedad, dado el nivel de desarrollo cognitivo.

Se calcula que entre la mitad y dos tercios de los adultos que presentan TOC desarrollaron el cuadro durante la niñez o adolescencia (Rasmussen & Eisen, 1990; Thomsen, 1998). Otros autores señalan que la cifra puede ascender hasta el 80% (Grados, Labuda, Riddle & Walkup, 1997).

Según datos de una encuesta realizada en EE.UU., a 696 adultos con TOC que habían presentado el cuadro en la infancia, durante sus años de crecimiento, al 80% le fue difícil explicar sus síntomas a los demás. Vergüenza, falta de conocimiento sobre el trastorno y temor a no ser comprendidos fueron los motivos más citados para seguir guardando silencio. Más del 56% creyó que los síntomas podrían controlarse o superarse, mientras que casi la mitad pensó que acabarían desapareciendo. Los dos deseos más frecuentes que expresaban los participantes fueron un diagnóstico más precoz (47%), y un tratamiento más accesible (39%).

Varios estudios determinaron el impacto nocivo que el trastorno imprime sobre la vida social y académica de estos niños (Adams, Waas, March & Smith, 1994; Leonard et al., 1993). Los pacientes frecuentemente involucran a sus padres o familiares en sus rituales, lo cual desarrolla problemas de codependencia que, por lo general, redundan en un mantenimiento del cuadro clínico y un deterioro en las relaciones familiares.

Desafortunadamente, sólo pocos niños reciben el diagnóstico adecuado, y menos aún se encuentran realizando tratamientos apropiados (Flament et al., 1988). De hecho, según

Whitaker y colaboradores (Whitaker et al.,1990) sólo el 25% de los niños y adolescentes con TOC consultan con un profesional de la salud en busca de tratamiento. Los datos concuerdan en señalar el tremendo impacto del cuadro en la vida de los niños y su familia, por lo que es necesario brindar a la población información detallada respecto de las características y tratamiento del mismo, con el fin de promover el diagnóstico precoz y un mayor acceso a los tratamientos disponibles.

### *Epidemiología*

Se han efectuado diversos estudios epidemiológicos en distintos países, los cuales arrojan cifras dispares, tal vez por la diversidad de criterios y métodos utilizados en los estudios. Flament y colaboradores (Flament et al., 1988), en una muestra comunitaria compuesta por estudiantes entre noveno y doceavo año en EE.UU., halló una prevalencia del 1.9%. Cuando la muestra se amplió, la prevalencia cayó al 0,5%. Por otro lado, en Israel, Zohar (Zohar et al., 1992) encontraron una prevalencia de TOC del 3.3 % en una muestra compuesta por 600 niños y adolescentes. En una muestra similar en Nueva Zelanda (Douglass, Morfitt, Dar, McGee & Silpa, 1995), la prevalencia fue del 2.5 %. Asimismo, estudios en Alemania (Esser, Schimdt, & Woerner, 1990), Dinamarca (Thomsen, 1993) y Japón (Honjo et al., 1989), arrojaron cifras de prevalencia que se ubicaban entre el 2-4 %, 4.1 % y 5 %, respectivamente.

En muestras clínicas, el rango de edad de inicio se ubica entre los 7.5 y 11.6 años (Hollingworth, Tanguay, Grossman & Pabst, 1980; Thomsen & Mikkelsen, 1991). Los varones son más propensos a tener un inicio temprano (7-10 años), comparado con las niñas (12-16 años). Durante la adolescencia se equipara la prevalencia para ambos sexos (March & Leonard, 1996).

Parece no haber mayores diferencias culturales respecto de la sintomatología obsesivo-compulsiva. Reportes de diferentes culturas muestran que las obsesiones de contaminación y daño, y las compulsiones de lavado y chequeo se encuentran entre los síntomas más frecuentes.

---

Insertar Tabla 1

---

### *Diagnóstico*

El TOC es un cuadro caracterizado por la presencia de obsesiones y/o compulsiones recurrentes que causan un marcado distrés, interfiriendo con la vida cotidiana (APA, 1994). Las obsesiones son pensamientos, impulsos o imágenes recurrentes que se experimentan como intrusivas y egodistónicas. Generalmente se acompañan de ansiedad, malestar, angustia o temor, por lo que el paciente intenta ejercer cierto control sobre las obsesiones mediante el intento de suprimirlas, ignorarlas o neutralizarlas, mediante la ejecución de alguna compulsión. Éstas pueden ser comportamientos observables (rituales manifiestos), o actos mentales repetitivos (rituales encubiertos). La finalidad de tales rituales o compulsiones, es la de aliviar el estado de ánimo disfórico, o bien neutralizar el contenido expresado por la obsesión.

Dado el predominio del pensamiento mágico propio del nivel de desarrollo cognitivo, en los casos de los niños pequeños, puede faltar el reconocimiento de la falta de sentido o irracionalidad de las obsesiones, o de la aparente falta de conexión lógica entre obsesión y compulsión. Para que el diagnóstico pueda efectuarse, los síntomas deben generar malestar clínicamente significativo, interferir con la rutina diaria del niño (actividades escolares, sociales, etc.), y consumir al menos una hora diaria.

Además, si existen otros diagnósticos en el eje I del DSM IV (APA, 1994), el contenido de obsesiones y compulsiones no debe limitarse a éstos.

---

Insertar Tablas 2 y 3

---

### *Factores de desarrollo*

Ciertos pensamientos y comportamientos repetitivos están presentes en el desarrollo normal de todo niño (Gesell, Ames & Ilg, 1974). Los rituales más comunes son los de coleccionismo, rituales relacionados con la hora de dormir, repetición de “frases de la suerte”, etc. Estos hábitos pueden entenderse como productos del desarrollo normal tendiente a la adquisición de destrezas y control en la ejecución de determinadas rutinas. La mayoría de estos comportamientos desaparece gradualmente alrededor de los 8 años, y son reemplazados por hobbies e intereses más focalizados (Leonard, Goldberger, Rapoport, Cheslow, & Swedo, 1990).

Estos pseudorituales y “obsesiones” son egosintónicos, no causan distrés y no interfieren con la vida cotidiana del niño, por lo que es fácil diferenciarlos de los síntomas del TOC.

El temperamento del niño, su nivel de desarrollo y su entorno familiar y cultural, condicionan la forma en que se experimentará el cuadro, así como la forma en que podrá abordárselo. Por lo tanto, se requerirá del terapeuta una especial pericia para adecuarse a estos factores (por ej., destrezas lingüísticas y paralingüísticas del niño, su capacidad de razonamiento, vínculos codependientes con la familia, etc., para poder desarrollar un plan de tratamiento adecuado).

### *Comorbilidad*

Las comorbilidades más frecuentes se dan con el Trastorno de Ansiedad por Separación, Depresión, Trastorno de Ansiedad Generalizada, Trastorno de Angustia, Fobia Social, Tricotilomanía y Trastorno de Gilles de la Tourette (Flament et al., 1988; Riddle et al., 1990). La comorbilidad con otros trastornos del denominado “espectro obsesivo-compulsivo” son menos frecuentes, pero no por ello inexistentes (March, Leonard & Swedo, 1995). Aproximadamente el 50% de los niños y adolescentes con TOC cumple criterios para otro trastorno de ansiedad durante el curso del cuadro (Leonard et al., 1992; Thomsen, 1994). El TOC se encuentra frecuentemente en pacientes con Trastorno de Gilles de la Tourette, sin embargo, la inversa es menos frecuente. Sí es corriente la asociación de TOC con trastornos de la alimentación, sobre todo en la adolescencia (Rapoport, 1986). Se estima que la proporción de pacientes sin comorbilidad es sumamente baja, de hecho diversos estudios encontraron que entre el 70-75% de los pacientes con TOC presentan al menos otro trastorno psiquiátrico (Swedo, Rapoport, Leonard, Lenane & Cheslow, 1989; Thyer, 1991).

---

Insertar Tabla 4

---

### *Aspectos neurológicos*

Recientemente, se ha observado una asociación entre la sintomatología del TOC y determinadas enfermedades bacterianas que se presentan en algunos niños (Murphy, Petitto, Voeller & Goodman, 2001). Más precisamente, se observó el inicio repentino

de síntomas obsesivo-compulsivos en niños que presentaban infecciones causadas por estreptococos; condición clínica denominada como “PANDAS” (Pediatric Autoimmune Neuropsychiatric Disorders Associated Streptococcal Infections). En la actualidad, numerosos estudios intentan determinar por qué algunos niños presentaban una predisposición a desarrollar síntomas obsesivo-compulsivos luego de padecer infecciones por estreptococos. Se determinó que una variedad de estas bacterias, las del grupo A  $\beta$ -hemolítico (las cuales causan enfermedades como angina, neumonía y fiebre reumática), se relacionaba, en un grupo de niños, con el inicio abrupto de síntomas obsesivo-compulsivos o de trastorno de Gilles de la Tourette. Los investigadores sugieren que podría ser una respuesta anormal del sistema inmune lo que dispara los síntomas neuropsiquiátricos. (Allen, Leonard & Swedo, 1995).

### *Evaluación*

La escala de Yale-Brown para niños con TOC (CY-Bocs) (Scahill et al., 1997) es el instrumento de evaluación más difundido junto con el Inventario de Obsesiones de Leyton (Berg, Rapport & Flament, 1986) y la Escala Obsesiva Compulsiva del Instituto Nacional de Salud Mental (NIMH-OCS) (Goodman & Price, 1992). Las escalas permiten obtener información sobre la severidad del cuadro y, en el caso de la CY-Bocs, al constar también de una entrevista estructurada, se brinda además información minuciosa sobre obsesiones y compulsiones (temática principal, contenidos, cambios acaecidos en el contenido a través del tiempo, etc.). Además de las escalas específicamente relacionadas con el cuadro, es de suma utilidad obtener información adicional respecto de la presencia de otros cuadros comórbidos, así como de factores relacionados con el desarrollo del niño. A tal efecto, el Cuestionario de Desarrollo de Conners-March (Conners-March Developmental Questionnaire) (Conners & March, 1996) brinda información respecto de la historia del presente problema, tratamientos previos, datos relacionados con el nacimiento y el desarrollo posterior, relaciones interpersonales, familiares y escolares. El Inventario de Depresión en niños (Children's Depression Inventory, CDI) y La Escala Multidimensional de Ansiedad para niños (Multidimensional Anxiety Scale for Children, MASC), es de suma utilidad para evaluar la presencia de cuadros depresivos y ansiosos asociados.

Las características que presenta el TOC en cada niño varían considerablemente respecto de su severidad, psicopatología asociada y el impacto del cuadro en su vida y la de la

familia. Por lo tanto, se requiere una evaluación diagnóstica individualizada y comprehensiva. Además de los síntomas del TOC, la planificación del tratamiento debe considerar los siguientes puntos:

- ✓ Presencia de Comorbilidad
- ✓ Nivel de desarrollo del niño
- ✓ Temperamento
- ✓ Grado de deterioro del funcionamiento general.
- ✓ Contexto Familiar

Tanto el paciente como la familia deben participar en el mayor grado posible en el desarrollo de un plan de tratamiento personalizado.

La terapia familiar sólo se recomienda en casos donde los síntomas de los niños han provocado severos disturbios en los patrones de relación familiar, o en casos donde el tratamiento ha sido complicado por conflictos entre los padres y el niño. Si el niño ha sido utilizado como “chivo expiatorio” por otros miembros de la familia, el trabajo con la familia debería centrarse en cambiar este patrón.

No obstante, la relación de codependencia, fruto de la inclusión de los padres en los rituales del paciente, no merece atención particular por parte de un terapeuta de familia. En la mayor parte de los casos, psicoeducación mediante, los padres comprenden su rol en el mantenimiento del problema, y de manera relativamente sencilla comienzan a romper su parte del círculo que contribuía al mantenimiento del cuadro.

#### *Estudios de Resultado*

March, Mulle & Herbel (1994) condujeron un ensayo abierto para determinar la eficacia de un protocolo manualizado de terapia cognitivo-conductual (TCC) en 15 niños con TOC entre moderado y severo. Los resultados de los análisis estadísticos mostraron una disminución significativa en la sintomatología respecto de los puntos de línea de base y postratamiento, cambio que se mantenía al seguimiento a 18 meses.

En un estudio de caso único posterior, los mismos autores (March & Mulle, 1995) emplearon un diseño de línea de base múltiple intrasujeto para evaluar los efectos del mismo protocolo en una niña de 8 años con TOC. A las 11 semanas la niña había



experimentado una reducción altamente significativa de los síntomas, resultado que se mantuvo en el seguimiento a 6 meses.

Utilizando protocolos similares, otros investigadores han obtenidos resultados congruentes con los anteriores (Albano, Knox & Barlow, 1995; Kearny & Silverman, 1990; Piacentini, Gitow, Jaffer & Graae, 1994; Wever & Rey, 1997). Recientemente, otro ensayo clínico abierto (Franklin et al., 1998) administró un protocolo de TCC a 14 niños y adolescentes con TOC. Al cabo de 18 sesiones, 12 de los 14 participantes habían reducido en un 67% su puntuación en la CY-Bocs, resultado que se mantuvo en el seguimiento a 9 meses. Otro ensayo abierto evaluó la eficacia de la TCC en una muestra de 42 niños, el grupo tenía una media de edad de 11.8 años. Los niños tratados con TCC registraron una tasa de respuesta del 79% (Piacentini, Bergman, Jacobs, McCracken & Kretchman, 2002).

Sin embargo, el estudio más importante que evaluó la eficacia relativa de la TCC en pacientes pediátricos con TOC es sumamente reciente. Se trata del primer estudio aleatorio controlado multicéntrico (The Pediatric Obsessive Compulsive Disorder Treatment Study Team, 2004). En el mismo 112 pacientes entre 7 y 17 años de edad, con diagnóstico primario de TOC, fueron reconducidos a una de cuatro condiciones de tratamiento: 1) TCC; 2) Tratamiento farmacológico con Sertralina; 3) Tratamiento combinado (TCC+Sertralina) y 4) Placebo farmacológico. El protocolo de TCC fue el creado por March & Mulle (1998) para pacientes pediátricos con TOC. Los tres tratamientos activos probaron ser eficaces y bien tolerados, si bien todavía se encuentra en proceso la evaluación de seguimiento.

Tomados en conjunto, los diferentes estudios han obtenido resultados similares, por lo cual puede concluirse que la TCC es un tratamiento de elección para pacientes pediátricos con TOC, resultado congruente con las recomendaciones de tratamiento vigentes (March, Frances, Carpenter & Kahn, 1997).

#### *Características de la TCC en Pacientes Pediátricos con TOC*

Recientemente se observó que, al igual que los pacientes adultos, los niños con TOC muestran una tendencia mayor que niños no ansiosos a presentar creencias relacionadas con responsabilidad por daño y fusión pensamiento-acción (Barret & Healy, 2003). Sin embargo, a menor edad aumenta la probabilidad de que el cuadro tenga un patrón motor predominante, lo cual hace que el tratamiento deba ajustarse a los requerimientos de

cada caso en particular. Afortunadamente, el protocolo desarrollado por March & Mulle (1998) posee la suficiente elasticidad como para poder ser aplicado tanto en niños pequeños como en adolescentes, siguiendo las especificaciones sugeridas en cada caso. A continuación se enunciarán las características sobresalientes de dicho protocolo de tratamiento.

El tratamiento se desarrolla entre 12 y 20 sesiones, de una duración aproximada de una hora, si bien están pautadas sesiones de refuerzo o seguimiento tras la finalización de dicho período. Posee un formato semanal, salvo las dos primeras sesiones, las cuales tiene lugar en la primera semana. Cada sesión incluye el establecimiento de metas, una revisión de lo sucedido la semana previa, introducción de nueva información, testeos asistidos por el terapeuta y asignación de tareas entre sesiones. Las sesiones 1, 7, 12 y 20, incluyen a los padres. El tratamiento se desarrolla en de 5 etapas:

- 1) Psicoeducación.
- 2) Entrenamiento Cognitivo.
- 3) Relevamiento sobre factores de desarrollo y mantenimiento del cuadro.
- 4) Testeo de Hipótesis- Exposición y Prevención de Respuesta (Ex/PR).
- 5) Prevención de recaídas.

En la primera etapa, se utilizan los conocimientos y descripciones que el mismo niño suministra para construir con él una descripción de lo que sucede. A tal fin, se emplean analogías y metáforas que el niño pueda comprender. Luego, se detallan las características del tratamiento, haciendo hincapié en la participación activa del niño en su restablecimiento, y en el hecho de que habrá tareas que pautará con el terapeuta para realizar entre sesiones, y con ayuda de algunos de los padres y/o hermanos mayores. En este paso, es de suma importancia iniciar el proceso de “externalización”, es decir, lograr que el niño considere al TOC como algo externo a él, algo que no representa una forma de ser propia, sino algo ajeno. Para tal fin, en niños pequeños se emplean metáforas como las que consideran al TOC como un “contrincante” al cual el niño debe enfrentarse en una “batalla”; también es útil ponerle un sobrenombre para llamarlo por éste, lo que refuerza la sensación de mayor control y dominio.

Durante la segunda etapa, se fomenta una actitud activa y desafiante ante los síntomas, reforzando la información disponible sobre el cuadro y su tratamiento. Comienzan a

desarrollarse mini-testeos de hipótesis sobre el cuadro, por ejemplo, juegos que permitan que el niño perciba los resultados contraproducentes de intentar “no pensar”, o de intentar “controlar” determinados pensamientos. Jugar a evocar un pensamiento o una imagen no ansiógena (un personaje de dibujos animados, historietas, etc.), tratando luego de “no pensar en ella” o “controlarla, sacarla de la cabeza”, para luego jugar a lo contrario, es decir, “dejarla venir si quiere”, “no resistirse a ella”. Estas pruebas permiten que el niño obtenga información sobre cómo aumenta la frecuencia de determinados pensamientos cuando uno intenta controlarlos.

También es el momento de brindar estrategias de afrontamiento cognitivas y conductuales, reevaluación de pensamientos, búsqueda de pruebas a favor y en contra de los pensamientos intrusivos. (En este caso, en niños pequeños suele ser de ayuda una analogía jurídica: someter al pensamiento a juicio, como si fuera un acusado. El niño y también otros significativos pueden actuar como jueces que tratan de determinar si lo que dice el acusado “es verdad”. Para ello debe investigar, buscar pruebas, para luego poder concluir al respecto). También se emplean testeos mediante prevención de respuesta, etc.

El tercer y cuarto paso son de los más relevantes, y constituyen el núcleo de la terapia. Allí, se listan las principales obsesiones y compulsiones, se identifican disparadores, conductas evitativas y de seguridad. También se genera una jerarquía de las obsesiones y compulsiones más temidas, tratando de identificar las consecuencias temidas por el paciente. Estas deben ser operacionalizadas al máximo, es decir, se deben desprender las consecuencias palpables y visibles que el paciente teme que ocurran, fruto de la aparición de las obsesiones o de la falta de ejecución de los rituales.

Es de suma utilidad introducir el concepto de “zona de transición”; el mismo hace referencia a esa zona de la jerarquía diseñada anteriormente en la cual se encuentran las obsesiones y compulsiones que el paciente tiene éxito en resistir al menos un tercio de las veces. Es decir, en la jerarquía, se observarán ítems frente a los cuales el paciente tiene mucha ansiedad y/o malestar, y algunos frente a los cuales ya casi no siente malestar. En la zona intermedia o de “transición”, encontraríamos las obsesiones que pueden ser objeto de pruebas o testeos sin que generen demasiada ansiedad, y tornen al experimento difícil de realizar. Es necesario tener esta guía, ya que, especialmente los niños pequeños, no toleran la ansiedad como los adultos, y la exposición puede convertirse fácilmente en inundación, si no tomamos los recaudos necesarios. Por lo

tanto, los ítems ubicados en la “zona de transición” son blancos apropiados para la generación de testeos y experimentos. Los más pequeños tienen que tener cierta libertad en la elección de las pruebas, ya que ello aumentará la sensación de control sobre lo que ocurre en terapia y aumentará la adherencia.

En la cuarta etapa se procede al testeo de las principales hipótesis, la implementación de las técnicas de exposición y prevención de respuesta (Ex/PR) en forma gradual y guiada por el terapeuta. Más tarde, podrá extenderse la Ex/PR a los períodos entre sesiones, siendo supervisadas por los padres o hermanos mayores del paciente, quienes recibieron antes indicaciones al respecto.

Se procede periódicamente a actualizar la “zona de transición” e indicar las tareas entre sesiones, reforzando positivamente los logros e incrementando la sensación de capacidad de afrontamiento.

La finalidad de la última etapa es reforzar los recursos cognitivo-conductuales, aprendidos como estrategias de afrontamiento ante la aparición de sintomatología.

Usualmente, los pacientes que mantienen sus mejorías en mayor medida son aquellos que han generado una conducta de “testeo empírico” como respuesta a las obsesiones. Ello implica tomar la necesidad de ritualizar, como un momento adecuado para poner a prueba lo que expresa el contenido de la obsesión, o el temor a las consecuencias asociadas a ella. Además, se establecen los recursos interpersonales con los que puede contar para enfrentar sus temores (asistencia de padres, amigos, terapeuta, etc.). En esta fase se establecen las sesiones de refuerzo y control, al principio en forma quincenal, para espaciarse mensualmente según sean las características del caso (evolución durante el tratamiento, nivel de dominio alcanzado sobre el cuadro, destreza en el manejo de las técnicas aprendidas, etc.). También se trabaja sobre las obsesiones y/o compulsiones que se han mostrado resistentes, o sobre las creencias del paciente que pueden actuar como factor de vulnerabilidad a estresores específicos.

Respecto de las sesiones con los padres, las mismas tienen como finalidad brindar psicoeducación respecto del cuadro, del papel de la codependencia en el mantenimiento del mismo, entrenamiento sobre cómo participar y ayudar en la realización de testeos y experimentos, y estrategias en la resolución de los problemas que se presenten.

## **Conclusión**

Los diversos estudios convergen en señalar el impacto nocivo que el trastorno imprime sobre la vida social, familiar y académica de los niños y adolescentes con TOC. Si a ello añadimos la alta tasa de comorbilidad hallada entre pacientes con TOC, y el hecho de que pocos niños reciben el diagnóstico adecuado, y menos aún se encuentran realizando tratamientos apropiados, la situación se torna sumamente apremiante. Es necesario brindar a la población información detallada respecto de las características del TOC y los recursos para su tratamiento, con el fin de promover el diagnóstico precoz y un mayor acceso a los tratamientos disponibles. La TCC se ha mostrado como un tratamiento de elección para el TOC presente en pacientes pediátricos, ha demostrado su eficacia y utilidad clínica en diversos estudios y es el tratamiento recomendado por los paneles de expertos. La participación de la familia y otros significativos en el tratamiento es necesaria, y ayuda a romper con el círculo que mantiene el cuadro. La elección de las estrategias y del momento de introducir determinadas técnicas queda supeditada a la evaluación de las características particulares del caso, es decir, a la conceptualización de cada caso proveniente de diversas fuentes de información (nivel de desarrollo alcanzado, pautas familiares, presencia de comorbilidad, temperamento del paciente, etc.). Se requiere de los terapeutas una extrema flexibilidad para adecuarse a las características propias de cada niño o adolescente, a la hora de llevar adelante el plan de tratamiento.

## Referencias

- Adams, G., Waas, G., March, J. & Smith, M. (1994). Obsessive Compulsive disorder in children and adolescent: the role of the school psychologist in identification, assessment and treatment. *Schoolar Psychology*, 9, 274-294
- Albano, A., Knox, L. & Barlow, D. (1995). Obsessive Compulsive Disorder. En A. Eisen, C. Kearney & C. Schafeer (Eds.), *Clinical handbook of anxiety disorder in children and adolescent* (pp. 282-316). Northvale: Jason Aronson.
- Allen, A., Leonard, H. & Swedo, S. (1995). Case study: a new infection- triggered, autoimmune subtype of pediatric OCD and Tourette's syndrome. *Journal of American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 34, 307-311.

- American Psychiatric Association (1994). *Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos mentales, IV edición*. Washington, DC: Author. (Ed. Massón edición castellana)
- Barret, P. & Healy, L. (2003). An examination of the cognitive processes involved in childhood obsessive compulsive disorder. *Behavior Research and Therapy*, 41, 285-300.
- Berg, C., Rapoport J. & Flament M. (1986). The Leyton Obsessional Inventory- Child Version. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 25, 84-91.
- Conners, C. & March, J. (1996). *Conners-March developmental questionnaire*. Toronto: Multihealth Systems.
- Douglass, H., Morfitt, T., Dar, R., McGee, R. & Silva, P. (1995). Obsessive compulsive disorder in a birth cohort of 18 – year olds: prevalence and predictors. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 11, 1424-1431.
- Esser, G., Schimdt, M. & Woerner, W. (1990). Epidemiology and course of psychiatry disorder in school-age children, results of a longitudinal study. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 31, 243-263.
- Flament, M., Whitaker, A., Rapoport, J., Davis, M., Berg, C., Kalikow, K., Sceery, W. & Shaffer, D. (1988). Obsessive compulsive disorder in adolescence, an epidemiological study. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 27, 764-771.
- Franklin, M., Kozak, M., Cashman, L., Coles, M., Rheingold, A & Foa, E. (1998). Cognitive behavioral treatment of pediatric obsessive compulsive disorder: an open clinical trial. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 37, 412-419.
- Gesell, A., Ames, L. & Ilg, F. (1974). *Infant and child in the culture today*. New York: Harper and Row.
- Goodman, W. & Price, L. (1992). Assessment of severity and change in obsessive compulsive disorder. *Psychiatric Clinics of North America*, 15 (4), 861-869.
- Grados, M., Labuda, M., Riddle, M. & Walkup, J. (1997). Obsessive Compulsive Disorder in Children and Adolescent. *International Review of Psychiatry*, 9, 83-97.
- Hamilton, G. (2001). Autoimmune-mediated, childhood onset obsessive-compulsive disorder and tics: a review. *Clinical Neuroscience*, 1, 61-70.
- Hollingsworth, C., Tanguay, P., Grossmann, L. & Pabst, P. (1980). Long term outcome of obsessive compulsive disorder in childhood. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 19, 134-144.
- Honjo, S., Hirano, C., Murase, S., Kaneko, T., Sugishama, T., Ohtaka, K., Aoshama, T., Takei, Y., Inoko, K. & Wakabayashi, S. (1989). Obsessive compulsive symptoms in childhood and adolescence. *Acta Psychiatrica Scandinavia*, 80, 83-91.

- Kearny, C. & Silverman, W. (1990). Treatment of an adolescent with OCD by alternating response prevention and cognitive therapy: an empirical analysis. *Journal of Behaviour Therapy and Experimental Psychiatry*, 31, 39-47.
- Leonard, H., Goldberger, E., Rapoport, J., Cheslow, D. & Swedo, S. (1990). Childhood rituals: normal development or obsessive compulsive symptoms? *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 29 (1), 17-23.
- Leonard, H., Swedo, S., Lenane, M., Rettew, D., Gershon, E. & Rapoport, J. (1992). Tics and Tourettes disorder: a 2- to 7- year follow- up study of 54 obsessive compulsive children. *American Journal of Psychiatry*, 149 (9), 1244-1251.
- Leonard, H., Swedo, S., Lenane, M., Rettew, D., Hamburger, S., Bartko, J. & Rapoport, J. (1993). A 2- to 7- year follow- up study of 54 obsessive compulsive children and adolescent. *Archives of General Psychiatry*, 50, 429-439.
- March, J., Frances, A., Carpenter, D. & Kahn, D. (1997). The expert consensus guideline series: treatment of obsessive-compulsive disorder. *Journal of Clinical Psychiatry*, 58 (suppl.4).
- March, J. & Leonard, H. (1996). Obsessive compulsive disorder: a review of the past ten years. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 35, 1266-1273.
- March, J., Leonard, H. & Swedo, S. (1995). Pharmacotherapy of OCD. En M. Riddle (Ed.), *Child and Adolescent Psychiatric Clinics of North America*. 4 (1), 217-236.
- March, J. & Mulle, K. (1995). Manualized cognitive behavioral psychotherapy for OCD in childhood: a preliminary single case study. *Journal of Anxiety Disorders*, 9 (2), 175-184.
- March, J. & Mulle, K. (1998). *OCD in Children and Adolescent, a cognitive behavioral treatment manual*. New York: Guilford Press.
- March, J., Mulle, K. & Herbel, B. (1994). Behavioural Psychotherapy for Children and Adolescents with OCD: an open trial of a new protocol driven treatment package. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 33 (3), 333-341.
- Murphy, T., Petitto, J., Voeller, K., Goodman, W. (2001). Obsessive compulsive disorder: Is there an association with childhood streptococcal infections and altered immune function?. *Seminars Clinical Neuropsychiatry*, 6 (4), 266-76.
- Piacentini, J., Bergman, R., Jacobs, C., McCracken, J. & Kretchman, J. (2002). Open Trial of CBT for childhood OCD. *Journal of Anxiety Disorder*, 16 (2), 207-219.
- Piacentini, J., Gitow, A., Jaffer, M. & Graae, F. (1994). Outpatient behavioural treatment of child and adolescent OCD. *Journal of Anxiety Disorder*, 8, (3) 277-289.
- Rapoport, J. (1986). Childhood OCD. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 27, 289-296.

- Rasmussen, S. & Eisen, J. (1990). Epidemiology of OCD. *Journal of Clinical Psychiatry*, 53, 10-14.
- Riddle, M., Scahill, L., King, R., Hardin, M., Towbin, K., Ort, S., Leckam, J. & Cohen, D. (1990). OCD in children and adolescents: phenomenology and family history. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 29, (5). 766-772.
- Scahill, L., Riddle, M., McSwiggin –Hardin, M., Ort, S., King, R., Goodman, W., Cicchetti, D. & Leckman, J. (1997). Children's Yale- Brown Obsessive compulsive scale: reliability and validity. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 36, (6). 844-852.
- Swedo, S., Rapoport, J., Leonard, H., Lenane, M. & Cheslow, D. (1989). OCD in children and adolescents: clinical phenomenology of 70 consecutive cases. *Archives of General Psychiatry*, 46, (4). 335-341.
- The Pediatric OCD Treatment Study Team (2004). Cognitive-behavior therapy, sertraline, and their combination for children and adolescents with obsessive-compulsive disorder. *Journal of American Medical Association*, 16 (292). 1969-1976
- Thomsen, P. (1993). OCD in children and adolescents: self-reported obsessive symptoms and traits in Danish pupils. *Acta Psychiatrica Scandinavia*, 88, 212-217.
- Thomsen, P. (1994). OCD in children and adolescents: a 6-22 year follow-up study, clinical descriptions. *European Child and Adolescent Psychiatry*, 3, 82-96.
- Thomsen, P. (1998). OCD in children and adolescents: clinical guidelines. *European Child and Adolescent Psychiatry*, 7, 1-11.
- Thomsen, P. & Mikkelsen, H. (1991). Children and adolescent whit OCD: the demographic and diagnostic characteristics of 61 Danish patients. *Acta Psychiatrica Scandinavia*, 83, 262-266
- Thyer, B. (1991). Diagnoses and treatment of child and adolescent anxiety disorders. *Behavior Modification*, 15, (3) 310-325.
- Wever, C. & Rey, J. (1997). Juvenile OCD. *Australia and New Zealand Journal of Psychiatry*, 31 (1) 105-113.
- Whitaker, A., Jonson, J., Shaffer, D., Rapoport, J., Kalikow, K., Walsh, B., Davies, M., Braiman, S. & Dorinsky, A. (1990). Uncommon Troubles in young people: prevalence estimates of selected psychiatric disorders in a non- referred adolescent population. *Archives of General Psychiatry*, 47, 487-496.
- Zohar, A., Ratzoni, G., Pauls, D., Apter, A., Bleich, A., Kron, S., Rapoport, M., Weizman, A. & Cohen, D. (1992). An epidemiological study of OCD and related disorders in Israeli



adolescents. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 31, 1057-1061.

Tabla 1. Estudios de Prevalencia	n	Prev
Flament et al., 1988 (USA)	5000	0.5 %
Zohar et al., 1992 (Israel)	600	3.3 %

Douglass et al., 1995 (Nueva Zelanda)	800	2.5 %
Esser et al., 1990 (Alemania)	360	2-4 %
Thomsen, 1993 (Dinamarca)	1010	4.1 %
Honjo et al., 1989 (Japón)	1293	5.0 %

Tabla 2. Porcentaje aproximado de las obsesiones más frecuentes

---

Contaminación	40 %
Daño a sí mismo o terceros	35 %
Temor indeterminado	25 %
Muerte	25 %
Religiosas	20 %
Simetría	15 %
Sexuales	10 %

Tabla 3. Porcentaje aproximado de las compulsiones más frecuentes

---

Lavado	50 %
Chequeo	40 %
Necesidad de Preguntar, disculparse, etc.	30 %
Ordenar	25 %
Tocar, contar	25 %
Rezo	20 %

Tabla 4. Comorbilidades más frecuentes en pacientes pediátricos con TOC

---

Trastorno de Ansiedad por Separación

Depresión

Trastorno de Ansiedad Generalizada

Trastorno de Angustia

Fobia Social

Tricotilomanía

Trastorno de Gilles de la Tourette

Trastorno de la Alimentación