

# Tratamiento cognitivo-conductual de los trastornos obsesivo-compulsivos en paidopsiquiatría (guía práctica)

Josep Tomàs, Núria Bassas  
y Miquel Casals (eds.)

**LAERTES**





# **Tratamiento cognitivo-conductual de los trastornos obsesivo-compulsivos en paidopsiquiatría**

**(Guía práctica)**



Editores: Josep Tomàs  
Núria Bassas  
Miquel Casas

# **Tratamiento cognitivo-conductual de los trastornos obsesivo-compulsivos en paidopsiquiatría (Guía práctica)**

EDITORIAL LAERTES  
CUADERNOS DE PAIDOPSIQUIATRÍA

Secretaria de edició: Núria Bassas

Primera edició: enero de 2005

Maqueta de la colecció y diseno de cubierta. Duatis Disseny

© N. Bassas, A. Grisales, O. Llopart, M. Miguel, S. Prieto, D. Subirà, J. Tomàs

© de esta edició: Laertes, S. A. de Ediciones, 2004  
C/ Virtut, 8, bajos – 08012 Barcelona  
[www.laertes.es](http://www.laertes.es)

ISBN: 84.7584–549-5  
Depósito legal: SE-6347-2004

Composició: Olga Llop

Impreso en Publidisa

*Printed in Spain*

Queda prohibida, salvo excepció prevista en la ley, cualquier forma de reproducció, distribució, comunicació pública y transformació de esta obra sin contar con la autorizació de los titulares de la propiedad intelectual. La infracció de los derechos mencionados puede ser constitutiva de delito contra la propiedad intelectual (Art. 270 y siguientes del Código Penal). El Centro Español de Derechos Reprográficos (CEDRO) vela por el respeto de los citados derechos

# Índice

## PRIMERA PARTE

<b>Introducción</b> .....	13
<b>Presentación teórica del trastorno obsesivo-compulsivo</b> .....	16
Concepto .....	16
Descripción clínica .....	17
Nosografía comparativa .....	19
Epidemiología .....	21
Comorbilidad .....	23
Diagnóstico diferencial .....	24
Manifestaciones obsesivoides del desarrollo normal .....	26
Factores etiológicos .....	27
1. Factores biológicos .....	27
2. Factores genéticos .....	30
3. Factores de la neurotransmisión .....	30
4. Factores neuroendocrinos .....	33
Resultados obtenidos mediante pruebas médicas .....	33
1. Estudios electrofisiológicos .....	33
2. Estudios con técnicas de neuroimagen .....	33
Modelo explicativo .....	35
<b>El proceso de evaluación psicológica</b> .....	37
Introducción .....	37
Historia clínica del paciente .....	40
La entrevista semiestructurada .....	41
Evaluación de las capacidades cognitivas .....	44
Evaluación de las aptitudes cognitivas .....	46
Evaluación de la personalidad .....	47
Evaluación de aspectos comportamentales .....	48
Evaluación de aspectos adaptativos .....	50
Evaluación de los problemas de conducta .....	51
Los tests proyectivos .....	51

## SEGUNDA PARTE

<b>El tratamiento del TOC</b>	
Introducción .....	55
Psicoterapia cognitivo-conductual .....	55
La terapia cognitivo-conductual .....	56
1. Introducción .....	56
2. Primer paso: la psicoeducación .....	59

3. Segundo paso: el entrenamiento cognitivo .....	60
4. Tercer paso: realizar un mapa del TOC .....	61
5. Cuarto paso: exposición gradual con prevención de respuesta .....	61
6. Aspectos relacionados con la estructuración .....	63
7. Las técnicas de intervención .....	63
8. Implicación de la familia en la terapia .....	68
9. Implicación de la escuela en la terapia .....	72
10. Problemas que pueden aparecer durante la terapia .....	72
Tratamiento farmacológico en el TOC infanto-juvenil .....	75
1. Introducción .....	75
2. Principios activos .....	76
3. Farmacoterapia específica del TOC infantil .....	81
4. Tratamientos en investigación .....	92

### TERCERA PARTE

<b>Un caso sesión a sesión .....</b>	<b>97</b>
Estableciendo el marco de trabajo .....	98
Introducir el instrumento principal .....	103
Elaborando el mapa del TOC .....	108
Completando las herramientas .....	114
Exposición con prevención de respuesta .....	117
Practicar la E/PR .....	118
Continuar la E/PR .....	121
Sesión con la familia .....	123
Sesión de la 8-11: avanzando en la jerarquía .....	126
Segunda sesión con la familia .....	129
Sesión de la 13-18: completar la E/PR .....	132
Prevenir la recaída .....	135
Llega el final de la terapia .....	138
Sesión de refuerzo .....	139
<b>Aplicaciones prácticas del programa según las características del TOC .....</b>	<b>142</b>
Tratamiento para pacientes «limpiadores» .....	142
Tratamiento para pacientes «verificadores y repetidores» .....	146
Tratamiento para pacientes «acumuladores y ordenadores» .....	150
Tratamiento para pacientes con «ritualizaciones mentales» .....	155

### CUARTA PARTE

<b>Anexos de información: material complementario .....</b>	<b>163</b>
Información para los padres sobre el trastorno obsesivo-compulsivo .....	163
Una guía práctica sobre la terapia cognitivo-conductual.	
Información para padres .....	166
Información para profesores sobre el trastorno obsesivo-compulsivo .....	173
<b>Referencia bibliográficas .....</b>	<b>180</b>

# Relación de autores

**Núria Bassas i Bolívar**

Psicóloga clínica. Adjunta clínica de la Unitat de Psiquiatria Infantil i Juvenil de l'Hospital Universitari Vall d'Hebron

**Adolfo Grisales Valencia**

Médico del Centro Integral de Servicios de Salud Mental (CIS) y Psiquiatria Infantil Clínica Stauros

**Ona Llopart i Capdevila**

Psicóloga. Master en Psiquiatria Infantil y Juvenil

**Miriam Miguel Arbonies**

Psicóloga. Master en Psiquiatria Infantil y Juvenil

**Sonia Prieto Cabanellas**

Psicóloga. Master en Psiquiatria Infantil y Juvenil

**David Subirà i Méndez**

Psicólogo. Master en Psiquiatria Infantil y Juvenil

**Josep Tomàs Vilaltella**

Profesor Titular de Psiquiatria de la UAB. Jefe de la Unitat de Psiquiatria Infantil i Juvenil de l'Hospital Universitari Vall d'Hebron



# Primera Parte



# Introducción

A lo largo de la historia de la paidopsiquiatría, encontramos la descripción de pensamientos repetitivos, no deseados o de los rituales, muchas veces caracterizados por pensamientos mágicos y muchas veces mantenidos en secreto por las personas que los sufrían, pero que según los expertos se presentaban de manera bastante constante. En este sentido, hasta mediados del siglo XIX, el fenómeno obsesivo-compulsivo se consideró como una variante de la locura, y no se admitió como una de las categorías de la neurosis hasta que no estuvo bien definido como tal. A finales del siglo XIX empezaron a surgir algunas hipótesis etiológicas (Vallejo et Berrios, 1995).

El reconocimiento de que el TOC era más frecuente en adultos de lo que se había creído hasta el momento, y los estudios retrospectivos realizados, demuestran que entre un tercio y la mitad de los pacientes adultos que padecían TOC habían iniciado la enfermedad antes de los 15 años (Karno et al, 1988).

La información existente sobre la naturaleza, epidemiología y tratamiento del Trastorno Obsesivo-Compulsivo en la infancia es mucho más reducida de la que disponemos sobre este trastorno en la edad adulta. Si bien debemos destacar, que en las últimas décadas se ha producido un aumento significativo en el número de publicaciones que se centran en el estudio de los trastornos de ansiedad en la infancia y adolescencia en general, y en particular del Trastorno Obsesivo-Compulsivo (TOC).

En 1935 Kanner realizó una de las primeras revisiones sobre el Trastorno en la infancia marcando adecuadas observaciones sobre la tendencia al aislamiento social de los niños obsesivos y sobre la frecuente implicación de los miembros de la familia en los rituales.

También apuntó datos sobre la posible similitud entre algunos comportamientos de tipo compulsivo y los tics.

Años más tarde aparece el primer estudio con población clínica realizado por Despert en 1955, describiendo a un grupo de 68 pacientes de entre una población clínica infanto-juvenil, afectados por esta patología.

Quizás el estudio más relevante en relación a la diferenciación de las características de la patología durante la etapa infantil fue el llevado a cabo por Judd en 1965. En este estudio, Judd formula un conjunto de características propias del trastorno en la infancia que podrían considerarse como criterios de inclusión para seleccionar a niños con Trastorno Obsesivo-Compulsivo.

Estos criterios fueron los siguientes:

1. Presencia de síntomas obsesivos y compulsivos bien definidos;
2. Estos síntomas deben constituir la patología principal;
3. Los síntomas en cuestión deben ser suficientemente graves para interferir en el funcionamiento normal del niño.

Este último criterio apuntado por Judd puede considerarse de vital importancia ya que este trastorno suele implicar todos los aspectos de la vida del niño: el desempeño escolar se ve afectado si el niño invierte mucho tiempo escribiendo y reescribiendo cada palabra hasta que le parece perfecta; queriendo asegurarse en forma obsesiva de las cosas que hace, por tanto, se puede afirmar que las relaciones sociales y el rendimiento del paciente se ven perturbados y no le permiten un funcionamiento normal (Tomàs et al, 1990).

La existencia de criterios diagnósticos apropiados para el trastorno en la infancia sigue siendo uno de los caballos de batalla en la investigación debido a la normalidad durante la infancia

de la existencia de comportamientos de tipo repetitivo y reiterativo. En las primeras etapas del desarrollo aparecen fenómenos como *las reacciones circulares*, término acuñado por Baldwin que los implicaba en los reflejos innatos y más tarde apoyado por Piaget quien los incluyó dentro del proceso de desarrollo sensoriomotor.

Estos actos eran considerados por los autores como métodos que facilitan al niño el conocimiento de su entorno y de su realidad plausible. Más adelante, el juego del niño y muchas otras de sus conductas aparecen plagadas de repeticiones y reiteraciones, sobre todo en el período comprendido entre los 7 y los 8 años de edad y el inicio de la adolescencia. En todo caso, el conocimiento de los componentes obsesivos del desarrollo normal nos permiten diferenciarlos de aquellos que aparecen de manera patológica.

Retomando el hilo de la historia, en 1973 Adams realiza una monografía dedicada íntegramente a niños obsesivos, en ella aparece la revisión de un total de 49 casos, con una población menor de 16 años, en la que destaca como factor diferencial la descripción de ciertos comportamientos de tipo agresivo de los niños hacia las figuras parentales.

De todas formas, hasta principios de la pasada década de los noventa del siglo XX, se consideraba que el Trastorno Obsesivo Compulsivo era una patología de rara aparición entre la población infanto-juvenil y por tanto, se dedicaban esfuerzos limitados al estudio de sus características (Piacentini et Bergman, 2000; Wolff, 1991). Durante la última década del siglo XX, esta apreciación ha sido matizada, debido sobre todo, a la aparición de nuevos datos sobre la edad de inicio del Trastorno en

estudios con población adulta (Bassas et al, 1994) y a la aparición de tratamientos efectivos y de técnicas más modernas de evaluación y muestreo que han permitido un significativo aumento del conocimiento del Trastorno Obsesivo Compulsivo infantil y la revisión de las tasas de prevalencia dentro de este grupo de población (Piacentini et Bergman, 2000). A partir de los datos reportados en las últimas investigaciones sobre epidemiología, podríamos aceptar una prevalencia entre 1-2% en la población infanto-juvenil (Vallejo, 1995; Verdes et al, 1998). Estos resultados sugieren que el Trastorno Obsesivo Compulsivo es una patología pediátrica relativamente común, sobre todo en adolescentes (Towbin et Riddle, 2002), a la vez que las puntuaciones se pueden considerar como compatibles con las estimaciones de prevalencia en la población general (Karno et al, 1988) y el hecho que entre un tercio y una mitad de los adultos con este Trastorno han tenido su inicio durante la infancia (Karno et Golding, 1990; Rapoport et al, 1994).

Como hemos comentado, parte de este interés creciente viene motivado en gran parte por los importantes éxitos conseguidos en el ámbito terapéutico. En el ámbito psicofarmacológico, los trabajos de Flament y col. (1985), que demostraban la eficacia de la clomipramina para el tratamiento del TOC en niños y adolescentes, abrían las puertas a nuevos estudios empíricos, actualmente centrados en los Inhibidores Selectivos de la Recaptación de Serotonina (ISRS).

Y por otra parte, los éxitos conseguidos a través de la Terapia Cognitivo-Conductual en sujetos adultos, han permitido adaptarla al tratamiento del TOC pediátrico, como estrategia prin-

cipal para resistirse a las obsesiones y las compulsiones. Ésta es la única técnica psicoterapéutica que presenta una relación consistente entre el trastorno, el tratamiento y la evolución de los síntomas y del paciente (Tomás y col., 1999). La exposición con prevención de respuesta (E/PR) es el tratamiento Cognitivo-Conductual que más se utiliza y puede ser utilizado de forma combinada con otras técnicas de modificación de la conducta (Leonard et al, 1997).

En la actualidad podemos afirmar que como mínimo una de cada 100 personas jóvenes padece un Trastorno Obsesivo-Compulsivo (TOC) y en muchos casos el desorden ocasiona problemas académicos, sociales y laborales. De todos los niños y adolescentes con TOC, sólo unos pocos reciben un diagnóstico correcto y pocos reciben un tratamiento adecuado. Esto resulta lamentable pues se dispone de tratamientos cognitivo-conductuales y farmacológicos efectivos para tales casos.

La utilización de la terapia cognitivo-conductual (TCC) en niños y adolescentes con TOC depende de la comprensión, por parte de los profesionales, de que la aparición de dicha enfermedad también se da en personas jóvenes.

Por tanto, el objetivo principal de este trabajo será el de ofrecer a los profesionales de la salud mental una guía práctica para el tratamiento de esta patología durante la infancia, sistematizando los conocimientos de los que hasta ahora disponemos con el objetivo de ofrecer un camino claro y coherente para la obtención de los objetivos que nos planteamos de manera pragmática y sin divagaciones intelectuales de ningún tipo.

# Presentación teórica del Trastorno Obsesivo- Compulsivo

## CONCEPTO

El Trastorno Obsesivo Compulsivo (TOC) se caracteriza principalmente por la presencia de obsesiones y/o compulsiones recurrentes y severas que causan malestar significativo e interfieren en la vida cotidiana de la persona. En este sentido, ocupan una parte importante de su tiempo y afectan su funcionamiento laboral, sus relaciones y/o actividades sociales. Un paciente con TOC puede tener obsesiones o compulsiones, o ambas a la vez.

Entendemos por Obsesión un pensamiento, imagen o sensación recurrente e intrusiva, que es egodistónica y generalmente sin sentido. A pesar de la falta de control, el individuo puede reconocer que se originan en sus propios procesos mentales. Las obsesiones pueden ser simples palabras repetitivas, pensamientos, temores, recuerdos, imágenes o escenas dramáticas detalladas.

Las Compulsiones son conductas repetitivas que el paciente siente la necesidad de realizar como respuesta a una obsesión. Este comportamiento es consciente, sistematizado y recurrente. Las compulsiones llevan a elaborar una variedad de reglas precisas para la cronología, velocidad-ritmo, orden, duración y número de repeticiones de dichos actos.

En los pacientes adultos con TOC, generalmente, tanto las obsesiones como las compulsiones, son reconocidas como irracionales y no deseadas. En los pacientes pediátricos, puede no cumplirse esta condición, pues no siempre reconocen que sus obsesiones y compulsiones son excesivas e irracionales.

A pesar de esta diferencia, podemos considerar que la presentación clínica del TOC pediátrico es en esencia idénti-

ca a la de los adultos (Hanna, 1995; Rappaport, 1986).

## DESCRIPCIÓN CLÍNICA

El Trastorno Obsesivo-Compulsivo en niños y adolescentes parece representar un grupo heterogéneo, con un amplio rango de curso y presentación clínica.

Algunos autores han intentado definir distintos subtipos de TOC, aunque la variedad en el contenido de los síntomas obsesivo-compulsivos y en la frecuencia de su presentación hacen difícil esta tarea. Encontramos intentos de clasificación según si presentan un trastorno de tics asociado o no (Eapen, 1997), o según el comienzo y el curso de la enfermedad, pero se encuentran con una importante variación entre unos pacientes y otros.

En algunos pacientes encontramos un inicio de la enfermedad brusco y en otros más lento y progresivo; en cuanto al curso de la enfermedad, hemos visto pacientes con un curso crónico con algunas fluctuaciones y otros con remisiones importantes de la sintomatología; también existen diferencias en cuanto a la edad de comienzo (prepuberal o puberal); y finalmente, encontramos importantes diferencias en los trastornos comórbidos y anomalías neurológicas asociadas.

Los síntomas de un paciente pueden sobreponerse y cambiar con el tiempo, aún así podemos establecer cuatro patrones principales de síntomas en el TOC en niños y adolescentes (Piacentini et Bergman, 2000).

El patrón más común lo forman las obsesiones de contaminación, seguidas generalmente por una compulsión de lavado o por una evitación compulsiva de objetos presumiblemente contamina-

dos (Swedo y col. 1989). Los contaminantes temidos pueden ser tan específicos como el SIDA o secreciones corporales o tan vagos y generales como algo «pegajoso» o «sucio». Dicho objeto contaminante es a menudo difícil de evitar (por ejemplo, heces, orina, polvo o gérmenes), con lo cual este tipo de obsesión tiende a limitar considerablemente las actividades de los niños y adolescentes. Los pacientes pueden lesionar sus manos debido al lavado excesivo o pueden ser incapaces de salir de casa por temor a los gérmenes. La ansiedad es la respuesta más común ante los objetos temidos. Los pacientes con obsesiones de este tipo, usualmente creen que la contaminación se transmite de objeto a objeto o de persona a persona con el mínimo contacto.

El segundo patrón más común es la duda patológica u obsesión de duda, seguida por una compulsión de comprobación (Piacentini et Bergman, 2000). Este tipo de obsesión implica casi siempre un peligro de violencia, por ejemplo comprobar que las puertas de casa estén cerradas, o que no se haya dejado ningún grifo abierto, que no haya herido los sentimientos de alguien, o que no haya atropellado un animal con la bicicleta, etcétera. Las compulsiones de comprobación pueden presentarse en el ámbito conductual o mental. En el ámbito conductual, la compulsión puede implicar tener que regresar muchas veces a casa para comprobar que están todas las puertas cerradas, o comprobar varias veces que ha puesto todos los libros necesarios en la cartera, etcétera. En el ámbito mental, las compulsiones pueden tomar un tinte más religioso, centrado en repetir un número determinado de veces una oración concreta. Además, debemos añadir que a menudo estos pacientes se sienten cul-

pables por haber tenido olvidos o haber cometido errores.

El tercer patrón más común son los pensamientos intrusivos obsesivos sin compulsiones. Estas obsesiones son usualmente pensamientos repetidos de un acto sexual o agresivo que es reprochable para el paciente, y que por lo tanto le genera ansiedad.

El cuarto patrón más común es la necesidad de simetría o precisión, la cual puede llevar a una lentitud excesiva a la hora de realizar actividades sencillas. Los pacientes con este patrón pueden literalmente tomarse horas para comer un alimento, para ordenar su habitación, o atarse los cordones.

Otras compulsiones comunes incluyen actos de contar, ordenar o tocar con determinados patrones. Aunque algunas de estas compulsiones pueden estar ligadas a una preocupación específica, muchas consisten en acciones repetidas hasta el punto en que ellos se sienten satisfechos. Por ejemplo, subir y bajar escaleras hasta que ellos sienten que «ya es suficiente», o abrir y cerrar la puerta antes de entrar, encender y apagar las luces, etcétera. Releer o reescri-

bir compulsivamente los apuntes o deberes de la escuela son actos que pueden interferir significativamente en el rendimiento escolar.

A diferencia de los adultos, los niños con TOC pueden ser incapaces de especificar las consecuencias temidas que sus rituales compulsivos están intentando evitar, más allá de una vaga premonición de que algo malo puede suceder (Swedo et al, 1989). Por otra parte, las compulsiones simples de tocar de forma repetitiva o simétrica pueden carecer de un componente obsesivo discernible y pueden ser fenomenológicamente indistinguible de los tics complejos (Cohen y Leckman, 1994).

Una característica común de muchas preocupaciones obsesivas es una exagerada percepción de riesgo por parte del niño, que se reduce con el ritual compulsivo. En este sentido, usualmente presentan preocupaciones por la seguridad de sus padres o de ellos mismos. La ejecución del ritual disminuye transitoriamente la preocupación obsesiva aunque a costa de incrementar el deterioro y la limitación de funcionamiento.

## NOSOGRAFÍA COMPARATIVA

**TABLA 1.1**  
**CRITERIOS DIAGNÓSTICOS PARA EL TRASTORNO OBSESIVO-COMPULSIVO SEGÚN EL DSM-IV TR.**

A. Se cumple para las obsesiones y las compulsiones:

–Las obsesiones se definen por:

1. Pensamientos, impulsos o imágenes recurrentes y persistentes que se experimentan en algún momento del trastorno como intrusos e inapropiados, y causan ansiedad o malestar significativos.
2. Los pensamientos, impulsos o imágenes no se reducen a simples preocupaciones excesivas sobre problemas de la vida real.
3. La persona intenta ignorar o suprimir estos pensamientos, impulsos o imágenes, o bien intenta neutralizarlos mediante otros pensamientos o actos.
4. La persona reconoce que estos pensamientos, impulsos o imágenes obsesivos son el producto de su mente.

–Las compulsiones se definen por:

1. Comportamientos (por ejemplo, lavado de manos, puesta en orden de objetos, comprobaciones) o actos mentales (rezar, contar o repetir palabras en silencio) de carácter repetitivo, que el sujeto se ve obligado a realizar en respuesta a una obsesión o con arreglo a ciertas reglas que debe seguir estrictamente.
2. El objetivo de estos comportamientos u operaciones mentales es la prevención o reducción del malestar o la prevención de algún acontecimiento o situación negativos; sin embargo, estos comportamientos u operaciones mentales, o no están conectados de forma realista con aquello que pretenden neutralizar o prevenir, o resultan claramente excesivos.
3. En algún momento del curso del trastorno la persona ha reconocido estas obsesiones o compulsiones resultan excesivas o irracionales. **Nota:** Este punto no es aplicable a los niños.
4. Las obsesiones o compulsiones provocan un malestar clínico significativo, representan una pérdida de tiempo (suponen más de una hora al día), o interfieren marcadamente la rutina diaria del sujeto, su actividad laboral (o académica), o su vida social.
5. Si hay otro trastorno del eje I, el contenido de las obsesiones o compulsiones no se limita a él (por ejemplo, preocupaciones por la comida en un trastorno alimentario, arranque de cabellos en la tricotilomanía, inquietud por la propia apariencia en el trastorno dismórfico corporal, preocupación por las drogas en un trastorno por consumo de sustancias, preocupación por estar padeciendo una grave enfermedad en la hipocondría, preocupación por las necesidades o fantasías sexuales en una parafilia, o sentimientos repetitivos de culpabilidad en el trastorno depresivos mayor).
6. El trastorno no se debe a los efectos fisiológicos directos de una sustancia (por ejemplo, drogas, fármacos) o de una enfermedad no psiquiátrica.

**TABLA 1.2**  
**CRITERIOS DIAGNÓSTICOS PARA EL TRASTORNO OBSESIVO-COMPULSIVO**  
**SEGÚN LA C.I. E -10 (1992)**

La característica esencial es la presencia de pensamientos obsesivos o actos compulsivos recurrentes.

Los pensamientos obsesivos son ideas, imágenes o impulsos mentales que irrumpen una y otra vez en la actividad mental del individuo, de una forma estereotipada. Suelen ser siempre desagradables –por su contenido violento u obsceno, o simplemente porque son percibidas como carentes de sentido– y el que los padece suele intentar, por lo general sin éxito, resistirse a ellos. Son, sin embargo, percibidos como pensamientos propios, a pesar de que son involuntarios y a menudo repulsivos.

Los actos o rituales compulsivos son formas de conducta estereotipadas que se repiten una y otra vez. No son por sí mismos placenteros, ni dan lugar a actividades útiles por sí mismas. Para el enfermo tienen por objeto evitar que ocurra algún hecho objetivamente improbable. Suele tratarse de rituales para conjurar el que uno mismo reciba daño de alguien o se lo pueda producir a otros.

A menudo, aunque no siempre, este comportamiento es percibido por él como carente de sentido o de eficacia y hace reiterados intentos para resistirse a él. En casos de larga duración, la resistencia puede verse reducida a un nivel mínimo. Casi siempre está presente un cierto grado de ansiedad. Existe una íntima relación entre los síntomas obsesivo-compulsivos y la depresión. Los pacientes con TOC tienen a menudo síntomas depresivos y enfermos con un trastorno depresivo recurrente a menudo presentan pensamientos obsesivos durante sus episodios de depresión. En ambas situaciones, el incremento o la disminución en la gravedad de los síntomas depresivos se acompaña por lo general de cambios paralelos en la gravedad de los síntomas obsesivo-compulsivos.

El TOC es tan frecuente en hombres como en mujeres y la personalidad básica suele tener rasgos anancásticos destacados. El comienzo se sitúa habitualmente en la infancia y, en ausencia de síntomas depresivos significantes, tiende más a la evolución crónica.

### **PAUTAS PARA EL DIAGNÓSTICO**

Para un diagnóstico definitivo deben estar presentes y ser una fuente importante de angustia o de incapacidad durante la mayoría de los días al menos durante dos semanas sucesivas, síntomas obsesivos, actos compulsivos o ambos. Los síntomas obsesivos deben tener las siguientes características:

1. Son reconocidos como pensamientos o impulsos propios.
2. Se presenta una resistencia ineficaz a por lo menos uno de los pensamientos o actos, aunque estén presentes otros a los que el enfermo ya no se resista.
3. La idea o la realización del acto no deben ser en sí mismas placenteras (el simple alivio de la tensión o ansiedad no debe considerarse placentero en este sentido).
4. Los pensamientos, imágenes o impulsos deben ser reiterados y molestos.

El trastorno incluye:

1. Neurosis anancástica
2. Neurosis obsesiva
3. Neurosis obsesiva-compulsiva

F42. TRASTORNO OBSESIVO-COMPULSIVO

F42.0 CON PREDOMINIO DE PENSAMIENTOS O RUMIACIONES EXCESIVAS

F42.1 CON PREDOMINIO DE ACTOS COMPULSIVOS (RITUALES OBSESIVOS)

F42.2 CON MEZCLA DE PENSAMIENTOS Y ACTOS OBSESIVOS

F42.8 OTROS TRASTORNOS OBSESIVO-COMPULSIVOS

F42.9 TRASTORNO OBSESIVO-COMPULSIVO SIN ESPECIFICACIÓN

Los Criterios Diagnósticos de Investigación de la CIE-10 y del DSM-IV TR se distinguen básicamente en los siguientes aspectos:

1. La CIE-10 diferencia las obsesiones de las compulsiones en función de si se trata de pensamientos, ideas o imágenes (obsesiones) o actos (compulsiones). En cambio, el DSM-IV TR establece esta diferencia dependiendo de si el pensamiento, idea o imagen, produce ansiedad o malestar, o si previene o reduce dichos síntomas. Por lo tanto, desde el DSM-IV TR se considera que pueden existir compulsiones de tipo cognoscitivo, que serían consideradas obsesiones según la CIE-10.
2. La CIE-10 especifica una duración mínima de los síntomas de 2 semanas, mientras que el DSM-IV TR no establece un período mínimo de presentación de los síntomas.
3. La CIE-10 describe cinco subtipos de TOC: 1. Con predominio de pensamientos obsesivos o rumiaciones, 2. Con predominio de actos compulsivos (rituales obsesivos), 3. Con mezcla de pensamientos y actos obsesivos, 4.

Otros trastornos obsesivos o compulsivos, 5. TOC inespecífico.

4. A diferencia del DSM-IV TR, la CIE-10 no excluye las preocupaciones excesivas por problemas reales de la vida, como obsesiones o actos mentales específicamente dirigidos.
5. La CIE-10 afirma que las compulsiones son frecuentemente reconocidas como excesivas o sin sentido, pero en contraste con el DSM-IV TR, este criterio no se excluye en los niños.

## EPIDEMIOLOGÍA

El TOC es uno de los diagnósticos psiquiátricos más comunes, después de la depresión mayor, los trastornos relacionales y las fobias.

Existe un rango de variación importante en el porcentaje de prevalencia de este trastorno en la población general. Los variados métodos de estudio utilizados para la evaluación favorecen la existencia de significativas disparidades, estableciendo una prevalencia de entre el 0,5 y el 3% en la población adulta. Y puesto que ya se tiene la seguridad de que el TOC infantil y el que se mani-

fiesta en la edad adulta es el mismo trastorno, estos resultados son perfectamente aplicables a los niños.

Inicialmente se hablaba de una prevalencia del 0,05% para los adultos, pero después encontramos los resultados de los estudios de la ECA (*Epidemiologic Catchment Area*), que establecen unas prevalencias de entre el 1,2 y el 2,4 %. Aunque si analizamos detenidamente los métodos de evaluación y diagnósticos encontramos que: en primer lugar, los entrevistadores no habían sido entrenados en el ámbito clínico; y en segundo lugar, revisiones posteriores cuestionaron la validez del cuestionario utilizado (DIS, cuestionario de entrevista diagnóstica), pues encontraron que las escalas utilizadas para la evaluación eran dicotómicas (de respuesta sí o no), y esto hizo que una parte importante de la muestra se situara en el umbral diagnóstico, dando unos resultados sesgados.

Las estimaciones iniciales sobre la incidencia del TOC infantil se basaban en poblaciones clínicas psiquiátricas. Berman (1942) encuentra el «fenómeno obsesivo-compulsivo» en 6 de 2800 pacientes, un 0,2%. Hollingsworth et al (1980), encuentran 17 casos de TOC entre 8367 pacientes, un 0,2 %. Judd (1965), en un estudio retrospectivo encuentra 5 casos de 425 historias pediátricas, un 1,2%.

Años después, Flament et al (1988), en un intento de verificar los datos obtenidos por el ECA, pero ahora en población infantil y adolescente, realizaron un amplio estudio con una muestra de 5596 pacientes. Para la evaluación utilizaron el *Inventario de Obsesiones de Leyton* (LOI). Y en una segunda parte del estudio, se realizó una entrevista semiestructurada que surgía del consenso un número importante de expertos en psiquiatría. La prevalencia de TOC obtenida en esta población fue de 1,9%.

La prevalencia pues parece ser mayor que la establecida en los años 50, pero menor que la del primer estudio de la ECA. Actualmente estudios válidos estiman una prevalencia de alrededor del 1%.

Ante estos resultados observamos la dificultad para valorar la prevalencia del TOC cuando se toman muestras comunitarias, ya que es necesario distinguir el TOC de un amplio rango de leves obsesiones y rituales que ocurren como experiencias comunes a lo largo de la vida o fenómenos del desarrollo en la infancia. En un estudio comparativo realizado por Rachman y De Silva (1978), encontraron que las obsesiones, tanto en los pacientes adultos con TOC como en los sujetos sin hallazgos clínicos, eran similares en forma y contenido, pero se diferenciaban significativamente en cuanto a la frecuencia, la intensidad y las consecuencias. En los sujetos no clínicos las obsesiones eran menos frecuentes, más breves, más fácilmente rechazadas, menos molestas y era menos probable que fueran acompañadas de actos compulsivos. En este sentido, consideramos oportuno hacer hincapié en la necesidad de valorar cada una de estas dimensiones durante la evaluación clínica de los pacientes con posibles obsesiones y compulsiones para hacer el diagnóstico de TOC.

Por lo que se refiere a la edad de inicio del trastorno, en un estudio realizado por el Instituto Nacional de Salud Mental (INSM) se ha observado que los chicos tendían a tener un inicio de la enfermedad más temprano, en la etapa prepubertad (alrededor de los 9 años), a tener un familiar con TOC o con un síndrome de Gilles de la Tourette y a mostrar síntomas como tics. Las chicas, en cambio, son más propensas a padecer el trastorno durante la adolescencia,

con un inicio más tardío (alrededor de los 11 años) y a tener más síntomas de tipo fóbico.

A pesar de haber más varones entre los pacientes con el trastorno durante la etapa prepuberal, la ratio entre varones y hembras se iguala al llegar a la adolescencia (Swedo et al, 1989).

## COMORBILIDAD

Aunque el TOC en niños y adolescentes puede presentarse sin significativa comorbilidad, las obsesiones y compulsiones frecuentemente van acompañadas por otros síntomas con importantes implicaciones para la evaluación clínica, el diagnóstico diferencial y el tratamiento. La frecuente asociación entre el

TOC y el TOC subclínico por un lado, y la comorbilidad con trastornos de ansiedad, afectivos y/o de atención, así como las dificultades cognitivas y de adaptación, se encuentran tanto en muestras comunitarias como en muestras clínicas. (Swedo et al, 1989; Flament et al, 1990).

Sólo el 26% de la población infantil tiene el TOC como único diagnóstico, aunque el diagnóstico asociado puede ser relativamente leve. El trastorno por depresión mayor y los trastornos de ansiedad son los más comunes, y tienen la misma probabilidad de presentarse anteriormente o posteriormente al diagnóstico del TOC (Rapoport et al, 1994).

La siguiente tabla recoge los trastornos asociados con mayor y menor frecuencia al diagnóstico de TOC.

**TABLA 2**  
**TRASTORNOS ASOCIADOS**

<i>Trastornos asociados con mayor frecuencia</i>	<i>Trastornos asociados con menor frecuencia</i>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Los trastornos de ansiedad en un 40%, de los cuales son fobias un 17%, trastornos de ansiedad excesiva un 16% y trastornos de ansiedad por separación un 7%.</li> <li>• Los trastornos afectivos en un 39%, de los cuales el 26% cursa con depresión mayor y el 13 % con trastorno adaptativo con ánimo depresivo.</li> <li>• Tics en un 31 %.</li> <li>• Trastorno Oposicionista desafiante en un 11%.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• El trastorno por déficit de atención en un 10%.</li> <li>• Anorexia Nerviosa en un 8%.</li> <li>• El trastorno de conducta en un 7%.</li> <li>• Enuresis en un 4% y encopresis en un 3%.</li> </ul>

Algunos comportamientos repetitivos no deseados de los niños, pueden ser considerados dentro de lo que se denomina el *spectrum obsesivo-compulsivo*; un buen ejemplo sería la onicofagia y la tricotilomanía. Estos dos trastornos que anteriormente se clasificaban como trastornos de la impulsividad, pueden ser considerados actualmente como variantes del TOC (Rapoport et al, 1994).

Los trastornos de la conducta alimentaria, las parafilias, la cleptomanía y el juego compulsivo también se han considerado candidatos a formar parte del *spectrum obsesivo-compulsivo*, ya que son además comportamientos que responden bien al tratamiento con ISRS. Aunque los estudios sobre el tratamiento ofrecen poca información sobre aspectos de clasificación, se ha demostrado la eficacia de los ISRS para el tratamiento de la tricotilomanía (Swedo et al., 1989) y la onicofagia (Leonard et al., 1991). Finalmente, otro argumento contundente sobre la existencia del *spectrum obsesivo-compulsivo* se halla en la evidencia de una conexión genética entre familiares. Los estudios empíricos realizados con familiares de paciente que presentaban tricotilomanía, muestran índices altos de TOC en familiares de primer grado (Lenane y col., 1992).

La comorbilidad de los trastornos denominados del *spectrum obsesivo-compulsivo* son poco frecuentes pero no raros (March et Leonard, 1996).

## DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL

Según el DSM-IV TR, para poder diagnosticar un TOC, el contenido de las obsesiones no debe restringirse a algún trastorno coexistente. En este sentido debemos establecer el diagnóstico dife-

rencial de los trastornos que se mencionan a continuación.

Los **Trastornos de depresión y ansiedad** (Ansiedad fóbicosocial y Trastorno de Ansiedad Generalizada) con rasgos obsesivos, inicialmente pueden parecer un TOC. Las rumiaciones y preocupaciones obsesivas las podemos encontrar en la depresión mayor, a pesar de que el contenido de los pensamientos es más específico y para el paciente no carece de sentido. Cuando la evitación es secundaria a una **Fobia Social Simple**, no es común que sean los gérmenes el primer objeto de evitación. Además, a diferencia de los pacientes con TOC, el miedo de las personas fóbicas normalmente disminuye cuando se encuentran ante el estímulo fóbico (habituaación).

El miedo a dañarse a sí mismo o a los otros puede ser típico del **Trastorno de Ansiedad de Separación**, pero en el TOC los pensamientos específicos dan como resultado en el ámbito conductual los rituales compulsivos. El miedo excesivo e irreal del Trastorno de Ansiedad de Separación no suele acompañarse de los clásicos rituales compulsivos.

Los pacientes con el **Síndrome de Gilles de la Tourette** pueden tener asociada una sintomatología obsesivo compulsiva y/o el diagnóstico de TOC (Cohen y Leckman, 1994). Cerca del 60% de niños y adolescentes que buscan tratamiento por el TOC, resulta que tienen una larga historia de tics, que van desde simples, leves y transitorios hasta mucho más complejos, severos y crónicos como en el Síndrome de Gilles de la Tourette (Leonard et al, 1992). En los niños con un inicio temprano, el TOC parece tener una tasa más alta de trastorno de tics comórbido (Swedo et al, 1998). A veces es difícil categorizar si una conducta es un ritual o un tic. Ge-

neralmente si una acción se precede de un pensamiento específico, ésta se considera que es un ritual compulsivo. A pesar de que algunos tics motores complejos pueden ir precedidos por una sensación de «urgencia».

Normalmente, los tics no van acompañados de ansiedad. Puede ser imposible diferenciar entre un tic motor complejo y un ritual compulsivo, sobre todo en pacientes con los dos trastornos: Síndrome de Gilles de la Tourette y TOC. Por ejemplo, conductas como dar palmas, tocar, saltar, o sentarse pueden ser tanto un ritual como un tic.

En el caso de la **anorexia nerviosa o la bulimia**, el paciente puede estar obsesionado por las calorías, el ejercicio y la comida, y manifestar conductas de evitación «compulsiva», restringiendo y seleccionando la comida. Esta conducta puede parecer que forma parte de un TOC, pero cuando lo consideramos en su contexto, observamos que las obsesiones y compulsiones en los trastornos alimentarios están relacionados con la comida y la imagen corporal. No hay distorsión de la imagen corporal en el TOC.

La **Tricotilomanía** es definida como un persistente arrancamiento de los cabellos, que genera alopecia. La tricotilomanía tiene similitudes y diferencias con el TOC. Algunos autores han especulado que este trastorno podría formar parte de los que denominamos el espectrum obsesivo-compulsivo (Swedo, 1993).

Las **estereotipias repetitivas y las rutinas** que vemos en los niños con autismo, retraso mental, trastornos severos del desarrollo, o síndromes de daños cerebrales orgánicos pueden parecerse superficialmente a los rituales de niños con TOC, aunque a diferencia de las estereotipias, los rituales del TOC

están bien organizados, son complejos y egodistónicos. Además, la clínica y los síntomas que lo acompañan contribuyen a diferenciar entre las estereotipias y los rituales compulsivos. En estos trastornos podemos encontrar también un régimen de intereses fijos, que los padres o profesores pueden describir como obsesivo-compulsivos. Además, las dificultades cognitivas y del lenguaje, características de estos trastornos, frecuentemente dificulta poder evaluar hasta qué punto el niño o adolescente observa las preocupaciones y comportamientos repetitivos como intrusivos o problemáticos. Generalmente, la diferencia importante que permite hacer un buen diagnóstico diferencial se basa en el nivel de ansiedad que estas conductas producen en el paciente.

Aunque personas con un trastorno de **Personalidad Obsesivo-Compulsiva** pueden tener rutinas rígidas, necesidad de orden, comportamientos de egodistónicos, indecisión, o acumular objetos, ellos usualmente no experimentan estos comportamientos generadores de ansiedad ni como deteriorantes. Los pacientes con TOC no son emocionalmente fríos, inexpresivos, avaros o especialmente rígidos en materia de moral o ética. Además, acumulación, elaboración de listas y agendas rígidas, no son comunes entre compulsiones reportadas por pacientes con TOC (Rasmussen, 1992).

Cuando los niños actúan de manera bizarra, mostrando casi una desilusionada tenacidad en sus convicciones sobre los potenciales peligrosos de sus pensamientos o actos, pero aún así tienen un importante deterioro funcional, entonces es cuando aumentan las probabilidades de que estemos ante un **Trastorno Psicótico o una Esquizofrenia**. En la mayoría de casos de TOC

infantil, la ausencia de trastornos del pensamiento, alucinaciones y conversión del sentido de la realidad fuera de las áreas incluidas en las obsesiones, ayudan a diferenciar estos síntomas de los de la psicosis (AACAP, 1997).

Como conclusión, y tal y como establecen Towbin y Riddle (2002), existen tres conceptos básicos para el diagnóstico diferencial:

1. El deterioro funcional.
2. El sentimiento de estar siendo forzado o invadido por los síntomas.
3. El individuo reconoce lo ilógico y excesivo de estos pensamientos o actos en algún momento. Este parámetro no se aplica a los niños.

Finalmente, debemos tener especial cuidado de no equiparar obsesiones y/o compulsiones subclínicas con el TOC, especialmente teniendo en cuenta la etapa de desarrollo por la que pasa el paciente.

## MANIFESTACIONES OBSESIVOIDES DEL DESARROLLO NORMAL

La mayoría de los niños, si no todos, presentan conductas obsesivoides (es decir, que parecen, pero no son obsesivas) como actos repetitivos y reiterados que corresponden al desarrollo normal y no al frecuentemente limitante TOC. Son conductas repetidas más o menos sencillas (como meter y sacar) o complejas (como pueden ser los rituales complejos de aseo o para acostarse). Estas conductas obsesivoides suelen iniciarse a los 4 o 5 años de edad e ir evolucionando y modificándose hasta llegar a la pubertad. En esta etapa suelen manifestarse en forma de *hobbies* como el coleccionismo, o

conductas del tipo de comprobación, tocar, contar escalones etcétera. Ya en la adolescencia pueden manifestarse en forma de miedos o preocupaciones de tipo más abstracto, o en una focalización de los intereses.

Tener en cuenta el criterio de severidad y el contenido del pensamiento o conducta evita confusiones en relación a muchos hábitos infantiles. En este sentido, encontramos por ejemplo algunos niños pequeños que realizan rituales para acostarse, que tienen números de la suerte, que hacen colecciones y almacenan determinados objetos, etcétera, y que se diferencian en cuanto a complejidad, incapacidad y a la frecuencia con que se presentan de lo que son propiamente obsesiones o compulsiones.

Entre las conductas obsesivoides más frecuentes que podemos encontrar en niños de entre 3 y 7 años destacan los rituales a la hora de acostarse, al comer, al vestirse y al lavarse (Vacas y col., 2000):

- Al acostarse las más frecuentes son: colocar la ropa del día siguiente en un orden determinado, la almohada en una posición precisa, que le expliquen un determinado cuento de manera repetitiva, dejar la puerta de la habitación en una posición concreta...
- Al vestirse: repetición de la conducta de vestirse y desvestirse para asegurarse de que las prendas son las correctas o que combinan bien...
- Al comer: querer comer con una determinada secuencia, rechazar ciertas comidas...
- Al lavarse: limpiarse las manos repetidamente, peinarse de una determinada manera...

Estos son rituales en los que si los padres no intervienen, se presentan de

forma transitoria y desaparecen espontáneamente.

Entre los 7 y los 12 años destaca la aparición de trastornos ritualizados relacionados con el trabajo escolar (ordenar el material escolar, revisar de forma repetitiva la carpeta escolar...). En este período, aparece el pensamiento mágico, lo que facilita la estructuración de mecanismos de tipo supersticioso, como creer que determinados objetos son portadores de buena o mala suerte. Estos mecanismos pueden manifestarse en distintas conductas como contar baldosas, necesidad de tocar algunos objetos, tocar o no tocar las paredes,... En este período evolutivo es cuando aparecen más fácilmente ciertas tendencias al coleccionismo (colecciones de cromos, sellos, minerales, monedas,...). Conductas todas ellas que, no interfiriendo en el rendimiento normal del niño ni en su desarrollo, no pueden en ningún caso considerarse patológicas.

Entre los 12 y los 18 años, aparece el desarrollo del pensamiento abstracto y formal: el adolescente se pregunta sobre el significado de la vida, su función social..., la preocupación metafísica es importante, y suele acompañarse de dilemas morales sobre las guerras, el aborto, la eutanasia..., de tal manera que pueden revestir formas obsesivoides con la búsqueda de forma obsesiva de soluciones, que en muchos casos derivan en situaciones de duda e indecisión. También en esta etapa pueden reaparecer rituales de limpieza relacionados con el temor a desprender olores desagradables..., también pueden mostrarse ordenados, puntuales, perfeccionistas, rígidos y meticulosos.

A pesar de las dificultades que encontramos a la hora de establecer el diagnóstico diferencial, es importante

ser precisos, pues cuando se trabaja con este esquema diagnóstico, si se quiere que los resultados sean relevantes para el paciente, la evaluación debe ir encaminada a detectar las condiciones que el paciente presenta además o a diferencia del TOC. Este punto es muy importante, puesto que cada trastorno requerirá tratamientos distintos.

## FACTORES ETIOLÓGICOS

### 1. Factores biológicos

#### *Disfunción en los ganglios basales*

Las pistas aportadas por los estudios en los que se asocian las disfunciones de los ganglios basales, las pruebas de neuroimagen como el TAC o el PET, y los resultados de la manipulación de los neurotransmisores y las hormonas, son las principales líneas de investigación abiertas en este momento.

La asociación entre el TOC y un trastorno en los ganglios basales presenta uno de los mayores retos de la psiquiatría actual.

Numerosos daños cerebrales que son resultado de una lesión en los ganglios basales (por ejemplo, dolor de cabeza, tumores cerebrales, intoxicación por monóxido de carbono) se han relacionado con el inicio del TOC.

En los pacientes con alteración en los ganglios basales conocida, como el trastorno de Parkinson postencefálico (Von Economo, 1931) y el trastorno de Corea de Huntington (Cummings y Cunningham 1992), encontramos un mayor porcentaje de TOC.

Los estudios con neuroimagen informan de que los pacientes adultos con TOC y con el inicio de su enfermedad en la infancia, tienen una disminución

en el tamaño del núcleo caudal (una estructura fundamental en los ganglios basales), que se observa en la tomografía computarizada (Luxenberg et al. 1988), y unos patrones anormales de metabolización de la glucosa observada a través de la tomografía regional por emisión de positrones comparado con un grupo control de sujetos sin TOC (Swedo et al. 1989c, 1992).

Pero si hacemos un repaso de la historia, encontramos una de las primeras y más importantes descripciones desde un punto de vista neurológico en el tratado de Constantin Von Ecónomo (1931), en el que plantea el TOC en respuesta a una destrucción de las estructuras primarias de los ganglios basales. Von Ecónomo observó la naturaleza de tipo compulsivo de los tics motores y de las conductas de tipo ritualizado que sus pacientes presentaban. Éstos manifestaban que «se veían obligados a...», en este sentido experimentaban una pérdida del control de la voluntad, de base biológica.

Posteriormente a estos estudios, se apuntó rápidamente la asociación entre el Síndrome de Gilles de la Tourette, un posible trastorno de los ganglios basales y el TOC (Frankel et al, 1986; Pauls et al, 1986). El aumento de la incidencia de los tics motores observado en los niños y adolescentes con TOC, unido a la gran incidencia de los movimientos estereotipados, sugiere una patología de los ganglios basales asociada al TOC (Denckla, 1989; Wise y Rapoport, 1989).

Quizás el trabajo más interesante en el campo del TOC ha sido la descripción de la relación entre el TOC y la Corea de Sydenham (una variante neurológica de la fiebre reumática).

La Corea de Sydenham (SC) es un trastorno de los ganglios basales caracterizado por movimientos repentinos,

involuntarios, inútiles y espasmódicos de las extremidades. La relación entre la SC y el TOC fue planteada por Chapman et al. en 1958, cuando observó síntomas obsesivo-compulsivos en 4 de 8 niños con SC. También siguen esta línea los estudios realizados por Freeman et al. (1965) en su comparación de adultos con o sin historia de SC durante la infancia.

Existe un gran número de trastornos de los ganglios basales asociados con el TOC. Muchos están siendo investigados en la actualidad, incluyendo aquellos que tienen su inicio en la infancia y la adolescencia. También se han observado lesiones específicas relacionadas con las conductas obsesivo-compulsivas. Las lesiones quirúrgicas que se manifiestan en una desconexión entre el córtex frontal y los ganglios basales resultan terapéuticas en relación al TOC. Actualmente, la psicocirugía más utilizada es la capsulotomía y la cinguloctomía. En la capsulotomía, se realiza una lesión bilateral en el ámbito basal en el sistema límbico de la cápsula interna, con el objetivo de interrumpir la proyección fronto-cingulata; sin embargo, el objetivo quirúrgico se encuentra en el striatum, cerca del núcleo caudato. Para llevar a cabo una cinguloctomía, el cirujano lesiona la porción anterior del giro-cingulato, interrumpiendo la conexión entre el giro cingulato y el lóbulo frontal, y destruyendo todas las proyecciones eferentes del córtex cingulato anterior. Ambos procedimientos provocan una significativa disminución de las obsesiones y las compulsiones. El éxito de la psicocirugía no resulta una evidencia concluyente sobre el efecto en los ganglios basales en el TOC, pero se puede considerar como una importante contribución al modelo biológico, y focaliza el interés en los tractos fronto-estriatales.

Como se indica en otro estudio (Rapoport, 1991), algunas investigaciones sobre neuroimagen implican el lóbulo frontal y los ganglios basales en la patología del TOC. Un análisis volumétrico de calor no infundido CTs, realizado a 10 pacientes masculinos con TOC de inicio en la infancia y un grupo control de 10 sujetos sanos, encontró que el núcleo caudado era significativamente más pequeño, en el grupo de sujetos con TOC (Luxemberg et al 1988). La falta de exposición de tipo radiactivo en la imagen proporcionada por la resonancia magnética puede permitir el examen directo de niños y adolescentes con TOC, para compararlos con una muestra de grupo control, pero hasta el momento los resultados obtenidos por la CTs no han podido ser replicados.

Cuatro estudios de neuroimagen con la prueba FDG PET, realizados en el Instituto de Salud Mental y en la Universidad de California, han encontrado un metabolismo regional elevado de la glucosa en el córtex orbito-frontal, en el giro cingulato y en el núcleo caudado de un grupo de pacientes con TOC. Además, los resultados pueden ser replicados y el patrón particular observado parece específico del TOC (Baxter et al, 1985, 1987).

En un modelo del ganglio basal hay implícita una perspectiva neuropatológica sobre el TOC (Swedo et al 1989d), en la que los síntomas obsesivo-compulsivos se consideran como patrones fijos de liberación inapropiada.

Todos los modelos actuales, tanto los psicológicos como los biológicos, fallan en relación a la consideración de la naturaleza episódica de la enfermedad. De todas maneras, la noción de la conducta obsesivo-compulsiva, como expresión de un trastorno de los ganglios basales ha sido la más útil, teniendo en

cuenta la amplia variedad de estudios existentes.

La incidencia del TOC aumenta en los pacientes pediátricos con Corea de Sydenham. La Corea de Sydenham es una respuesta autoinmune en la región de los ganglios basales causada por unos anticuerpos erróneamente dirigidos de una infección por estreptococos (Swedo et al. 1989a, 1992).

### *Trastornos neuropsiquiátricos autoinmunes pediátricos asociados con infecciones estreptocócicas (PANDA):*

Actualmente se sabe que algunos niños desarrollan síntomas obsesivo-compulsivos después de una infección por estreptococos. Las estimaciones existentes sugieren que entre un 10 y un 20% de los niños con esta infección desarrollan un TOC (Towbi et Riddle, 2002). Típicamente, los síntomas se acompañan de tics, y este fenómeno puede estar relacionado con los síntomas obsesivo-compulsivos vistos en la Corea de Sydenham (Swedo (1998); Leonard et al., (1997).

Los datos examinados sugieren que el incremento en el volumen de los ganglios basales están asociados con los PANDAS, y por consiguiente, están implicados en el TOC, trastornos con tics y Corea de Sydenham (Giedd, 2000).

En un estudio realizado por Hallet (2000), se irrigaron los ganglios basales de ratas con suero de pacientes que tenían tanto historia de PANDAS como anticuerpos antineuronales, y en otro grupo, se irrigó con el suero de muchos sanos sin anticuerpos antineuronales. Los resultados mostraron que en las ratas del primer grupo aparecieron comportamientos estereotipados, mientras que en las del segundo grupo no.

Sin embargo, Singer (1999) buscó anticuerpos antineuronales y los encontró tanto en niños con el Síndrome de Gilles de la Tourette como en sujetos normales de control. Aunque los pacientes con el Síndrome de Gilles de la Tourette tenían niveles medios más altos de anticuerpos antineuronales, estos investigadores no encontraron ninguna correlación entre los niveles promedio de anticuerpos y la severidad clínica, los tipos de síntomas, la historia de la enfermedad (edad de comienzo) o una evidencia de infecciones estreptocócicas.

A pesar de estos resultados, sabemos que es muy común que niños con trastorno de tics, presenten un comienzo abrupto y exacerbaciones con la infección. El mecanismo autoinmune solo es relevante cuando se observa el patrón de comienzo agudo, es decir, en aquellos pacientes cuya sintomatología aparece de forma abrupta después de una infección estreptocócica (Towbi et Riddle, 2002).

## 2. Factores genéticos

Estudios actuales sugieren la posible transmisión genética de una vulnerabilidad al TOC, ya que se considera que dicho trastorno tiene un componente genético significativo.

Los datos, sin embargo, aún no diferencian los factores hereditarios de la influencia cultural y los efectos del comportamiento en la transmisión del trastorno.

Entre considerables estudios destacan los resultados obtenidos por Lenane (1990), que demostró que el 30% de un grupo de 46 adolescentes con TOC probado, tenían un familiar en primer grado con TOC. Dicho trastorno fue reportado en 17% de padres y el por-

centaje de correlación entre hermanos fue de 35%. Riddle (1990) encontró que el 10% de padres de una cohorte de 21 pacientes con TOC clínico fueron diagnosticados con TOC; mientras que un 25% tenían síntomas subclínicos de obsesiones o compulsiones.

En lo que refiere a los estudios de concordancia entre gemelos, se han hallado unas tasas significativamente más altas para los gemelos monocigóticos que para los dicigóticos. Estudios de las familias de estos pacientes han mostrado que un 35% de los familiares en primer grado de los pacientes con TOC, también están afectados por este trastorno.

Por otra parte, teniendo en cuenta la comorbilidad existente entre el TOC y el Síndrome de Gilles de la Tourette o el trastorno de tics, se han realizado algunos estudios que tienen como finalidad comprobar la posible base genética de ambos trastornos. En este sentido, los resultados de un estudio realizado por el Instituto Nacional de Salud Mental (MHNI) de los EEUU dan soporte a esta hipótesis, ya que encontraron que el 57% de los 54 pacientes con TOC comprobado con un seguimiento de 2-7 años, tenían antecedentes de tics; el 15% cumplían los criterios del Síndrome de Gilles de la Tourette, y el 22% presentaban tics motores crónicos.

## 3. Factores de la neurotransmisión

### *La Serotonina*

La mayoría de ensayos clínicos con medicamentos que se han llevado a cabo se basan en la hipótesis de que la disregulación de la serotonina (5-HT), está implicada en la producción de los síntomas obsesivo-compulsivos.

Existen tests realizados con metaclorperilpiperacina (mCPP), un agonista serotoninérgico, que mostraron que los síntomas del TOC pueden aumentar con este agonista de la serotonina (Zohar et al, 1987; Murphy et al, 1989; Pigott et al, 1991).

Otros resultados indican que los medicamentos serotoninérgicos son más efectivos que aquellos que afectan otros sistemas de neurotransmisión (Insel et al, 1985; Towbi et Riddle, 2002).

Aún así, el hecho de que la serotonina esté implicada en la causa del TOC, aún no está claro.

Entre los resultados de investigaciones que apoyan estas hipótesis destacan:

- a) Los inhibidores de la recaptación de serotonina (SRIs) han demostrado ser los más efectivos en el tratamiento del TOC.
- b) La disminución en los niveles del ácido 5-hydroxindolacético (5-HIAA) en el líquido cefalorraquídeo se ha correlacionado con respuesta clínica a los SRIs.
- c) Sustancias que incrementan la transmisión serotoninérgica, como L-triptofano y el Litio, han tenido éxito como reforzadores de la medicación serotoninérgica en pacientes que no responden al tratamiento.
- d) Además, niños con TOC sin tratamiento previo, tratados con paroxetina, mostraron reducciones en el volumen de los núcleos caudados después de tratamientos efectivos; este hallazgo fue correlacionado con mejoría clínica (Gilbert, 2000).

El perfil de respuesta a los medicamentos en el caso del TOC difiere del observado en el caso de la depresión o de los trastornos de ansiedad. Estos

trastornos responden a un amplio abanico de agentes antidepresivos y ansiolíticos, lo que refleja el importante papel de los ISRs en el tratamiento de este trastorno.

Actualmente, disponemos de información útil y empíricamente demostrada, básica para la práctica clínica, sobre algunos de los medicamentos antiobsesivos más estudiados. En primer lugar, encontramos la clormipramina, que es un ISR. Su metabolito, la desmetilclormipramina bloquea de manera efectiva la recaptación de serotonina (Pigott y otros, 1991). La fluoxetina también es efectiva en el tratamiento del TOC infantil (Riddle et al, 1991; Leonard et al, 1991).

Por otra parte, la respuesta del TOC infantil a la clormipramina y no a la desmipramina, indica una especificidad remarkable del efecto de los inhibidores de la captación de serotonina (ISRs), (Rapoport 1986).

En una investigación realizada con un grupo de niños y adolescentes se estudió la correlación del nivel de concentración plasmática de serotonina antes del tratamiento con la respuesta a la clormipramina (Flament et al., 1985, 1987). Se observó que un nivel alto de concentración plasmática de serotonina antes del tratamiento era un fuerte predictor de la respuesta clínica a la clormipramina. También es importante remarcar que los niveles de concentración plasmática de serotonina eran inferiores en los pacientes más graves y que no existían diferencias por sexo o edad.

La muestra del fluido cerebroespinal, de 43 niños y adolescentes con TOC que participaban en un estudio longitudinal, fue analizado para observar las monoaminas en el fluido cerebroespinal (Swedo et al., 1992). Se observó una correlación alta entre el 5-Hidroxidol

(ácido acético), presente en dicho fluido, y la respuesta a la clormipramina. Los pacientes que tenían mejor respuesta eran aquellos que presentaban unos niveles más altos de 5-Hidrocortisol, ácido acético, en el fluido cerebroespinal.

Aún así, debemos destacar que la hipótesis serotoninérgica es demasiado simplista para tenerla en cuenta solo por la eficacia demostrada de la clormipramina y otros bloqueadores de la captación de la serotonina; el efecto antiobsesivo puede responder a una alteración del equilibrio de la serotonina y de otras monoaminas y/o al cambio en la función del receptor (Murphy et al., 1989).

### *La Noradrenalina*

Actualmente existen menos evidencias que sugieran una posible disfunción en el sistema noradrenérgico en los pacientes con TOC. Estudios anecdóticos muestran mejoría en los síntomas del TOC con el uso de clonidina oral, un medicamento que disminuye la cantidad de norepinefrina liberada desde las terminales nerviosas presinápticas (Rauch et Jenike, 1994).

La falta de estudios clínicos definitivos en la implicación de la noradrenalina, hacen pensar que existen otros sistemas de transmisión relevantes en el TOC. En este sentido se ha propuesto una combinación de la actividad serotoninérgica y noradrenérgica, que queda por demostrar (Verdes et. al 1998).

### *La Dopamina*

A este neurotransmisor también se le ha propuesto un rol importante. La disfunción dopaminérgica en el TOC se puede sugerir no sólo a partir de la aparición

de síntomas obsesivo-compulsivos en trastornos que afectan los ganglios basales, como la Corea de Sydenham, sino también por el incremento de los síntomas obsesivo-compulsivos después de la administración de un estimulante en dosis altas y a partir de la mejora ocasional de los síntomas después de la administración de un agente de bloqueo de la dopamina (Goodman et al., 1990; Swedo et Rapoport, 1990). En estudios con niños con Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad (TDAH), se han observado síntomas compulsivos después de la administración de dosis altas de anfetaminas, especialmente rituales compulsivos (Borcherding et al., 1990). Aunque el comportamiento obsesivo-compulsivo, en estos casos, no es egodistónico, Borcherding et al. (1990), plantearon que las compulsiones y las obsesiones podrían ser el resultado de una sobreactivación dopaminérgica, y que sería necesaria una desregulación serotoninérgica para ser considerados egodistónicos.

Además, la eficacia de agentes dopaminérgicos bloqueantes en el tratamiento del TOC, el incremento del metabolismo de las regiones de los ganglios basales observado en el PET en pacientes con TOC, y la evidencia de que fluoxetina y clomipramina ejercen actividad dopaminérgica y serotoninérgica, son otras de las argumentaciones que resaltan la implicación de la dopamina en el TOC.

El trastorno de Gilles de la Tourette y el TOC podrían encontrarse en lados opuestos en relación a un espectro de desequilibrio dopamina-serotonina. En el Trastorno de Gilles de la Tourette, la sobreactivación dopaminérgica provoca una inhibición serotoninérgica que se manifiesta primariamente con tics mo-

tores y bucales. Por el contrario, el TOC es primariamente un defecto serotoninérgico. En este caso, el primer resultado de la falta de serotonina es una incapacidad para inhibir la actividad normal de la dopamina y los patrones de acción fija, es decir las obsesiones y las compulsiones, son liberados de una manera inapropiada. La egodistonia puede estar relacionada con el defecto de serotonina primario o ser secundaria a la pérdida de control voluntario (Rapoport 1986).

#### 4. Factores neuroendocrinos

Casi todas las investigaciones sobre los factores neuroendocrinos del TOC apuntan que las disfunciones hormonales son secundarias y no anteriores a la enfermedad. Los estudios de casos y las experiencias anecdóticas sugieren que la disfunción hormonal y el TOC pueden estar etiológicamente relacionados (Swedo et al., 1989d).

Los síntomas del TOC pueden ser mayores durante el principio de la pubertad, y las pacientes femeninas a menudo experimentan un aumento de los pensamientos obsesivos y los rituales inmediatamente antes de su menstruación (Rapoport 1986). Actualmente se está realizando un estudio controlado sobre el patrón cíclico de los síntomas del TOC en relación al ciclo menstrual. Otras sugerencias en relación al factor neuroendocrino de la enfermedad tienen que ver con el TOC postparto y los escritos sobre el éxito de la terapia antiandrógena (Casas et al., 1986). Precisamente, en un estudio realizado por estos autores, encuentran que 5 de los 5 pacientes con TOC experimentaron una remisión de sus síntomas después de seguir un tratamiento con ace-

tato de ciproteron, un potente antiandrógeno.

## RESULTADOS OBTENIDOS MEDIANTE PRUEBAS MÉDICAS

### 1. Estudios electrofisiológicos

Estudios de EEG de niños y adultos con TOC, han mostrado significativas diferencias entre los sujetos. Los resultados de los sujetos con un TOC muestran un decremento de la latencia de los movimientos oculares rápidos (REM), pero una densidad REM normal. Este patrón es diferente del observado en pacientes con depresión, en los cuales hay un decremento tanto de la latencia como de la densidad del REM. En un estudio realizado por Towey (1990), en el que se estudiaban los resultados a los potenciales evocados a adultos con TOC, se observó que, reducidas las latencias P300 y N200, aparecían incrementos de la velocidad de procesamiento cortical, que sugieren un incremento de la respuesta en el hemisferio izquierdo.

### 2. Estudios con técnicas de neuroimagen

La realización de pruebas de neuroimagen en pacientes con TOC ha proporcionado datos convergentes que implican alteraciones en la función del neurocircuito entre la corteza orbito-frontal, el caudado y el tálamo (Piacentini et Bergman, 2000; Towbin et Riddle, 2002). Varios estudios de neuroimagen funcional, por ejemplo con el PET, han mostrado un aumento de la actividad (metabolismos y flujo sanguíneo) en los lóbulos frontales, los ganglios basales, especialmente el caudado y el cíngulo

de los pacientes con TOC (Swedo, 1989; Breiter, 1996; Baxter, 1992). Pero la implicación de estas áreas en la fisiopatología del TOC parece estar más asociada con circuitos cortico-estriatales que con circuitos de la amígdala, los cuales son el foco de muchas investigaciones actuales sobre la ansiedad.

Los datos de neuroimagen funcional son consistentes con los de neuroimagen estructural. Tanto los estudios de TAC como los de Resonancia Magnética, han encontrado disminución bilateral de los caudados en pacientes con TOC.

Tanto los resultados de neuroimagen funcional como estructural, son compatibles con la observación de que los procedimientos neurológicos que implican el cíngulo, son algunas veces efectivos en el tratamiento del TOC. Un reciente estudio con RM reportó incremento del tiempo de relajación de la corteza frontal, un hallazgo consistente con la localización de anomalías descritas en estudios con PET.

Presentamos a continuación los resultados de algunos de estos estudios:

Behar (1984), en las conclusiones obtenidas por los resultados del TAC realizado a adolescentes con TOC o a sujetos con inicio del TOC en la adolescencia, sugiere un agrandamiento ventricular, que es independiente a la edad, sexo, duración y tipo de síntomas.

Garber (1989), comparó los resultados de la RM en pacientes adultos con TOC y sujetos normales, encontrando anomalías en la corteza frontal, el cíngulo y el núcleo lenticular. El antecedente de tratamiento médico o historia familiar no tuvo influencia significativa en el hallazgo. Posteriormente, Calabrese (1993) encontró un incremento en el tamaño del núcleo caudado, especificando que el tamaño del núcleo izquierdo excedía al del derecho.

Entre los estudios publicados realizados con SPECT (Tomografía por Emisión de Fotón Único), destacan los resultados obtenidos por Zohar (1989), que observó cambios en el flujo sanguíneo cerebral regional con inhalación de xenon. Los sujetos que fueron estresados específicamente para incrementar la ansiedad mostraron disminución en el flujo temporal. Este patrón se mantuvo cuando el estímulo estresante se cambió para inducir más altos niveles de ansiedad.

No hay publicados estudios de SPECT en niños con TOC, pero dos estudios de adultos reportaron incremento del flujo medial frontal.

Sin embargo, Rubin (1992) que examinó el flujo sanguíneo cerebral regional con inhalación de xenon y tecnecio tomado, no encontró diferencias significativas entre adultos con TOC y los sujetos del grupo control en relación a la inhalación de xenon. Aunque sí destaca que con el tecnecio tomado incrementó la actividad en la corteza orbitofrontal con significativa disminución bilateral de la actividad en la cabeza del caudado, un fenómeno previamente notado por otros.

En los últimos cinco años el PET (Tomografía por Emisión de Positrones) ha llegado a ser la más poderosa herramienta para llegar al entendimiento del TOC. La comparación inicial de TOC y adultos deprimidos sugiere un incremento bilateral del metabolismo en el giro orbital y la cabeza del núcleo caudado. Baxter (1994), propuso que el giro orbital podría ser específico para tensión y ansiedad en TOC, pero no confirmó la elevación de actividad del núcleo caudado. Swedo (1989), observó en pacientes adultos con TOC de inicio en la adolescencia un aumento de actividad prefrontal bilateral y en el giro singular

anterior, lo cual fue interpretado como un circuito fronto-límbico-basal. El incremento del metabolismo en las regiones premotora y frontal medial, se encontraron en los casos de lentitud obsesiva.

Baxter estudió además los cambios del metabolismo cerebral antes y después del tratamiento con medicación y terapia conductual y encontraron que en los respondedores se presentaba disminución del metabolismo de la glucosa en el caudado derecho.

En conclusión, teniendo en cuenta estos y otros hallazgos, ha emergido un gran consenso para considerar que los defectos funcionales en un circuito cortico-estriato-tálamo-cortical definen el TOC.

## MODELO EXPLICATIVO

Arrancando desde una perspectiva cognitiva del Trastorno Obsesivo-Compulsivo, la presencia de pensamientos de tipo obsesivo se sitúa como la raíz del conflicto. Las rumiaciones obsesivas se mantienen presentes desde el inicio hasta el momento en que se desencadenan los rituales o las conductas de tipo evitativo, a la vez que debemos considerarlas como el factor más resistente desde un punto de vista terapéutico.

Por otro lado, debemos tener en cuenta que la rumiación obsesiva no constituye un signo evidente de patología, según los estudios de Rachman y Da Silva (1987), el 84% de los sujetos normales presentan pensamientos de tipo repetitivo e irracional que se introducen en su mente sin provocar reacciones excesivas de tipo emocional.

Las explicaciones actuales sobre el TOC contemplan como factor importante a tener en cuenta en la descripción

y el tratamiento de dicho trastorno, el significado que el paciente atribuye al contenido de sus pensamientos. En este sentido, el significado y la valoración que el paciente da a los pensamientos obsesivos es la clave que controla la gravedad y persistencia de los síntomas.

Las obsesiones se conceptualizan como un estímulo interno que está sujeto a un procesamiento posterior (Franklin et al., 1998). Estas obsesiones pueden ocurrir espontáneamente o ser desencadenadas por estímulos internos o externos. Los estímulos internos incluyen sensaciones físicas, estados emocionales y acontecimientos cognitivos, mientras que los estímulos externos incluyen objetos, situaciones y personas.

El sujeto asigna un significado a su pensamiento en términos de valor, importancia e implicaciones. Este es el proceso de valoración que puede actuar como generador de ansiedad o no.

Si el pensamiento se valora adecuadamente, por ejemplo pensar que es un pensamiento irracional o raro, y sin importancia, el individuo es capaz de afrontar este pensamiento como un simple suceso cognitivo que no tienen implicaciones en la vida real, y por lo tanto no posee ningún valor especial y no conlleva implicaciones personales especiales.

En cambio, si el pensamiento se valora de manera inadecuada, y se asignan implicaciones negativas para el individuo (por ejemplo, este pensamiento puede significar que realmente les pase algo malo a mis padres), entonces tendrá lugar algún tipo de procesamiento posterior.

En definitiva, entendemos que el proceso de valoración de un pensamiento invasor, es el medio por el cual éste puede adquirir un significado per-

sonal y como consecuencia generar la percepción de amenaza.

Por este motivo, las técnicas de reestructuración cognitiva, que favorecen una correcta valoración de las situaciones y pensamientos, son una parte esencial de la Terapia Cognitivo-Conductual en el tratamiento del TOC.

Otro punto clave del tratamiento cognitivo-conductual consiste en comprender el proceso de neutralización. Entendemos por proceso de neutralización los intentos que realiza el sujeto para neutralizar, para, prevenir o corregir una obsesión. Algunos autores como Rachman y De Silva (1987) distinguieron entre *neutralización* y *mecanismos de afrontamiento*. El primero tiene como

objetivo escapar o evitar la obsesión. En cambio, las estrategias de afrontamiento consisten en parar la obsesión mediante la distracción, la evitación física o la búsqueda de elementos tranquilizadores. En un intento de clarificar el término podemos definir la neutralización como un acto voluntario que requiere un esfuerzo, y cuyo objetivo es eliminar, evitar o atenuar el pensamiento (March et al, 2001).

En este sentido, las Técnicas de Exposición con Prevención de Respuesta, que son la base del tratamiento cognitivo-conductual, tienen como objetivo evitar el mecanismo de neutralización y conseguir la habituación a los pensamientos obsesivos.

# El proceso de evaluación psicológica

## INTRODUCCIÓN

El proceso de evaluación es de especial importancia para poder realizar un diagnóstico válido y fiable, del cual dependerá el tratamiento posterior. Para ello es necesario realizar una detallada evaluación y revisión de los síntomas obsesivo-compulsivos actuales y pasados, así como de las condiciones comórbidas.

El desarrollo evolutivo, la historia familiar, y el funcionamiento y adaptación psicosocial, son aspectos básicos a tener en cuenta, y que deben ser valorados con detenimiento.

Por lo que se refiere al estudio en concreto de los síntomas obsesivo-compulsivos, deben valorarse la frecuencia, el contexto en el que se presenta, el grado de ansiedad y deterioro que producen, y el grado de resistencia a estos síntomas (es decir, el esfuerzo que realiza el paciente para no realizar las obsesiones y compulsiones).

A lo largo de la evaluación debemos contrastar la información que nos proporciona el propio paciente, la familia, los profesores, y el paciente y la familia conjuntamente. En este sentido es interesante realizar una evaluación lo más detallada posible de todos los contextos en los que se desarrolla el niño o adolescente.

Cuando se habla de psicopatología en el niño y en el adolescente entran en juego una serie de mediadores, que participan activamente en el proceso evaluativo. De tal forma, padres, profesores, tutores, compañeros, etcétera, pueden ser un eje fundamental en el desarrollo del individuo, proporcionando información adicional sobre el paciente a evaluar (Vacas et al., 2000).

La familia juega un papel esencial en el bienestar de la persona, y alteraciones

del funcionamiento familiar pueden interferir en el desarrollo y en la conducta del paciente. Al evaluarla es importante conocer la dinámica prevalente de ésta e identificar la medida en que los síntomas del paciente afectan a la familia; esto implica conocer el significado de los síntomas del niño para sus padres (cómo los padres entienden a su hijo y la respuesta familiar a los comportamientos del niño). También nos pueden aportar información acerca de ellos mismos, de su matrimonio, de posibles conflictos parentales o familiares, de preocupaciones y frustraciones acerca de su hijo con el objetivo de tener una visión del entorno en el cual se desarrolla el paciente.

Además, el niño o adolescente transcurre la mayor parte del día en un entrono extrafamiliar, pasando a ser la escuela, el instituto o el trabajo uno de

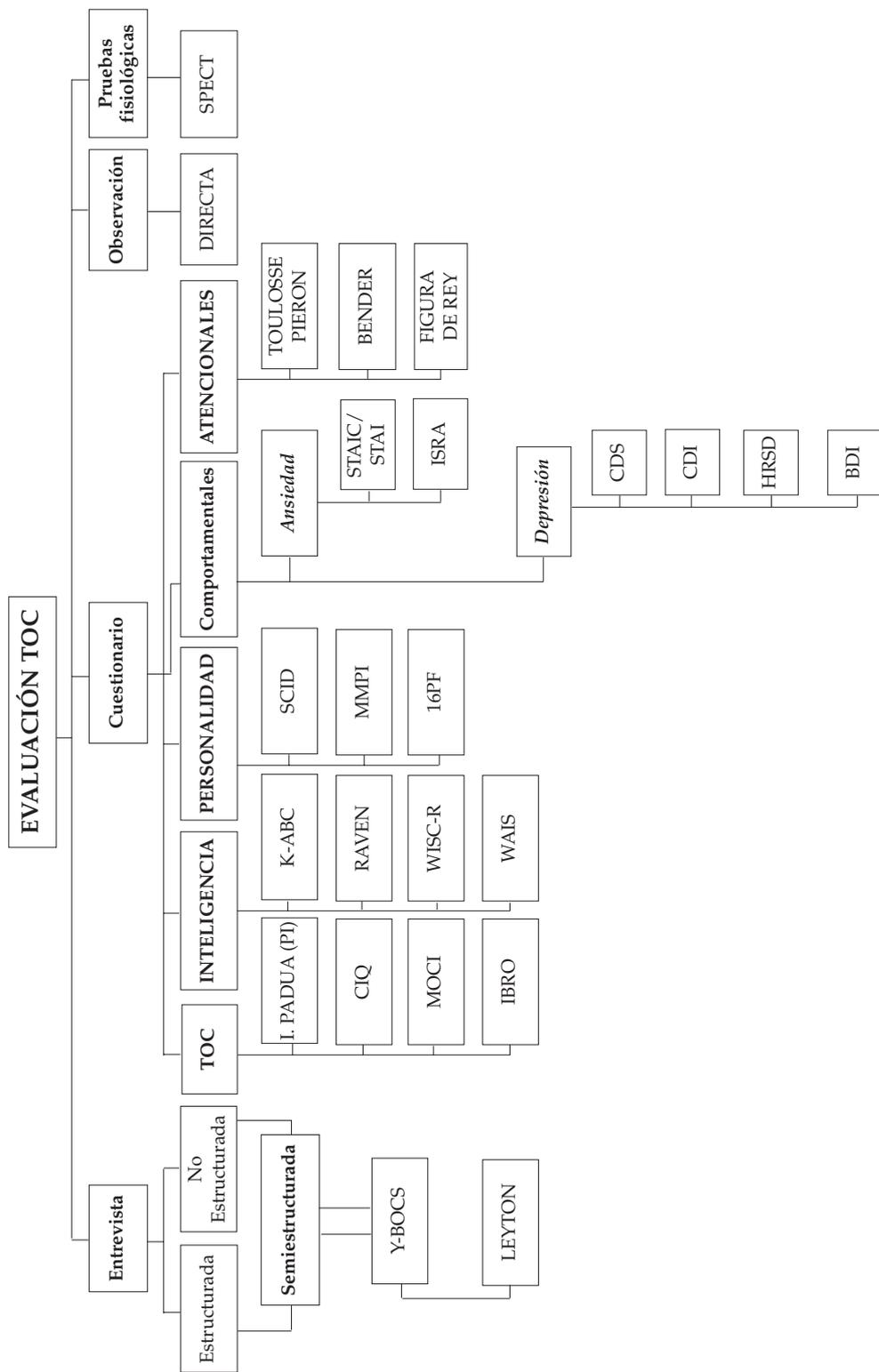
los pilares fundamentales en su formación y desarrollo. Es en este contexto donde también obtendremos información adicional y de interés sobre aspectos como el desempeño académico, el comportamiento, las relaciones con los otros, las áreas de deterioro y de éxito y las tareas que representan especial dificultad.

Para una mejor definición de los síntomas obsesivo-compulsivos disponemos de entrevistas semiestructuradas, y que comentaremos detalladamente más adelante; escalas clínicas e inventarios; y finalmente, es importante la observación conductual por parte del evaluador, el paciente, la familia, y los profesores. Con los datos obtenidos, nos haremos una visión clínica del nivel de malestar asociado. Y en los casos que ya estén en tratamiento, con estos instrumentos podremos hacer un control de la evaluación del paciente.

**TABLA 3**  
**HERRAMIENTAS DE EVALUACIÓN DE SÍNTOMAS OBSESIVO-COMPULSIVOS**

<i>Entrevistas Semiestructuradas</i>	<i>Escalas clínicas e inventarios</i>	<i>Observaciones</i>
-Historia clínica	-Leyton Obsesional Inventorio	-Autorregistros.
-Escala de Obsesiones y Compulsiones Yale-Brown.	Child Versión (LOI-CV) (Berg, Rapoport y Flament, 1986).	-Observación directa por parte del terapeuta.
	-Obsesivo-compulsivos Subscale of Comprehensive Psychopathological Rating Scale. (Thoren, Asberg, Cronholm, Jotilested y Triskman, 1980).	-Observación directa por parte de la familia.
	-Obsesivo-compulsivo Rating Scale (Rapoport Elkins y Mikkelsen, 1980).	
	-Childhood OCD Subscale NIMH Global Scale (Murphy, Pikar y Alternem, 1982).	

**FIGURA 1**  
**PROCESO EVALUATIVO DEL TOC**



A través de la historia clínica del paciente recogeremos el primer dato revelador: el motivo de la consulta. Es importante recordar que en multitud de ocasiones el motivo de la consulta real estará enmascarado bajo la identidad de otras problemáticas (Toro, 2001). De tal forma, un Trastorno Obsesivo Compulsivo puede acudir a la consulta bajo la máscara de: una disminución del rendimiento escolar, aparición de irritabilidad o agresividad, restricciones alimentarias o somatizaciones, entre otras. La elaboración del diagnóstico diferencial se ve dificultada por la aparición de distintos trastornos comórbidos tales como el trastorno hipercinético, el trastorno de conducta, el trastorno depresivo o el trastorno de ansiedad. Por este motivo aconsejamos que la evaluación sea completa, y no se centre únicamente en los aspectos vinculados directamente con el Trastorno Obsesivo Compulsivo.

El paciente es quien padece la problemática y por tanto fuente primordial de información, por ello es de especial interés el observar y realizar una entrevista individual. Con el propósito de obtener información acerca de la historia evolutiva de éste, el desarrollo social, afectivo y cognitivo, elaborando a su vez una rigurosa lista de los síntomas obsesivos compulsivos actuales y pasados junto con su duración, frecuencia, gra-

do de malestar y de resistencia de éste así como la implicación familiar en los rituales (Towbin et Riddle, 2002).

Las principales herramientas para realizar la evolución serán: la entrevista clínica y la administración de los instrumentos psicológicos adecuados. El primer paso, antes de proceder a la evaluación propiamente dicha es la elaboración de la anamnesis general del paciente. Seguidamente ampliaremos la información mediante una entrevista semiestructurada. Kearney et Silverman (1990), defienden que dicha entrevista debería ser semiestructurada, siendo la parte estructurada diseñada propiamente para detectar la existencia o ausencia de un posible TOC.

Y finalmente, acabaremos de completar la evaluación con un estudio de las capacidades y aptitudes cognitivas del paciente, especialmente en aquellos en los que se haya observado un bajo rendimiento académico, u otra sintomatología asociada.

## HISTORIA CLÍNICA DEL PACIENTE

Dicha anamnesis debe recoger diferentes aspectos. A continuación mostramos los que consideramos imprescindibles, y que por supuesto forman parte de nuestro protocolo de intervención:

- *Sintomatología*

- Contexto en que se producen los síntomas
- Frecuencia y grado de malestar y deterioro
- Grado de resistencia del paciente a las obsesiones y compulsiones
- Resultado de los esfuerzos
- Actitud y grado de autocritica acerca de los síntomas
- Implicación familiar
- Hábitos compulsivos
- Tiempo total gastado en una preocupación o compulsión (severidad)

- Diagnósticos asociados
- Fortaleza y debilidades del paciente
- Éxitos y fracasos
- Contexto

- *Historia*

- Historia personal en cuanto a desarrollo y antecedentes
- Historia familiar
- Funcionamiento psicosocial, familiar y escolar
- Tratamientos previos y respuestas a ellos

## LA ENTREVISTA SEMIESTRUCTURADA

Las entrevistas semiestructuradas de las que disponemos son guías específicas que nos permiten recoger datos concretos sobre el TOC. Destacamos: la Escala de Obsesiones y Compulsiones de Yale Brown, el inventario de Leyton, Inventario Obsesivo compulsivo de Maudsley y el Inventario de Papua. (Towbin et Riddle, 2002)

## ESCALA DE OBSESIONES Y COMPULSIONES DE YALE-BROWN

La escala obsesivo compulsiva de Yale Brown fue construida por Wayne.K, Goodman, Lawrence H.Price, Steven A, Rasmussen, Mark A. Riddle, Judith L., Rapoport en 1989, con el fin de disponer de una medida que evaluara la severidad de la sintomatología propia del TOC y a su vez la describiera a partir de un primer *screening* (en Tallis, 1999).

La escala es una entrevista que contiene cuestiones relacionadas con la fenomenología de las obsesiones y compulsiones, el estrés causado por la sintomatología, el tiempo que ocupan en

sus vidas y el control que tiene éste sobre ellas.

El Yale-Brown representa el mayor avance en la medición de la severidad de los síntomas obsesivo-compulsivos. Con esta escala se obtienen unos resultados estadísticamente muy significativos tanto en fiabilidad como en validez (Goodman et al., 1989).

Esta escala dispone de una primera parte, que se puede utilizar como instrumento de *screening* y que nos proporcionará información sobre la necesidad de realizar la entrevista de forma completa. Es aconsejable que una vez realizado este primer *screening* se contrasten, amplíen y verifiquen los resultados mediante una segunda subescala más amplia y específica. La administración se ejecuta del siguiente modo: el paciente recibe una definición de las obsesiones y compulsiones y a continuación algunos ejemplos. Después se identifican los síntomas usando el listado de síntomas del Yale Brown, que pueden dividirse en 15 áreas de contenidos: obsesiones agresivas, de contaminación, sexuales, acumulación-colección, religiosas, misceláneas, obsesiones y compulsiones somáticas, compulsiones vinculadas a la conducta de contar, compulsiones de comprobación,

rituales de repetición, compulsiones de ordenación –arreglo, compulsiones de acumulación– colección y compulsiones misceláneas.

Como dato estadístico destacar que, tanto la fiabilidad como la consistencia interna de esta entrevista, son elevadas, confirmándose éstas mediante las aportaciones de las investigaciones llevadas a cabo por L. Cronbach (Tallis, 1999).

Existe una versión para edades comprendidas entre 6 y 17 años (CY-BOCS) creada por Goodman en 1996 (Scahill et al., 1997b). La adaptación española fue llevada a cabo por Prudencio Rodríguez Ramos Fernández y José Toro Trallero. Ambas son escalas de heteroevaluación ya que valoran obsesiones y rasgos de personalidad obsesiva a partir de 19 ítems. Contrastándolo con la escala de adultos podríamos decir que son idénticas a excepción del uso del lenguaje; en su adaptación se tuvo presente el momento evolutivo del niño y del adolescente.

Ambas versiones demostraron ser instrumentos sensibles a los cambios producidos por la medicación y por las psicoterapias cognitivas conductuales.

Es necesario tener presente la incapacidad discriminatoria que tiene el Y-BOCS para detectar la gravedad del TOC respecto a la de la gravedad de la depresión o de la ansiedad en los pacientes TOC con una depresión secundaria importante. Durante su corrección, en casos de obsesión monosintomática la puntuación puede estar englobada dentro del intervalo de la normalidad.

Para concluir, los principales aspectos a considerar son:

- La pasación debe ser completa, ya que puntuaciones bajas en la escala abreviada no discriminan puntua-

ciones elevadas en la escala global.

- No contemplar únicamente los síntomas, deben considerarse la severidad y todo lo que ello conlleva.
- No jerarquizar los síntomas por orden de severidad.
- Especificar las conductas de evitación.
- La pasación debe ser doble en todos los casos y triple siempre que sea posible (paciente, familia y conjuntamente).

## EL INVENTARIO DE LEYTON

Autoinforme diseñado por Cooper en 1970 que permite evaluar sintomatología y rasgos obsesivos. Contiene 69 ítems que aportan información sobre las resistencias e interferencias de las obsesiones y compulsiones (Thomsen, 1998).

La resistencia se expresa mediante el grado en el que el paciente desea acabar la actividad obsesiva que experimenta. En cambio, la interferencia se expresa de acuerdo con el grado de actividad incapacitante en el funcionamiento cotidiano del paciente.

En el presente aún se están realizando estudios para evaluar tanto la validez como la fiabilidad, por lo que estos datos son incompletos e inconsistentes. Algunos resultados obtenidos hasta el momento con una muestra depresiva no obsesiva indican que la fiabilidad test-retest es satisfactoria para la evaluación de síntomas y rasgos. Por otro lado hay controversias sobre la sensibilidad del LOY (Inventario de Leyton) a efecto de la medicación, algunos estudios como los de Allen et Tune, (1975), hallan tales diferencias, en cambio otros no las aprecian (Insel et al, 1983 y Thoren et al., 1980).

A modo de conclusión destacar que el LOY mide una gran variedad de sín-

tomas y rasgos. Sin embargo, presenta una gran complejidad conceptual, ya que la diferencia entre síntomas y rasgos es confusa. También excluye obsesiones de temática violenta y agresiva (Avila, 1986).

La versión infantil de Berg, creada en 1989 (LOI-CV) se elaboró con un formato idéntico al original pero adaptado para niños, realizando modificaciones en cuanto al número de ítems y a la temática de estos (temática escolar).

Paralelamente al LOI infantil, Berg construyó una versión dirigida hacia los adolescentes, compuesta por 20 ítems donde sólo se registran valoraciones de interferencia. Sus propiedades psicométricas son óptimas.

Según los estudios realizados por Cooper y Kelly, las 3 adaptaciones del LOY evalúan 3 componentes en común: preocupación por ser limpio y ser ordenado, sentimiento de ser o estar incompleto, y comprobación de repetición (Tallis, 1999).

#### INVENTARIO OBSESIVO COMPULSIVO DE MAUDSLEY (MOCI)

El MOCI que fue elaborado por Hodgson y Rachman, en 1977. Es un cuestionario de autoevaluación compuesto por 30 ítems. Fueron seleccionados aquellos capaces de discriminar a los pacientes obsesivos de un grupo de ansiosos.

Durante la administración los sujetos deben indicar si las frases autorreferentes que componen el test son verdaderas o falsas.

Una vez finalizada la prueba obtendremos una puntuación total y cuatro puntuaciones de subescala: comprobación, limpieza, lentitud y duda.

Muestra sensibilidad a los efectos de los fármacos y parece ser sensible al

cambio tras una terapia conductual. Es más sensible que el LOY cuando se usa con adolescentes.

Tallis (1999), afirma que tal inventario contempla los fenómenos obsesivos más comunes (duda obsesiva, las compulsiones de lavado y comprobación). Aunque si lo comparamos con el Y-BOCS obtenemos dos diferencias significativas: la incapacidad del MOCI para valorar la severidad del trastorno y la imposibilidad de su administración a una población infantil.

#### INVENTARIO DE PADUA (PI)

En 1988, Sanavio elaboró el inventario de Padua. Formado por 60 ítems, valorándose en una escala de 0 a 4 puntos en base al grado del trastorno obsesivo-compulsivo (Vallejo, 1995).

Evalúa cuatro factores: deterioro en el control de las actividades mentales, estar contaminado, las conductas de comprobación y las urgencias y preocupaciones por perder el control de las conductas motoras.

Las propiedades psicométricas de PI fueron determinadas con una amplia población no clínica. La consistencia del inventario y la fiabilidad test-retest son buenas. La medida también discrimina entre los pacientes obsesivos y los controles neuróticos.

Al igual que el anterior test descrito (MOCI), no existe una versión apropiada para niños y adolescentes y su capacidad discriminativa es inferior a éste.

#### CUESTIONARIO DE INVASIONES COGNITIVAS: CIQ

Freeston en 1991, elaboró un cuestionario de invasiones cognitivas a partir del cuestionario de pensamientos angustio-

sos de Clark y De Silva y del cuestionario de pensamientos disruptivos de Edwards y Dickerson (March et al., 1995).

El CIQ permite identificar el pensamiento obsesivo central examinado a partir de una serie de ítems (frecuencia, preocupación, tristeza, dificultad para eliminarlo, culpa, probabilidad, desaprobación, responsabilidad percibida, desencadenantes, evitación de los estímulos desencadenantes, esfuerzo para contrarrestar el pensamiento, alivio después de contrarrestarlo y éxito en eliminar el pensamiento) puntuados mediante escala Likert de 9 puntos.

Después de ser puntuados, los pacientes indican si el pensamiento invasor tomó la forma de una idea, imagen, impulso, duda u pensamiento durante el último mes. A su vez, señalan qué estrategias (entre diez) emplean para contrarrestar el pensamiento cuando ocurre.

Dicho autoinforme, ha sido utilizado con muestras clínicas y no clínicas y ha mostrado una fiabilidad y una validez adecuadas (Tallis, 1999).

## INVENTARIO DE CREENCIAS SOBRE LAS OBSESIONES: IBRO

Escala asociada con las teorías de valoración cognitivas del TOC. Compuesta por 20 ítems puntuados según una escala de 1 a 6 puntos, que varían entre «creo firmemente que esta afirmación es falsa» y «creo firmemente que esta afirmación es verdadera».

La muestra final de ítems realizada en 1993 por Freeston fue creada a partir de una serie de estudios llevados a cabo por Marc Fall y Salkovsking en años anteriores (Tallis, 1999)

Los ítems que se mantuvieron fue-

ron aquellos capaces de diferenciar al grupo de atención mínima del grupo de escape o evitación.

El análisis de los principales componentes se estructura en 3 bloques: el primero, que abarca 11 ítems, se refiere a la responsabilidad, la culpa, la vergüenza, el castigo y la pérdida.

El segundo, que comprende 5 ítems, se refiere a la sobreestimación de la amenaza.

Por último, el tercer factor que comprende 4 ítems, se refiere a la intolerancia e incertidumbre.

Las medidas psicométricas son adecuadas, tanto en la fiabilidad extraída mediante la alfa de Cronbach, como la fiabilidad test-retest.

## EVALUACIÓN DE LAS CAPACIDADES COGNITIVAS

Aparte de los aspectos directamente relacionados con los síntomas obsesivo-compulsivos, debemos hacer una evaluación de otras áreas, con el objetivo de obtener una mayor información acerca del paciente (Towbin et Riddle, 2002)

Las principales áreas a evaluar son las capacidades cognitivas, las aptitudes, la personalidad y la adecuación emocional.

Para la evaluación de las capacidades cognitivas disponemos de diferentes escalas según la edad del niño o del adolescente.

Para niños de 4 a 6 años disponemos de la Escala de Inteligencia de Weschler para preescolares y primaria (WPPSI), para niños de 6 a 16 años disponemos de la escala de Inteligencia Weschler para niños (WISC-R), y para adolescentes a partir de los 16 años la escala de inteligencia de Weschler para adultos (WAIS-III).

También debemos mencionar la Batería de Evaluación de Kaufman para Niños (K-ABC) y el Test de Matrices Progresivas de Raven.

A continuación vamos a hacer mención de las más utilizadas y las que según nuestra experiencia nos aportan la información más útil.

#### ESCALA DE INTELIGENCIA DE WESCHLER PARA NIÑOS REVISADA, WISC-R

D. Wechsler rediseñó la escala de inteligencia para una población de entre 6 y 16 años. Es de administración individual y su duración oscila entre 60 y 90 minutos.

Está constituida por doce test agrupados en dos escalas (verbal y manipulativa) que aportan información acerca de los conocimientos generales del niño, de la capacidad de procesamiento lógico, la capacidad de atención y memoria, la capacidad de planificación y secuenciación temporal, la riqueza de vocabulario, el nivel de razonamiento abstracto, la coordinación vasomotora y la capacidad de comprensión de los procesos sociales.

Contiene un factor de inteligencia fluida y un factor de inteligencia cristalizada.

Los resultados aportan información de la inteligencia cuantitativa y cualitativa.

Existe una baremación específica para cada edad que aporta un CI independiente tanto para la escala verbal como manipulativa, las cuales a su vez designarán un CI total.

La fiabilidad se analizó para cada una de las escalas, según las edades posibles de evaluación en todos los casos fue óptima (Zimmerman 1988).

#### ESCALA DE INTELIGENCIA DE WECHSLER PARA ADULTOS. WAIS-III

Wechsler Adult Intelligence Scale elaborada por David Wechsler en 1955. La adaptación española de la citada escala se inició en 1939 y se publicó en el año 1970.

Diseñada para evaluar los procesos intelectuales de los adolescentes y adultos, tiene la misma estructura que el WISC-R y aporta la misma información (Zimmerman et Woo-Sam, 1997).

#### BATERÍA DE EVALUACIÓN DE KAUFMAN PARA NIÑOS (K-ABC)

La batería de Evaluación de Kaufman para niños (K-ABC) destinada a valorar la inteligencia y el conocimiento en una población de 2 a 12 años, abarca los 7 niveles de escolaridad. La inteligencia que evalúa el K-ABC es definida por el propio autor como el estilo individual para resolver problemas y procesar información. Esta batería tiene como objetivos:

- Medir la inteligencia a partir de sólidas bases teóricas y de investigación.
- Separar el conocimiento adquirido por la experiencia de la habilidad para resolver problemas poco familiares.
- Obtener resultados útiles en intervención pedagógica.
- Incluir habilidades novedosas.
- Ser fácil de aplicar y objetivo en los resultados.
- Ser adaptable a las diversas necesidades de los pequeños, grupos minoritarios y niños especiales.

El tiempo para administrarlo oscila entre 45 y 75 minutos, dependiendo del

rango de edad (incrementándose proporcionalmente a la edad).

El K-ABC está formado por 16 test englobados en 4 áreas globales de funcionamiento: procesamiento secuencial, procesamiento simultáneo, procesamiento mental compuesto (secuencial más simultáneo) y conocimientos.

Los subtest que evalúan el procesamiento mental no se ven alterados por el origen cultural ni por posibles problemáticas en el lenguaje o auditivos, debido a que hay definida una escala no verbal, siendo administrada mediante mímica y/o mediante forma motórica.

Los tests de Procesamiento mental del K-ABC fueron deliberadamente diseñados para utilizar lo menos posible el lenguaje oral, las habilidades que tienen que ver con el lenguaje en general.

La escala de Conocimientos incluye información capaz de medir aquellas habilidades tradicionalmente evaluadas por test de inteligencia general o verbal, test de habilidades escolares (lectura) o ambos (aritmética e información general).

## MATRICES PROGRESIVAS DE RAVEN

El test de Matrices Progresivas de Raven se desarrolló para valorar los aspectos de la inteligencia contemplando el ámbito genético y ambiental de ésta creándose en la década de los 30 por J. C. Raven (Tallis, 1999).

En la actualidad existen 3 escalas de Raven, la Escala General (SPM), la Escala Superior (APM) y la Escala de Color (CPM).

En primer lugar se creó el SPM con el objetivo de poder ser aplicada a todos los niños sin que pudiera repercutir la dotación genética del paciente en los resultados. Posteriormente se crearon las

otras 2 escalas específicas para cubrir el nivel intelectual superior (APM) y el nivel intelectual inferior (CPM).

Aunque originalmente las Matrices de Raven fueron creadas para la investigación su mayor aplicación se ha dirigido a la práctica clínica, ocupacional y educativa.

En cuanto al ámbito educativo, además de su capacidad para detectar escolares con dotación elevada también es un detector de posibles trastornos del aprendizaje, motivacionales y actitudinales.

## EVALUACIÓN DE LAS APTITUDES COGNITIVAS

También se considera necesaria una evaluación de los procesos de atención y de los procesos perceptivo práxicos.

Se llevará a cabo mediante la administración de diferentes pruebas: el Test de Percepción de Diferencias (CARAS), la Prueba Perceptiva y de Atención de Toulouse Pieron (T-P), el Test de Copia y Reproducción de memoria de la figura compleja de Rey y el test perceptivo motor de Bender.

Es importante mencionar que generalmente los pacientes con un TOC muestran una elevada calidad en el proceso atencional, con un ritmo de trabajo más lento de lo que es habitual para los niños de la misma edad. En este sentido, realizar una evaluación completa del proceso de atención, tanto selectiva como sostenida, es importante pues nos aporta información complementaria.

## TEST DE PERCEPCIÓN DE DIFERENCIAS DE CARAS

El test de Percepción de Diferencias de Caras fue elaborado por L.L. Thurstone

con el objetivo de evaluar la aptitud para percibir, rápida y correctamente, semejanzas y diferencias y patrones estimulantes parcialmente ordenados en niños mayores de 6 años.

La prueba consta de 60 elementos gráficos (cada uno de ellos formado por tres dibujos esquemáticos, uno de los cuales es distinto) y la tarea a realizar consiste en determinar cuál es el distinto y tacharlo durante tres minutos.

Este test proporciona información sobre la capacidad de atención selectiva. Habitualmente los niños o adolescentes con un TOC no cometen errores en la detección de diferencias, siendo la calidad del proceso muy buena.

#### PRUEBA PERCEPTIVA Y DE ATENCIÓN DE TOULOUSE PIERON

Instrumento diseñado por E. Toulouse y H. Pieron para evaluar capacidades perceptivas y atencionales. Compuesto por 1600 cuadrados en los cuales debe detectarse y señalar aquello idéntico a la muestra durante 10 minutos. Al no poseer un contenido verbal no existen exclusiones culturales o raciales. Proporciona información sobre la persistencia perceptiva y la concentración.

Generalmente, los pacientes con un TOC, sin sintomatología asociada al déficit atencional, obtienen unas buenas puntuaciones en el índice de persistencia y concentración.

#### EL TEST DE COPIA Y REPRODUCCIÓN DE MEMORIA DE LA FIGURA COMPLEJA DE REY

En 1942, André Rey elaboró una prueba que consistía en copiar y posteriormente reproducir de memoria un dibujo geo-

métrico complejo con el objetivo de valorar la actividad perceptiva y la fidelidad de la memoria visual (Tallis, 1999).

Como dato a destacar reseñamos la ausencia de tiempo límite, tanto para realizar la copia como la memoria. Este hecho permite a las personas con rasgos obsesivos destinar el tiempo que crean conveniente, que según nuestra experiencia, generalmente es superior al esperado.

#### TEST GESTÁLTICO VISO-MOTOR DE BENDER

Prueba no verbal, neutra y aplicable desde los 5 años de edad que fue ideada por Laurette Bender. Proporciona información sobre la función visomotora (madurez, daño orgánico, y coordinación), así como indicadores sobre el estado emocional del niño.

En este test tampoco hay límite de tiempo, aunque es altamente significativo conocerlo.

Las dificultades en la copia de las figuras del Test pueden ser debidas a inmadurez o mal funcionamiento de la percepción visual, de la coordinación motriz o de la integración de ambas.

#### EVALUACIÓN DE LA PERSONALIDAD

La evaluación de la personalidad es posible sólo en pacientes adolescentes con edad superior a los 16 años. En estos casos es necesaria una evaluación detallada que implica la pasación del cuestionario de personalidad 16PF-5, el Inventario multifásico de la personalidad de Minesota (MMPI-2) y la entrevista clínica estructurada para los trastornos de la personalidad del eje II del DSM-IV

(SCID-II). Dicha evaluación será útil para realizar el diagnóstico diferencial con un posible trastorno de la personalidad (Ballesteros, 2000; Núñez, 1979).

### **MINESOTA MULTIPHASIC PERSONALITY INVENTORY (MMPI)**

Hathaway y McKinley construyeron el Minnesota Multiphasic Personality Inventory en 1940 mediante procedimientos empíricos comparando grupos clínicos y de control (Hathaway et Meel, 1951).

El MMPI está formado por 566 ítems de autorreferencia y su administración es individual o colectiva a toda aquella población mayor de 16 años y con una cultura equivalente a los seis años de escolaridad. El tiempo de administración varía de 45 a 60 minutos.

Existe también una versión más moderna, elaborada en 1989, que consta de 567 ítems y su administración es posible a partir de los 18 años de edad con un tiempo límite de 60-90 minutos.

Existe una versión para adolescentes que añade 154 ítems nuevos para cubrir los problemas específicos de la adolescencia y también la sensibilidad al tratamiento.

### **CUESTIONARIO DE PERSONALIDAD SCIDI-II**

La SCIDI es definida por la Dra. Lorna Benjamín, su creadora, como una entrevista clínica semiestructurada para evaluar los 10 trastornos de la personalidad (según el DSM) contemplando los trastornos no específicos. Su antecesor fue el Dr. Jeffrey Joran quien creó en 1984 la primera versión del test (SCID). Permite detectar el Trastorno Obsesivo Compul-

sivo de Personalidad, entre otros (Tallis, 1999)

La actualización del test en años posteriores incorporó un método de selección y cribaje de tipologías de personalidad a partir de un cuestionario de autocumplimiento.

Existen dos formas de administración: una versión completa y una abreviada. En esta última se emplean sólo las secciones que considera más apropiadas el clínico en función del caso a evaluar.

### **EVALUACIÓN DE ASPECTOS COMPORTAMENTALES**

Es frecuente que la sintomatología propia de un TOC se complemente o masifique con rasgos de otras patologías comórbidas al Trastorno Obsesivo Compulsivo. La depresión o ansiedad son una de ellas y, por ello, es importante evaluarlas. Para hacerlo, puede utilizarse una gran diversidad de metodología existente.

La valoración de estos factores nos proporciona información, no sólo para establecer el diagnóstico diferencial, también nos proporciona datos clínicos que permiten establecer el grado de gravedad e interferencia de los síntomas obsesivo-compulsivos en las actividades sociales, escolares y familiares del niño o adolescente.

### **STATE-TRAIT ANXIETY INVENTORY (STAI)**

Cuestionario elaborado por Charles D. en 1967. Es la primera prueba de ansiedad creada para evaluar independientemente la ansiedad estado y la rasgo. Dicha prueba consta de 40 ítems

(valorados en una escala de 0 a 3 puntos), 20 de los cuales valoran la ansiedad estado y el resto la ansiedad rasgo.

Existe una adaptación española de esta prueba llevada a cabo por Bermúdez en 1983 con baremos para adolescentes y adultos (Ballesteros, 2000).

#### STATE-TRAIT ANXIETY INVENTORY FOR CHILDREN (STAIC)

Existe un cuestionario para niños de 9 a 15 años adaptado del STAI (State-Trait Anxiety Inventory for Children) elaborado por el mismo autor en el año 1973 y que proporciona la misma información que en adultos.

#### INVENTARIO DE SITUACIONES Y RESPUESTAS DE ANSIEDAD (ISRA)

El inventario de situaciones y respuestas de ansiedad ISRA es una herramienta elaborada para y en población española. Pretende evaluar las respuestas cognitivas, fisiológicas y motoras a partir de 23 situaciones (Ballesteros, 2000).

#### CHILDRENS DEPRESSION SCALE. CDS

El cuestionario Childrens Depression Scale fue diseñado por M-Lang y M. Tisher.

La adaptación española existente mantiene el formato original permitiendo una puntuación específica para cada una de las escalas obteniendo una puntuación global de la depresión. Es aplicable para la población infantil de 8 a 16 años.

Es una escala de 66 ítems, de los cuales 18 ítems están encaminados a evaluar estados positivos y 48 estados depresivos. Aportando información sobre las dos dimensiones claves del CDS: Total depresivo y Total positivo.

La primera dimensión evalúa la respuesta afectiva, aludiendo al estado de humor de los sentimientos del sujeto, problemas sociales, autoestima, preocupación por su propia muerte/salud, sentimiento de culpabilidad y depresivos varios. La segunda dimensión se denomina ánimo-alegría y valora la ausencia o incapacidad para experimentar alegría y los positivos varios.

Es importante mencionar que este test puede ser contestado por otras personas próximas al paciente, como padres profesores u otros, permitiendo comparar los resultados dados por ambos.

En las muestras originales se ha observado una buena fiabilidad y consistencia interna.

#### INVENTARIO DE DEPRESIÓN PARA NIÑOS (CDI)

Autoinforme elaborado en 1977 por Kovacs y Beck quienes se basaron para su elaboración en la concepción teórica de la depresión de Beck. Son 27 los ítems que lo forman, clasificados en tres fases que gradúan la presencia e intensidad de los síntomas de 0 a 2 (Tallis, 1999).

Existe una versión específica para la pasación a padres que permite contrastar la información (formada por 37 ítems).

Es importante señalar que la correlación con el test de depresión infantil CDS es de 0,84.

### HAMILTON RATING SCALE FOR DEPRESIÓN (HRSD), ESCALA DE DEPRESIÓN DE HAMILTON

Entrevista estructurada, también útil como autoinforme, construida con el objetivo de evaluar los diversos niveles de depresión en pacientes depresivos adultos.

La puntuación considerada como indicativa de depresión media es 7-17, la depresión moderada de 18-24, y a partir de 25 se considera una depresión severa.

En un inicio eran 6 los factores a analizar: ansiedad somática, peso, alteración cognitiva, variación diurna, ralentización, alteraciones del sueño. Aunque a partir de estudios posteriores estos factores quedaron reducidos a 2: depresión vegetativa y depresión cognitiva.

Los mismos autores elaboraron por análisis de ítems cinco tipos o perfiles de depresión: ansiosa, suicida, somatizante, vegetativa y paranoide.

### BECK DEPRESSION INVENTORY (BDI), INVENTARIO DE DEPRESIÓN DE BECK

A partir de la experiencia clínica, Beck elaboró un inventario de depresión constituido por 21 ítems. Estos ítems representan los criterios diagnósticos básicos subrayando la autopercepción del sujeto frente a aspectos conductuales: humor, pesimismo, sollozos, sentido del fracaso, falta de satisfacción, sentimientos de culpa, autoodio, autoacusación, deseos autopunitivos, irritabilidad, indecisión, aislamiento social, inhibición en el trabajo, imagen corporal, problemas de sueño, fatiga, pérdida de peso, pérdida de apetito, preocupaciones somáticas, pérdida de libido. Sintetizándose todas

ellos en dos factores: Somatización y autoconcepto negativo.

Cada ítem debe ser valorado por el paciente en una escala de 0-3 en función de la gravedad que representa. De esta forma el sujeto debe escoger la frase que mejor se adecue a su situación personal.

Existe una versión abreviada por el mismo autor, que consta de 13 ítems. Su brevedad se debe a la eliminación de los ítems que hacían referencia a la sintomatología somática y la permanencia de los encaminados a valorar los aspectos más cognitivos.

### EVALUACIÓN DE ASPECTOS ADAPTATIVOS

Las dificultades de adaptación son características de los pacientes con un TOC, y debemos evaluar en qué ámbitos de la vida del niño tiene mayor o menor incidencia.

### TEST DE ADAPTACIÓN MULTIFACTORIAL INFANTIL (TAMAI)

Pedro Hernández y Hernández creó el test de adaptación multifactorial que evalúa la esfera personal, social y familiar (llamada por el autor Integral) y la esfera que compone las diferentes áreas vinculadas en el desarrollo del paciente (perspectiva funcional). Este test está dirigido a una población comprendida entre los 8 y los 18 años.

Dependiendo de la edad del sujeto, éste pertenecerá a uno de los tres niveles existentes en el TAMAI. El primer nivel comprendido en edades de 8 a 11,5 años, el segundo de 11 y 6 meses a 14 y 6 meses y el tercer nivel de 14 y 6 meses a 18 años.

Por consiguiente, la corrección, interpretación de factores y baremos variarán según el nivel correspondiente.

Cada nivel está formado por un conjunto de subescalas que se mantienen en todos los niveles (aunque la información que se obtiene es más detallada en los niveles superiores).

Según los resultados de un estudio realizado por Alonso et al. (2001), los sujetos con síntomas obsesivo-compulsivos significativos, tienden a describir a sus padres como sobreprotectores, críticos y menos expresivos emocionalmente que los sujetos control. Estos mismos autores definen la existencia de diferencias en el estilo educativo y en particular en la adquisición de conductas de miedo. Los comprobadores perciben a sus madres como más meticulosas y demandantes que los obsesivos de limpieza, sin que se detecten diferencias entre ambos grupos en cuanto a la percepción de la sobreprotección.

## EVALUACIÓN DE LOS PROBLEMAS DE CONDUCTA

Para la evaluación de los problemas de conducta nos basamos principalmente en la valoración que hacen los padres y maestros del niño sobre su comportamiento.

### CHECKLIST DE PROBLEMAS DE CONDUCTA DE ACHENBACK (CBCL)

El origen del CBCL se halla en la *checklist* de problemas de conducta de Achenback de 1966 diseñada para ser contestada por el evaluador a partir de los datos de las historias clínicas (Achenbach, 1991). Posteriormente, se

adecuó para que fuera contestado por los padres y/o profesores. Para ello se simplificó el vocabulario, se añadieron nuevos ítems y se aumentaron las alternativas de respuesta.

La CBCL es un cuestionario que evalúa, de forma estandarizada mediante resultados cuantitativos, la descripción que los padres y/o profesores hacen sobre los comportamientos de los niños y niñas de 4 a 16 años. Ofreciendo información acerca de la posibilidad de trastornos emocionales, comportamentales y sociales.

Por otro lado decir, que la objetividad de los resultados obtenidos debe afrontar las siguientes limitaciones: por un lado depende de la colaboración voluntaria de los padres del paciente y, por otro, puede verse influenciada por la predisposición de los mismos a contribuir en el estudio debido a factores ajenos a nuestro control (experiencias pasadas, nivel cultural, etcétera). La respuesta de los padres ante una conducta determinada del niño puede, en el mejor de los casos, ser subjetiva y en el peor falsa, al considerar la madre que ese tipo de conducta pudiera ser «vergonzante» o no adecuada en su hijo y no querer admitirla públicamente.

## LOS TEST PROYECTIVOS

Los test proyectivos nos proporcionan información adicional a la entrevista clínica, a la observación y a los cuestionarios psicométricos. Pueden revelar datos sobre aspectos emocionales del paciente y describir leves revelaciones sobre su personalidad o incertidumbres más inconscientes.

De tal forma, los proyectivos (dibujos, historias, imágenes, etcétera) pasan a ser un canal de comunicación de las

expresiones internas que no pueden ser evocadas verbalmente por el sujeto, ya sea por una incapacidad emocional, madurativa o evolutiva.

En la evaluación del TOC (en niños y jóvenes) la calidad, el proceso y el test proyectivo en sí pueden aportar datos acerca de la sintomatología que compone el trastorno.

Algunos de los test más utilizados son el HTP-P y el Test Gráfico de la Familia.

La experiencia clínica nos ha permiti-

do observar que en los pacientes con un TOC, los test proyectivos ponen de manifiesto las dificultades en las relaciones sociales, la dependencia y la inseguridad.

También se suele evidenciar la lentitud obsesiva durante la ejecución de la actividad, la repetición, así como rasgos de inseguridad que se evidencian a partir del comportamiento del sujeto (borrado constante seguido de reproducción del elemento eliminado de una forma reiterativa).

# Segunda Parte



# El tratamiento del TOC

## INTRODUCCIÓN

Una vez realizado el diagnóstico a través de una evaluación individual que contemple las diferentes variables: síntomas obsesivo-compulsivos, comorbilidad y factores psicosociales, procederemos a la elaboración del tratamiento. Para ello debe considerarse, además, el nivel de desarrollo del niño, el temperamento y el nivel de adaptación. En este contexto, tanto el paciente como la familia deben participar de manera extensa en la planificación de tratamiento.

Existen dos modalidades de tratamiento para el TOC: el tratamiento farmacológico y la Terapia Cognitivo Conductual. Ambas resultan efectivas, aunque, tal y como ya hemos mencionado con anterioridad, el tratamiento combinado es el más eficaz. Vamos a hacer aquí una presentación breve de estos tratamientos que después desarrollaremos en profundidad.

## PSICOTERAPIA COGNITIVO-CONDUCTUAL

Se ha demostrado que la Terapia Cognitivo-Conductual (TCC) consigue un destacable y duradero efecto en el tratamiento con adultos con TOC. Igualmente, la TCC puede ayudar al niño a internalizar una estrategia para resistir al TOC, el cual depende de una clara comprensión del trastorno dentro de un esqueleto médico.

March (1994) comprobó que, a pesar de sufrir una recaída después de abandonar la medicación, los pacientes tratados con TCC seguían mostrando mejoría.

## Tratamiento farmacológico

La medicación comúnmente utilizada en el TOC son los inhibidores de la recaptación de la serotonina (IRS). En ellos están incluidos los antidepresivos heterocíclicos como la clomipramina y los inhibidores selectivos de la recaptación de la serotonina (ISRS) como por ejemplo la fluoxetina, la fluvoxamina, paroxetina y sertralina. Algunos estudios realizados muestran que la medicación utilizada para adultos es igualmente efectiva en niños y que los efectos secundarios también son los mismos.

## Tratamiento combinado

Muchas enfermedades, entre ellas las psiquiátricas, requieren un tratamiento farmacológico y psicosocial. El tratamiento del TOC precisa una Terapia Cognitivo-Conductual y una medicación con un ISRS (sólo o combinado), además de intervenciones individuales, de grupo y de familia. Clínicamente se ha observado que en el tratamiento combinado el paciente obtiene un mayor beneficio.

Debemos añadir aquí, que la comorbilidad con trastornos psicóticos y trastornos con tics a menudo interfiere en el tratamiento del TOC, y puede ser necesario añadir un antipsicótico en el plan de intervención.

Los niños que pueden reconocer que sus obsesiones son estúpidas y que sus rituales son angustiosos son los mejores candidatos para ser tratados con una Terapia Cognitivo-Conductual. A pesar de ello, no se descarta que no sea efectiva en niños sin *insight* una terapia de este tipo.

La naturaleza e impacto de este trastorno en niños y adolescentes varía, ya

que se asocia a enfermedades psiquiátricas como fobia social, déficit de atención o hiperactividad y a trastornos por tics, lo que dificulta la labor del terapeuta. Poner especial atención y cuidado a dichos trastornos comórbidos es importante para el tratamiento del TOC. También lo es controlar durante el proceso la evolución y el resultado y para ello se utiliza como medida síntomas específicos, como por ejemplo lavarse y síntomas referidos al funcionamiento como por ejemplo el desarrollo en el hogar o en la escuela.

Muchos pacientes mejoran considerablemente, pero la desaparición total de los síntomas suele llegar lentamente. Para evaluar la necesidad de tratamientos adicionales puede ser de utilidad la utilización de medidas globales del estado de afectación (por ejemplo la Escala Clínica Global del Estado de Afectación o la Escala Global Obsesivo-compulsiva del INSM) y escalas de mejoría como por ejemplo la Escala Clínica Global de Mejoría.

## LA TERAPIA COGNITIVO-CONDUCTUAL

### 1. Introducción

La Terapia Cognitivo-Conductual (TCC) se engloba dentro de la teoría del trabajo social, donde la información cognitiva y conductual se procesa para realizar un trabajo de modificación de síntomas. En concreto, la TCC trabaja con los pacientes para modificar conductas y así reducir la ansiedad de los pensamientos y sensaciones.

En sentido, el objetivo básico de este tratamiento es cambiar el conocimiento que el paciente y su familia tienen sobre las obsesiones, evitar la neutralización y

permitir que los pacientes se habitúen a los pensamientos obsesivos. De esta manera conseguiremos reducir la frecuencia y la duración de estos pensamientos, así como de la ansiedad que provocan.

Entendemos por neutralización el intento de evitar o hacer desaparecer la obsesión.

Será un acto voluntario y que requiere un notable esfuerzo personal.

La TCC trabaja primero para cambiar las ideas y sensaciones, produciéndose después una mejoría en la conducta. En este sentido, se interviene tanto en la conducta como en la cognición.

Consideramos oportuno evidenciar la existencia de varios matices terapéuticos que pueden disminuir la resistencia a la TCC y aumentar la probabilidad de éxito de la exposición con prevención de respuesta.

Concretamente, el proceso terapéutico en el tratamiento pediátrico del TOC incluye los siguientes:

### *La externalización del TOC*

Una clave para establecer una buena relación terapéutica es distinguir de manera clara el TOC de la familia y del niño. Entendemos este trastorno como una desagradable y opresiva enfermedad neuroconductual en la que se ven afectados tanto el niño como la familia. Por lo tanto, deberemos crear un espacio de diferenciación entre el TOC y el paciente. Será necesario explicar que la enfermedad se caracteriza por la aparición de pensamientos de tipo invasivo y poner ejemplos sobre este concepto. Así, el terapeuta, el niño y la familia forman un mismo equipo cuya finalidad es ayudar al paciente para que consiga superar al TOC.

### *La exposición gradual versus exposición intensiva*

Este es un tratamiento para predecir y controlar la ansiedad. La exposición gradual implica sesiones semanales, donde el niño tiene control sobre la selección del tipo de exposición. Estas sesiones están encaminadas a la realización de un trabajo posterior en casa.

Esta forma de exposición ofrece una sensación de mayor control que la exposición intensiva a los pacientes, por lo que es mejor para algunos niños y adolescentes.

### *Terapeuta versus controlador del paciente*

Es crucial que el tratamiento no parezca un castigo para el niño, por lo que se recomienda informarle de que no le obligaremos a hacer nada para lo que no esté preparado. Además, podrá elegir la tarea de exposición con prevención de respuesta que él quiera. Insistiremos en el progreso y no en la velocidad de éste durante el curso del tratamiento.

Para facilitar la elección de objetivos de exposición con prevención de respuesta utilizaremos el concepto de *Zona de Trabajo*. Lo que primero haremos es observar las situaciones en las que el niño tiene éxito a la hora de resistir durante un tiempo la obsesión y/o compulsión. Así, el terapeuta le pedirá que le dé un ejemplo de alguna situación en la última semana donde no dejó que el TOC le dominase. Utilizando esta excepción a la regla de que el TOC siempre gana, el paciente ve claramente como hay una zona de jerarquía de estímulos, pero esto no es tan habitual en el caso de niños porque utilizamos un modelo gradual de E/PR donde ensayamos a través de una exposición ima-

ginada y cuando es posible, además, reclutamos a los padres y demás personas vinculadas con el niño para que nos proporcionen asistencia en el hogar. Ocasionalmente, cuando nos acerquemos a un modelo más intenso de dificultad para manejar el TOC, realizaremos terapia asistida de E/PR en vivo fuera de la consulta.

### *Consideraciones del desarrollo del niño*

No es necesario decir que el tratamiento se debe ajustar al nivel de funcionamiento cognitivo, social, madurativo y a la capacidad para mantener la atención de cada paciente. Como mencionamos anteriormente, algunos rituales son comunes en el desarrollo en diferentes edades.

Los pacientes jóvenes requieren más indicaciones y actividades; los adolescentes son más sensibles a los efectos del TOC en la interacción con los iguales por lo que requieren más discusión. Las intervenciones cognitivas necesitan estar especialmente ajustadas al nivel de desarrollo de los pacientes.

Para que tanto el paciente como la familia y el terapeuta estén de acuerdo con el plan de tratamiento es útil ayudar al niño y a los padres a diferenciar lo que es el desarrollo y lo que es el TOC y cómo ambos interactúan. Por ejemplo, niños que estén en el momento de temas como la separación/individuación pueden encontrar que el TOC les limita su posibilidad de dominio o autonomía, o les crea conflictos en casa, los cuales, en algunos casos son inherentes al desarrollo natural y consecuentemente pueden interferir en la TCC.

### *Grado de implicación de la familia*

Cada familia es diferente por lo que el tratamiento debe ser individualizado. El grado de implicación depende de:

1. Lo extensa que sea.
2. Lo relacionado que estén los familiares con el TOC.
3. Los problemas familiares que pueden interferir en el tratamiento del TOC.

En cualquier caso, facilitaremos información sobre el trastorno y su tratamiento, y les ayudaremos en todo lo relacionado con la lucha del niño que padece la enfermedad. Durante la primera sesión, enseñaremos a los padres como intervenir en dos situaciones concretas: «dejar de dar consejos» y «el reforzamiento diferenciado de otras conductas».

### *Aspectos a tener en cuenta*

Muchas terapias acostumbran a utilizar la escucha empática no-directiva y también técnicas de juego. Ambos, la técnica de escuchar y el juego creativo, son importantes para la TCC, pero la terapia de juego por sí no es suficiente trabajo, ya que la TCC requiere activas intervenciones estructuradas.

Un resumen del protocolo de tratamiento podría ser el que desarrollaremos a continuación. Es importante recordar que la estructura temporal de este protocolo es general, y debe adaptarse a cada caso particular.

Sesión 1	Psicoeducación
Sesión 2	Entrenamiento cognitivo (TC)
Sesión 3	Hacer el mapa del TOC (TC)
Sesión 4	Mapas adicionales
Semanas 3-18	Exposición y prevención de repuesta
Semanas 18-19	Prevención de la recaída
Sesión 1, 7 y 12	Sesión con los padres

Después de completarse la evaluación tiene lugar el tratamiento, que suele distribuirse alrededor de 12/20 sesiones. Cada sesión incluye confirmación de las metas, precisa revisión de la semana anterior, introducción de nueva información, terapia asistida practicando, trabajo a realizar en casa durante la próxima semana y supervisión del procedimiento. La información que describe las metas y el trabajo de casa se proporcionan al final de cada sesión.

El primer paso se centra en la psicoeducación durante dos sesiones. El segundo paso, el entrenamiento cognitivo empieza la primera sesión y continúa en la segunda, mientras que el tercer paso, que consiste en elaborar un mapa del trastorno, se completa en las sesiones 3 y 4. Estos tres primeros pasos son la base para el cuarto paso, en el que se inicia gradualmente la E/PR a lo largo de entre 3 y 20 sesiones.

## 2. Primer paso: la psicoeducación

La analogía con una enfermedad médica no está demasiado alejada en el caso del TOC, ya que es un trastorno que afecta el procesamiento de la información en el cerebro. Realizando un cambio en los síntomas a través de la TCC debería reflejarse un cambio en las funciones cerebrales. Conceptualizando el TOC como enfermedad médica, marca-

mos el principio del proceso de externalización del trastorno, ya que de esta manera se convierte en un enemigo localizado y no en un «mal hábito» que ha adquirido el niño.

En este sentido, debemos iniciar el tratamiento dando una explicación tanto al niño como a la familia, sobre qué es el TOC. Será necesario incluir las bases neurobiológicas de este trastorno. También será importante hacer participar al niño de esta definición sobre la enfermedad y que él explique que es para el este trastorno, describiendo cuáles son los aspectos más molestos. Este proceso nos ayudará a desculpabilizar al niño sobre su mala conducta.

Al niño se le explica el TOC como un error en el cálculo del riesgo. Las personas con TOC perciben un peligro importante e inminente en una situación de bajo riesgo o donde este es inexistente. Esta exagerada sensación de peligro hace aumentar la ansiedad y da lugar a la realización de rituales, que se perpetúan ya que funcionan como un refuerzo negativo, por el hecho de reducir la ansiedad.

Debemos explicar qué son los pensamientos invasivos, poniendo ejemplos de preocupaciones normales que no llegan a ser obsesiones. La diferencia está en la frecuencia, la duración y el malestar que provocan, la importancia que la persona les da y el esfuerzo que implican.

En este punto, podemos utilizar un ejercicio para demostrar que cualquier intento de eliminar un pensamiento lo único que hace es conseguir el efecto contrario. Ejemplo del camello (primero pensar en un camello, el niño debe levantar el dedo cada vez que le venga a la cabeza. Destacar que es difícil mantener un pensamiento presente de manera voluntaria. Seguidamente pedir que no se piense más en el camello, y que levante el dedo cada vez que le venga a la cabeza. Eliminar un pensamiento todavía es más difícil por no decir imposible).

Las obsesiones son un círculo vicioso en que los pensamientos pueden desencadenarse por estímulos o aparecer de forma espontánea. El hecho de darle importancia a estos pensamientos hace que la persona intente eliminarlos o controlarlos y lo que pasa es que vuelven de nuevo.

En relación a las compulsiones, tanto el niño como los padres deben saber que estas son únicamente una estrategia para reducir la ansiedad. El niño puede caer en el error de pensar que la compulsión es la única manera de reducir la ansiedad, por eso el objetivo principal de la intervención es ensayar mejores estrategias para conseguirlo.

Acercar de esta manera la enfermedad a la familia facilita un camino para realizar intervenciones que ayuden a ésta a retomar el control.

### **3. Segundo paso: el entrenamiento cognitivo**

Este paso introduce la Terapia Cognitiva, definiéndola como un entrenamiento en técnicas cognitivas para contrarrestar el TOC (es distinto de la prevención de los rituales mentales). El objetivo es

aumentar la sensación de eficacia personal, la capacidad de prevenir, la capacidad de controlar y que el sujeto se atribuya a él mismo los resultados positivos de las tareas de E/PR.

Para aumentar la sensación del paciente de ser capaz de prevenir y controlar los síntomas, explicitamos la E/PR como la estrategia, y al terapeuta y los padres como los aliados en la batalla contra el TOC que lleva a cabo el niño. Una constructiva reflexión y el uso de estrategias de imitación facilitan al niño un componente cognitivo para utilizarlo durante la exposición y le ayudan en la realización del tratamiento.

Las técnicas cognitivas se utilizan, básicamente, para trabajar las obsesiones. En líneas generales las técnicas que utilizaremos en el caso del TOC serán: 1. La reestructuración cognitiva, 2. Técnicas de parada del pensamiento.

El objetivo de estas técnicas será:

- Aprender a valorar correctamente la importancia del pensamiento.
- Aprender a discriminar entre pensamiento y acción (sobre todo en niños con obsesiones de tipo agresivo).
- Hacer estimaciones realistas sobre la probabilidad y la gravedad de las consecuencias de acontecimientos negativos.
- También tiene como objetivo aumentar la sensación de autoeficacia.
- Aumentar la sensación de control sobre la enfermedad.
- Potenciar el control interno. Autoatribuirse los éxitos.
- Cultivar la no dependencia.

Las técnicas cognitivas se basan en la existencia de distorsiones cognitivas, en el caso del TOC encontramos las siguientes:

1. Sobreestimación de la importancia de los pensamientos. Por ejemplo, «Si sigo pensando que mi hermano tendrá un accidente, y no rezo un padrenuestro, tendrá realmente un accidente».

La suposición básica de este pensamiento es que puede causar una acción, y que él sería el responsable de lo que pase. Una forma de cuestionar este pensamiento es a través de experimentos conductuales. Por ejemplo. *El niño que va en bicicleta debe pensar durante una semana que se le pinchará una rueda. Después se comparan los resultados con la predicción.*

2. Exageración de la responsabilidad y consecuencia. Por ejemplo, «Si llego tarde al cole el profesor se enfadará. Si se enfada pondrá un castigo. Nos castigará a todos los de la clase sin salir al patio. Los compañeros se enfadaran y será culpa mía».

Una forma de cuestionar este pensamiento es que el niño se ponga en el sitio de una madre que lo defiende (sistema de juicio). El niño debe encontrar argumentos para demostrar su culpabilidad y para castigar a toda la clase.

3. Perfeccionismo. Por ejemplo, «No he entendido todo lo que he leído. Es como si no hubiera entendido nada. No sabré lo que necesito saber. Suspenderé el examen».

Este es un pensamiento de tipo dicotómico. Para poder eliminarlo se utilizan experimentos conductuales, que consisten en realizar alguna actividad con algún error, o cambiar un hábito establecido de forma rígida. El último paso consiste en comparar la predicción con el resultado final.

#### 4. Tercer paso: realizar un mapa del TOC

El mapa del TOC incluye obsesiones específicas, compulsiones, desencadenantes, conductas de evitación y consecuencias. En términos conductuales, este proceso genera una jerarquía de estímulos en un contexto narrativo. Utilizaremos metáforas cartográficas para ilustrar dónde el niño es libre de los síntomas del trastorno y dónde necesita ayuda para combatirlos. Llamamos a la región central Zona de Trabajo.

En un primer momento, resultará de vital importancia enseñar al niño cómo debe cumplimentar el registro y después de un período de entrenamiento (una semana aproximadamente), se introducirá una escala subjetiva para valorar el grado de ansiedad ante la preocupación donde 100 será el grado máximo de preocupación. A partir de aquí y durante las siguientes sesiones se establecerá una jerarquía para cada una de las obsesiones.

Los pasos segundo y tercero incluyen la elección de una E/PR sencilla, para indicar el nivel de tolerancia a la ansiedad del niño y facilitar el cumplimiento del tratamiento. A la vez, esta tarea instaura en el niño la idea de que es posible resistir con éxito y finalmente vencer al TOC.

#### 5. Cuarto paso: exposición gradual con prevención de respuesta

La exposición se da cuando el niño se expone a sí mismo al objeto, acción o pensamiento temido. La prevención de respuesta implica bloquear los rituales o minimizar las conductas de evitación. Por ejemplo, en un niño con miedo a tocar los pomos de las puertas por mie-

do a contaminarse, la exposición consiste en que toque dichos pomos hasta que la ansiedad desaparezca. La prevención de respuesta consiste en que el niño no realice la habitual compulsión para disminuir la ansiedad, como por ejemplo, lavarse las manos o utilizar un pañuelo de papel para asir el pomo de las puertas.

En este sentido, la exposición consiste en afrontar deliberadamente la situación que produce ansiedad. Ésta se inicia por los estímulos que provocan menos ansiedad y gradualmente las situaciones que producen una mayor ansiedad. La prevención de respuesta consistirá en bloquear la aparición del ritual durante la exposición. El niño se autoprohíbe la realización de la compulsión.

Se pide al sujeto que prediga qué pasará si no realiza el ritual, y que valore cuanto tiempo cree que podrá controlarse sin hacer el ritual. En este momento, la exposición se puede hacer como un juego de detectives, en el que han de investigar qué pasa cuando el ritual no se realiza. Hay que tener en cuenta la posibilidad de que el niño desarrolle nuevos rituales durante la exposición con prevención de respuesta. Estos deben ser detectados y bloqueados. Debemos motivar al niño para completar el ejercicio pero no se impedirá físicamente que haga el ritual.

También debemos informar al niño del objetivo de la práctica. Debemos decirle que éste es un ejercicio para aprender que su ansiedad y la necesidad de realizar el ritual acaba desapareciendo. La sesión se presenta como una práctica para ayudarlo en la vida real. De esta manera se favorece la expresión de miedos y preocupaciones.

La exposición con prevención de respuesta se realiza primero durante las

sesiones de psicoterapia y se puede iniciar a través de la imaginación o en vivo y el niño traerá material de casa si resulta necesario. El siguiente paso será realizar sesiones prácticas en casa, siempre con la presencia de uno de los padres que previamente habrá sido entrenado con ese cometido. Una de las pautas más importantes para los padres será que no intervengan en la realización del ritual. Estas sesiones de exposición se deben realizar a diario. Se recomienda al niño y a la familia que hagan un registro del nivel de ansiedad previo a la exposición y posterior a la exposición.

El tiempo de exposición será de entre 20-25 minutos y gradualmente irá aumentando hasta llegar a una hora.

El niño debe saber que si la ansiedad persiste después de la exposición se le permitirá realizar el ritual. De esta manera se consigue reducir el nivel de ansiedad de anticipación. Los estudios demuestran que el nivel de ansiedad se reduce notablemente. Otra manera de reducir la ansiedad de anticipación consiste en realizar la técnica del modelado. También podemos utilizar el condicionamiento operante, a través de refuerzos positivos. Éste no tendrá un efecto directo positivo sobre los síntomas del TOC pero sí para favorecer el cumplimiento del programa.

### *El rol de los padres*

Desde el inicio del primer paso los padres son importantes en el proceso del tratamiento. Después de finalizar este paso los padres reciben información que incluye consejos para ayudar a su hijo (que se muestra en el apéndice). La revisan junto con el terapeuta al principio y/o final de cada sesión y pueden comentar el progreso que está realizando.

do su hijo. En las sesiones 7 y 12 se incorporan objetivos para los padres en la prevención de respuesta o extinción. La sesión 19 se centra en el entrenamiento generalizado y en la prevención de una recaída.

## 6. Aspectos relacionados con la estructuración

Entre los aspectos de la estructuración comentaremos: la frecuencia, el número de sesiones, el emplazamiento y la duración.

Referente a la frecuencia, consideramos que durante las primeras sesiones de terapia en las que recopilamos información específica sobre el TOC, podemos realizar dos sesiones a la semana, aunque consideramos recomendable, una vez iniciada la intervención establecer una pauta regular de una sesión por semana.

La terapia generalmente podrá realizarse en el despacho, aunque cuando la mayor parte de la sesión implica practicar la E/PR, puede trasladarse a lugares donde sea más efectiva la evaluación de las conductas de evitación. A pesar de ello, el terapeuta también puede ingeniar maneras creativas de desarrollar la E/PR en el despacho, por ejemplo llevando cosas del hogar como productos de limpieza u otras cosas.

La duración de cada sesión es de aproximadamente 50 o 60 minutos. Los primeros diez minutos se emplean en revisar con el niño las tareas que ha realizado en casa. Si el niño ha podido realizarlas todas podemos hablar sobre los obstáculos que han interferido en la realización.

Los siguientes 20 minutos se emplean en la presentación de los objetivos de la siguiente sesión de E/PR. Se dedican

entre 30 y 40 minutos en la tarea de exposición.

Antes de asignar el trabajo para casa se dedican unos minutos para obtener valores de la clínica global sobre obsesiones y compulsiones. Es aconsejable que cada 3 o 4 sesiones a lo largo del tratamiento y al finalizar éste, pasemos la escala Y-BOCS (Escala de Obsesiones y Compulsiones de Yale-Brown). Esta escala se utiliza de forma menos frecuente porque es excesivamente extensa para utilizarla cada sesión. Es útil para evaluar el progreso del paciente, ya que evalúa obsesiones y compulsiones separadamente, teniendo en cuenta el tiempo de dedicación, angustia, interferencias, grado de resistencia y control. Al terapeuta, además, le sirve para comprobar que no aparecen nuevos síntomas que antes han pasado inadvertidos, puede observar si se da alguna discrepancia en la percepción de evolución que tiene el propio paciente y, por último, facilita una visión de cómo está haciendo el paciente el tratamiento.

Los últimos 10 minutos se ayuda al niño a escoger las tareas para realizar en casa y se repasan las estrategias para llevarlas a cabo con éxito. Al final de la sesión aclaramos cualquier duda de los padres. Como recompensa por el duro trabajo realizado por el niño, al final de la sesión se le puede dar un premio, que se puede pactar con los padres o pactar con el terapeuta, por ejemplo jugar a algo o hablar sobre algún otro tema que no sea el trastorno obsesivo-compulsivo.

## 7. Las técnicas de intervención

Muchos pacientes con TOC exhiben síntomas que no desaparecen completamente con el tratamiento estándar. En

algunos casos, la E/RP resulta muy difícil debido a los altos niveles de tensión muscular e inquietud que provoca.

En este capítulo, se explicarán diferentes técnicas que son de utilidad para pacientes con características o síntomas que no se pueden tratar con la E/RP. Estas intervenciones son suplementarias y opcionales porque sólo son necesarias para algunas de las personas en tratamiento.

### *Entrenamiento en el manejo de la ansiedad*

El entrenamiento en el manejo de la ansiedad puede ser especialmente beneficioso para aquellos niños que se ponen especialmente tensos y ansiosos durante las sesiones de E/RP. Aunque muchos niños no necesitan entrenamiento en relajación o respiración será menos probable que pongan en marcha estrategias de «escapada permitida» si pueden utilizar este tipo de estrategias.

### *Entrenamiento en respiración*

Cuando están tensos, muchos niños estiran el diafragma, lo que hace que la respiración se quede en la parte alta del pecho, por eso les resulta difícil coger aire. La sensación de respiración restringida se convierte en un punto de alerta que provoca una ansiedad añadida.

Para ilustrar este efecto, el terapeuta demuestra la respiración con el diafragma enseñando al joven cómo el estómago del propio terapeuta sale hacia fuera cuando inhala y se esconde cuando exhala. Después enseña al niño que cuando él está ansioso pasa exactamente lo contrario. Después se le pide al niño que practique, poniendo una ma-

no en su estómago justo debajo del ombligo y la otra mano en el pecho. De esta manera, el niño puede sentir cuáles son los músculos que intervienen en la respiración. Luego, el terapeuta instruye al niño para respirar despacio por la nariz y contar uno, luego sacar el aire despacio, diciendo relax a él mismo.

Si el niño tiene problemas para respirar con el diafragma, un ejercicio que puede ayudar es decir al niño que saque el aire diciendo la palabra «ha, ha, ha», resulta imposible decir esto sin utilizar el diafragma.

En los primeros momentos del aprendizaje, los niños pueden preferir hacerlo estirados, en este caso se puede colocar un objeto encima del niño para que pueda ver cómo sube y baja mientras él respira.

Para conseguir una respiración lenta, se le puede pedir al niño que aguante la respiración durante 3 segundos antes de exhalar el aire soplando hacia fuera. Cuando el niño ha demostrado su habilidad para respirar correctamente es cuando se puede introducir el tratamiento en relajación muscular.

### *Entrenamiento en relajación muscular*

Mientras que el entrenamiento en relajación se considera poco apropiado en el tratamiento del TOC en pacientes adultos, en algunas ocasiones puede resultar beneficioso con niños que empiezan las sesiones tan tensos que la E/RP resulta muy difícil. El formato de relajación habitual es una profunda relajación muscular que consiste en tensar y relajar los grandes grupos musculares de manera sistemática.

Primero se instruye al niño para colocarse en una posición confortable. Luego se introduce la idea de tensión y

relajación de los grupos musculares, empezando primero por los músculos del cuello. Se instruye al niño para tensar los músculos del cuello subiendo los hombros mientras cuenta hasta 5 o 10 y luego a relajarlos mientras cuenta hasta 0. Esta tensión y distensión de los grupos musculares continúa con los brazos, manos, piernas y finalmente con los pies.

### *Entrenamiento en relajación en imaginación*

El elemento final del entrenamiento en relajación trata de ayudar al niño a relajarse imaginando un sitio que le guste, donde se sienta relajado y en paz.

Después el terapeuta pide al niño que intente describir el lugar con el mayor lujo de detalles, olores, sabores, vistas, texturas. Normalmente se intenta que este entrenamiento en imaginación se haga al final de la relajación muscular, introduciendo el entrenamiento en respiración.

### *La forma corta*

El objetivo final del entrenamiento en relajación es ofrecer al niño las herramientas para reducir la ansiedad durante la E/RP. Por eso, a veces es más apropiado utilizar una versión abreviada durante las sesiones de E/RP.

En este caso el niño es instruido para hacer 3 o 4 respiraciones diafragmáticas, luego a tensar y relajar los dos pies y/o las dos manos contando hasta 10, seguido de 3 o 4 respiraciones más, repitiendo el proceso tantas veces como sea necesario. Hay que practicar todo el proceso con el niño utilizando el termómetro del miedo para medir la ansiedad del niño antes y después. La siguiente

práctica puede hacerse durante una práctica de exposición. Debemos conseguir que el niño practique estas técnicas de relajación cada día y animarlo a utilizarla durante las sesiones de exposición.

### *La parada de pensamiento*

La parada de pensamiento es una técnica que puede ser utilizada para interrumpir e incluso parar las obsesiones y los rituales mentales. La parada de pensamiento tiene 2 componentes básicos: 1. Gritar ¡Stop! en voz alta, mientras 2. simultáneamente hacer chasquear una goma elástica contra el puño izquierdo.

Esta inusual propuesta es para «asustar a la mente» momentáneamente e interrumpir el pensamiento obsesivo. Inmediatamente después de esta práctica, el niño debe pensar que su mente está jugando con él otra vez y que el pensamiento que le preocupa no es importante y puede ser ignorado. Luego tiene que intentar enganchar a su mente con algo que compita con el pensamiento como un largo problema de matemáticas, recordar un verso o leer una historia divertida. Si la obsesión vuelve, el proceso será repetido hasta que se acabe la obsesión. En muchos casos, canciones o pensamientos que provoquen risa o sentimientos de amor pueden ser especialmente poderosos, porque reemplazan no sólo el pensamiento sino también el sentimiento que lo acompaña.

Para enseñar la parada de pensamiento puede ser muy efectivo hacer que el niño piense en un pensamiento recurrente, posteriormente gritar ¡Stop! mientras se da una palmada se seguirá después hablando sobre algún tema tópico. El proceso debe ser explicado al niño previamente.

### *La saciación*

En la saciación, la obsesión es prescrita al niño durante largos períodos de tiempo que van en aumento.

Por ejemplo, el niño puede ser llevado a pensar la obsesión durante un período de 15-20 minutos. De esta manera, el niño acabará saciado o aburrido de la obsesión.

Una tarea efectiva puede ser hacer escribir la obsesión repetidas veces en un papel, posteriormente gravarlo en su presencia intentando que el tono de su voz reproduzca el sentimiento que le provoca.

Se harán sesiones diarias de entre 30-45 minutos donde el paciente escuchará la cinta una y otra vez intentando conseguir la máxima relajación posible. En esta práctica, resulta crucial bloquear los rituales que puedan aparecer rodeando al pensamiento. Estos estímulos son presentados de acuerdo al orden de jerarquía y de esta manera resulta tolerable.

### *La práctica masiva*

La práctica masiva es similar a la saciación pero lo que es practicado hasta perder el sentido de urgencia es la compulsión. Esta práctica se realizará por períodos de 4 minutos con 1 minuto de descanso, hasta que la inhibición reactiva ocurra.

### *Aplicación del hábito contrario*

Emociones negativas, como la ansiedad, tristeza predicen, en muchos casos, las compulsiones. Esta técnica ha sido ampliamente utilizada en enfermos con tricotilomanía aunque también puede

ser utilizada para muchos síntomas del TOC. La técnica del hábito contrario empieza como una parada de pensamiento, el niño grita ¡Stop! y utilizando una cinta de goma contra el puño que el niño utiliza para realizar el temido ritual. Luego, el niño es instruido para cerrar su puño durante 2 minutos, mientras la urgencia para realizar la conducta va desapareciendo.

Técnicamente, el cierre del puño es llamado «respuesta competidora» y era originalmente utilizado para activar los músculos opuestos a los que son utilizado en el ritual.

El elemento importante, en la «respuesta motora competidora» es que el mismo músculo utilizado para tirar, limpiarse..., debe ser utilizado en una actividad alternativa aceptable.

Es importante que el niño «compita» como mínimo durante 2-5 minutos, con este tiempo la urgencia de la respuesta tendrá tiempo para atenuarse. Aunque esta técnica no funciona rápidamente, puede ser muy práctica.

Un nombre más adecuado para esta técnica puede ser «reemplazamiento del hábito» porque eso es exactamente lo que el niño está haciendo, reemplazar un hábito indeseable por otro más deseable.

El niño es instruido para practicar «la respuesta competidora» cada día, mejor si es en el momento en el que el hábito indeseable ocurre.

Los hábitos que aparecen en respuesta de algún tipo de urgencia deben ser bloqueados en la fase de prevención de respuesta. En relación a la reducción de la tensión, debemos encontrar algún camino para reducir la emoción disfórica primaria. Por ejemplo, si el hábito aparece cuando el paciente está estresado o enfadado, intervenciones para reducir el estrés o aumentar las habili-

dades para controlar la rabia, pueden ser muy apropiadas.

La segunda consideración importante es tener en cuenta dónde ocurren los hábitos. El niño debe reconocer esos sitios o situaciones que son probables provocadores del hábito para que el paciente y el terapeuta puedan desarrollar un buen plan de acción. En este estudio, por tanto, también será necesario conocer dónde y bajo qué circunstancias ocurre el hábito, pensamientos asociados y sensaciones corporales.

Por otro lado, hay que tener en cuenta que «los hábitos inversos» ponen en marcha algún elemento que incrementa la consciencia de qué elementos o situaciones disparan el hábito, esto será un aspecto muy importante. Para aumentar este nivel de consciencia del dónde y cómo ocurren los hábitos, puede resultar positivo que el niño realice un registro diario del hábito.

Durante el proceso de aprendizaje de «los hábitos inversos» es importante que el niño no se sienta presionado por cambiar o parar el hábito no deseado.

Por eso, en todo este proceso será necesario tener en cuenta no sólo «las respuestas motoras competidoras», sino también las estrategias para reducir el estrés y la ansiedad y las técnicas para aumentar la consciencia.

### *Intervenciones para combatir la lentitud obsesiva*

La lentitud obsesiva (LO) es una relativamente poco común variante del TOC, donde los pacientes tienen dificultades en iniciar la acción objetivo y de suprimir los comportamientos perseverantes.

En consecuencia, este tipo de pacientes, exhiben una lentitud extrema

en la ejecución de las tareas diarias como limpiarse, comer o arreglarse.

El tiempo consumido repitiendo rituales puede o no estar conectado con ansiedad fóbica, incompetencia sensorial o duda obsesiva. Algunos pacientes se sienten disconformes si el comportamiento termina prematuramente.

Como resultado, muchos terapeutas cognitivo-conductuales usan el modelado, la configuración y procedimientos de aceleración temporal con este tipo de pacientes. Desafortunadamente, cuando la ayuda terapéutica es retirada, normalmente, se produce una fuerte recaída.

### *Modelado y configuración*

El modelado, definido como la demostración de conductas más apropiadas y adaptativas, frecuentemente es utilizado durante las sesiones de E/RP. El modelado puede ser explícito o implícito.

En pacientes con «LO», el terapeuta, simplemente, muestra la conducta normal y luego pide al paciente que haga lo mismo.

Muy relacionado con el modelado, la configuración consiste en un refuerzo positivo de las aproximaciones a la conducta deseada.

Con los niños, el modelado ayuda a reducir la ansiedad anticipatoria, a la vez que nos da una oportunidad para poner en marcha las estrategias cognitivas.

### *La repetición lenta y consciente*

Los rituales lentos son conducidos automáticamente. Mientras que los pacientes dicen atender mucho a sus compulsiones, en realidad dirigen una baja atención a los aspectos cognitivos de la intención motora o a los precipitantes

visuales o sensomotores que acompañan los rituales motores. En realidad, la atención se dirige a imaginar las consecuencias, las emociones que le acompañan y su esperanza por solucionarlo.

La repetición lenta y consciente se refiere a un entrenamiento del paciente para estar atento de manera consciente a la intención motora y a los desencadenantes sensorio-motores, mientras realiza un ritual escogido de manera muy lenta.

Los objetivos de la repetición lenta y consciente son:

1. Los pacientes son llevados a reconocer que en realidad, no están poniendo a lo que está pasando actualmente sino que en realidad están perdidos en pensamientos creados por el TOC.
2. Los pacientes son llevados a monitorizar de muy cerca sus pensamientos, sentimientos y comportamientos sin, necesariamente, reaccionar a ellos. Son entrenados para notar momento a momento qué está pasando cognitivamente, afectivamente y motoramente.
3. Luego los pacientes son llevados a realizar una técnica de meditación para prestar atención a los movimientos y al *feedback* sensoriomotor que hemos adaptado de un tipo de meditación llamada «meditación andando» de Vipassana. En la «meditación andando», el meditador anda muy despacio, prestando atención a la intención de moverse y a las sensaciones sensoriomotoras que nos da el *feedback* de que el movimiento se está realizando en este momento. La prevención de respuesta es construida dentro del procedimiento haciendo que el paciente

camine lejos del ritual después de completar la repetición.

## 8. Implicación de la familia en la terapia

La disfunción familiar no causa el TOC pero el desconocimiento familiar afecta y es afectado por el TOC. Típicamente, los aspectos familiares se refieren al control de los rituales escondidos, dificultades para saber sobrellevar los rituales de tipo agresivo o sexual y las diferencias de opinión acerca de cómo tratar los síntomas del TOC.

Por otro lado, las expresiones emocionales muy exageradas pueden ser variables muy importantes en relación a la dinámica familiar, la emoción de enfado y rabia y las actitudes hipercríticas pueden aumentar los síntomas del TOC. El TOC también afecta a las interacciones sociales y comunitarias. Por todos estos aspectos el tratamiento de las necesidades de la familia es esencial.

### *El TOC implica a los miembros de la familia*

Mientras el TOC causa problemas en el entorno familiar y las familias pueden o no llevar el peso del TOC, la familia nunca es la responsable del trastorno. La disconformidad de los padres siempre es una respuesta a los síntomas del TOC. Si el padre responde compitiendo con el TOC siempre gana la enfermedad, mientras que si el padre responde apoyando al niño y asistiéndolo, el niño podrá ganar terreno a la enfermedad.

El riesgo de que los padres se dejen manipular o envolver por los síntomas del TOC, siguiéndole el juego, sólo parece variar según el grado de males-

tar que los padres experimentan en relación a la respuesta que dan a los síntomas del TOC, especialmente si el padre también sufre de TOC, trastornos de ansiedad o depresión. En estos casos los padres necesitarán una atención adicional al inicio del tratamiento para entender y dar su apoyo al tratamiento. No todas las familias empiezan el tratamiento con una actitud de apoyo hacia su hijo, en estos casos lo mejor es empezar por intentar disminuir el malestar de los padres.

### *Evaluar la implicación familiar en el TOC*

Evaluar el TOC dentro del contexto familiar es muy complejo, ya que implica a un gran número de dimensiones que interaccionan, las cuales tienen el potencial para ayudar o frenar el tratamiento. En el nivel más básico, es necesario un proceso psicoeducativo en relación a la naturaleza del TOC y la naturaleza del programa de tratamiento. En el apartado final de información se ha incorporado un conjunto de escritos que intentan proporcionar un ejemplo de información-estructura para que los padres puedan conocer las características de la enfermedad y del tratamiento de una forma simple y estructurada.

### *Nivel de implicación de la familia en los síntomas del TOC*

El punto hasta el que el TOC ha implicado a otros miembros de la familia, además de al niño, será el factor que dicte su implicación en el tratamiento.

Cuando el TOC involucra solamente al niño, y la familia, únicamente tiene un papel de apoyo, su implicación pue-

de ser minimizada. Pero cuando el TOC tiene una influencia elevado en otros miembros de la familia, su participación en el tratamiento es obligatoria.

### *Importancia de la fase de desarrollo*

No resulta sorprendente que la fase de desarrollo tenga una dramática importancia en el nivel de implicación que los padres podrán tener en el futuro. En la medida en la que el niño puede funcionar independientemente, necesitando una escasa guía de los padres con respecto a las actividades diarias y al TOC, la focalización del tratamiento deberá, básicamente, realizarse sobre el tratamiento individual con el niño.

### *Grado de utilidad de los padres en el tratamiento del TOC*

Todas las familias deben ser reforzadas para eliminar el castigo secundario a los síntomas del TOC, minimizar los consejos innecesarios y por contra, reforzar comportamientos positivos. Más allá de todo esto, al principio del tratamiento el terapeuta puede evaluar los deseos del niño y de la familia, en relación al nivel de implicación que deben tener los padres en la terapia. Todo esto debe ser analizado teniendo en cuenta la capacidad de los padres para ayudar y la del niño para utilizar la posible ayuda de ellos.

### *La identificación de interacciones negativas por parte de la familia*

Las familias deben comportarse de una manera afectiva, dando apoyo al niño con TOC. En realidad, muchas familias

llevan a cabo interacciones negativas que potencian la enfermedad y frenan el desarrollo de la terapia. Estas formas negativas de interacción pueden ser de cuatro tipos:

1. Interacciones negativas relacionadas con el TOC.
2. Interacciones negativas relacionadas con la vida diaria.
3. Conflictos con los hermanos.
4. Conflictos de pareja.

Estos factores también pueden verse potenciados por el hecho de la existencia de familiares con enfermedades mentales. La enfermedad de ese familiar debe ser identificada y tratada.

Los problemas con los hermanos se relacionan, normalmente, con el problema de la rivalidad fraterna. En otras ocasiones, aparece un doble juego entre los padres donde uno juega al papel de reforzador y el otro el de castigador, el resultado de este tipo de interacción en muchos casos constriñe la habilidad del terapeuta para llevar a cabo la terapia.

### *Grado de implicación de la familia en el tratamiento*

La gran mayoría de niños y adolescentes con TOC funcionan bien con la terapia individual. Cuando no es necesario un apoyo muy elevado de la familia esta situación, muchas veces, despierta en los padres sentimientos de resentimiento y falta de agrado con el tratamiento. Por contra, cuando la situación clínica requiere una mayor implicación familiar el nivel de adecuación suele ser más alto. El fallo en la graduación entre el tratamiento de tipo familiar frente al tratamiento individual puede limitar el po-

tencial beneficio de la terapia en el caso del TOC.

En la mayoría de los casos se debe empezar con una terapia individual, con un apoyo familiar añadido, que se va aumentando según la necesidad. Menos comúnmente, cuando se observa que la patología familiar puede influir negativamente en la evolución del niño, se apoya en un nivel superior a la familia desde el principio. El trabajo familiar durante el tratamiento, típicamente, se puede definir de la siguiente manera:

- Terapia individual primaria: la mayoría de los pacientes son tratados satisfactoriamente con un modelo de terapia basado en el niño, donde los padres, parientes y hermanos juegan un papel secundario en el tratamiento. El objetivo principal en este caso es ayudar al niño a aprender una estrategia adecuada para luchar contra la enfermedad.
- Combinación de terapia familiar y individual: se dan diferentes sesiones extras que son necesarias para dirigir a familiares que están muy desorientados sobre su implicación en los rituales, reduciendo los conflictos familiares que pueden interferir en la terapia individual y ayudando a los padres a estructurar una mayor implicación en el tratamiento para funcionar como coterapeutas.
- La terapia cognitivo-conductual como terapia familiar: cuando el TOC involucra a los miembros de la familia o cuando el paciente es muy joven y la implicación de los padres es normal en la mayoría de aspectos de su vida, la terapia funciona mejor en un contexto de constante implicación de los padres en el tratamiento.

La única diferencia en este caso radica en que uno de los padres está presente en cada una de las sesiones.

- Terapia de conducta familiar: algunas familias están tan absorvidas por el TOC, están tan implicadas que acompañan la comorbilidad del trastorno, o se observa una disfunción familiar tan fuerte que la terapia cognitivo-conductual individual es imposible. En este caso, es necesaria una terapia de conducta familiar con un entrenamiento familiar adecuado, unido a una terapia individual. En este caso, los padres son atendidos por un terapeuta diferente, lo que permite que la CBT individual continúe.

### *Seguir los pasos que el niño va marcando*

Abordar la problemática del TOC al ritmo que el niño marca es una prioridad terapéutica que puede ser violada sólo cuando el peligro aumenta para el niño o la disfunción familiar es tan severa que tiene que ser equilibrada inmediatamente.

Normalmente, se piensa que es importante usar la zona de transición / trabajo como una guía para los trabajos de E / RP que implican a los parientes, maestros y hermanos. Hacer esto requiere una paciencia considerable, ya que los rituales que implican a los padres suelen estar localizados profundamente, en el territorio del TOC y por tanto, no se encuentran en la zona de transición al inicio del tratamiento.

Raras veces, cuando el tratamiento está parado y la familia está fuertemente preocupada por la enfermedad, los padres pueden ser animados a escoger objetivos para responder a la preven-

ción o a la extinción. Por otro lado, estos procedimientos de extinción tienen desventajas significativas:

1. La falta de estrategias de trabajo por parte de los padres para manejar el estrés del niño.
2. Colapso de la relación terapéutica.
3. La falta de habilidad de los padres y maestros.
4. El fallo de la extinción consensuada para ayudar al niño a internalizar estrategias más hábiles para afrontar los síntomas actuales y futuros del TOC.

### *Tener TOC tiene un sentido*

Mientras el contenido de las obsesiones, normalmente, es ignorado por la mayoría de familiares, en este sentido el hecho de saber que existe y se está padeciendo una enfermedad mental, en este caso el TOC, tiene una importancia crucial.

Los niños y sus familiares, frecuentemente, se sienten indefensos y desvalidos con el TOC, como si toda la vida hubiera sido manchada por el trastorno. Es por todo esto que es importante enderezar el impacto del TOC en la familia y el niño para conseguir que el tratamiento progrese y sea efectivo.

### *Una regla indispensable para «el manejo de contingencias»*

No es posible tratar el TOC con un sistema de recompensas y castigos. Nadie odia más al TOC que el niño que lo padece, consecuentemente, el soborno será inefectivo hasta que el niño quiera pararlo por él mismo, solo si el quiere. El castigar a alguien por estar enfermo es totalmente irracional. Por otro lado,

los niños y los adolescentes no siempre pueden comportarse bien y no siempre es fácil distinguir el TOC de otros comportamientos no relacionados con la enfermedad, para los que la recompensa y el castigo pueden ser adecuados. Idealmente, un simple acuerdo entre ellos debería servir para distinguir el TOC de todo lo demás. El terapeuta podrá, en ciertas ocasiones, intentar negociar este arreglo.

En algunos casos, niños con comportamientos comórbidos disruptivos, como un niño que rechaza el hecho que el TOC sea un problema, puede requerir un manejo de contingencias para poder llevar a cabo el trabajo de la terapia cognitivo-conductual. En algunos de estos casos el terapeuta puede ayudar a los padres y al niño a negociar un «contrato» que especifique un nivel mínimo de esfuerzo.

El manejo de contingencias también se puede usar en el caso de que el TOC provoque ciertas ganancias secundarias, como el hecho de librarse de algunas tareas caseras.

Por ejemplo, el niño que no limpia en casa por miedo a contaminarse, podemos compensar la situación haciéndole hacer otras tareas en casa que no choquen con el TOC, con el objetivo de obtener una recompensa el fin de semana, por ejemplo conseguir que le dejen el coche.

## 9. Implicación de la escuela en la terapia

El personal escolar tiene la oportunidad de observar e interaccionar durante bastantes horas al día con estudiantes, por tanto, tienen una oportunidad única para identificar síntomas de TOC en niños en edad escolar.

Todo esto es importante porque estas personas aprenden a identificar síntomas de TOC en el contexto escolar, esto les convierte en esenciales en el tratamiento apropiado de niños con TOC.

## *Reconocimiento de la enfermedad en el contexto escolar*

Como los niños y adolescentes con TOC mantienen el secreto acerca del desorden, los síntomas puede que no sean obvios para un observador no entrenado.

Es esencial que el personal de las escuelas sea consciente y esté atento a los síntomas del TOC y por tanto, deberá poseer un conocimiento previo de las características propias de la enfermedad. Al igual que en el caso del contexto familiar, en el último apartado se ofrece un modelo del tipo de información que podemos ofrecer a los profesores para que tengan un conocimiento suficiente de la enfermedad.

## 10. Problemas que pueden aparecer durante la terapia

En ocasiones durante el tratamiento del TOC pueden surgir problemas inesperados que rompen la continuidad del tratamiento cognitivo-conductual y que incluso pueden hacer fracasar el tratamiento. Por esta razón será imprescindible ser capaces de identificar y superar los problemas que comúnmente complican el tratamiento del TOC.

### *Principales fallos o problemas*

Según definen Foa y Emmelkamp (1983), las principales razones del fracaso en el tratamiento son:

1. La realización de la terapia sin un conocimiento exhaustivo de la técnica utilizada.
2. La necesidad de empatizar con el paciente mostrando compasión en relación a su sufrimiento.
3. No tener en cuenta los factores del desarrollo.
4. Fallos sintomáticos en relación a la construcción de la terapia.

### *La realización de la terapia sin un conocimiento exhaustivo de la técnica utilizada*

La razón más común de fracaso en la terapia es la realización de una terapia por parte de un terapeuta inexperto o con un conocimiento insuficiente en este tipo de tratamientos.

En muchas ocasiones los pacientes no reciben un tratamiento de tipo cognitivo-conductual, sino otro tipo de terapias como la relajación o técnicas de *biofeedback*.

Por otro lado, el curso normal para una terapia tipo CBT es de 12 a 20 sesiones, sin este número de sesiones mínimo muchos pacientes no tienen la sensación de haber mejorado en relación a sus síntomas.

Incluso cuando el terapeuta usa la jerarquía basada en la terapia cognitivo-conductual, muchos niños y adolescentes no la realizarán de una manera adecuada si la única perspectiva del terapeuta es instigarles a que dejen de realizar los rituales del TOC. Lo que se está perdiendo en este tipo de casos es una terapia con una buena aproximación de tipo emocional y las bases de estructuración y de desarrollo de la terapia.

Para desarrollar un conocimiento adecuado de este tipo de intervención el terapeuta deberá obtener información

sobre el TOC, prestando atención a las características clínicas propias y adaptando la terapia cognitivo-conductual a su estilo clínico propio.

### *La necesidad de empatizar con el paciente: mostrar compasión*

No es de extrañar que el niño con TOC, muy a menudo sienta que la otra gente tiene una falta total de compasión en relación a las dificultades inherentes al TOC, que se sienta incomprendido y solo en su lucha contra la enfermedad.

Cuando el avance de la terapia se ve frenado es muy común que el terapeuta tenga prisa, apretando las tuercas al niño, asumiendo que el niño o niña no está realizando un esfuerzo suficiente.

Cuando la terapia para el TOC pierde fuerza, normalmente es porque el niño está enganchado en un objetivo o grupo de objetivos. En este caso, simplemente sugiriendo que el niño ha apuntado muy alto en la jerarquía o comentando la posibilidad de realizar una semana de descanso, se puede desencallar el desarrollo de la terapia.

### *No tener en cuenta los factores del desarrollo*

Las estrategias cognitivas-conductuales usadas en este protocolo son realmente efectivas en niños de entre 5 y 18 años. La terapia cognitivo-conductual debe ser ajustada a cada paciente dependiendo de su nivel cognitivo de funcionamiento, maduración social y capacidad para mantener la atención.

El terapeuta debe tener en cuenta los aspectos evolutivos y ser flexible en la estructuración del tratamiento. La intervención cognitiva requiere especial-

mente un ajuste con el desarrollo del paciente.

Aunque se ha de tener en cuenta los aspectos evolutivos, el formato general y los objetivos del tratamiento tienen que ser los mismos para todos los niños.

### ***Fallos sintomáticos en relación a la construcción de la terapia***

#### *Rituales mentales:*

Cuando un niño falla en la habituación, a pesar de una exposición adecuada, pueden estar utilizando rituales mentales ocultos para reducir la ansiedad.

Una vez identificados estos rituales pueden ser colocados en la jerarquía y eliminados. El uso de rituales mentales puede indicar que la tarea escogida es demasiado intensa en ese momento y por tanto, puede resultar apropiado volver atrás en la jerarquía.

#### *Librarse:*

La ansiedad puede mantenerse después de algunas prácticas de exposición si el niño no ha esperado a que «el termómetro del miedo» baje hasta un nivel de 2 o por debajo. Los efectos disfóricos, generalmente, decrecen en 20 o 30 minutos, pero no es de extrañar que la ansiedad tarde más o menos 1 hora en volver a la línea base.

Usando «el termómetro del miedo» para construir las curvas de habituación valorando la ansiedad a intervalos a través del trabajo de exposición, es un buen camino para el niño para no parar el trabajo de exposición prematuramente.

#### *Rituales apresurados:*

Muchos niños intentan hacer sus «trabajos para casa» o sus tareas lo más rápido posible, así pueden ir a jugar o ver

la televisión. Esto no es diferente con los niños con TOC; usan rituales rápidos como estrategia para tenerlos hechos rápidamente y sin interferencias. Este acercamiento, claramente, bloquea cualquier oportunidad de habituación.

Afortunadamente, los trabajos para casa indicados durante la terapia cognitivo-conductual requieren, generalmente, poco tiempo más e incluso un poco menos.

#### *Rituales atrasados:*

En algunos casos, parece que el niño se ha habituado después de sucesivos afrontamientos, pero los aspectos identificados del TOC no desaparecen porque el niño está realizando rituales con un carácter atrasado.

La única manera de detectar un ritual atrasado, a menos que un familiar lo descubra realizando el ritual, es preguntar por ellos.

Si el niño necesita ayuda, puede ser necesario crear estructuras de apoyo para ayudar al niño a parar este tipo de rituales.

#### *Ansiedad en la ejercitación de los trabajos:*

Cuando alguien está esperando impacientemente la mejoría del niño, el niño se puede resistir a la exposición con prevención de respuesta (E/RP) por miedo a fallar, miedo a decepcionar a los demás o por sentirse presionado.

La tendencia natural de los padres de querer que sus hijos se sientan mejor y ayudarlos, generalmente, se vuelve en contra. Ayudar a los padres a minimizar los refuerzos no contingentes permite al niño afrontar los trabajos sin tener miedo a decepcionar a los miembros de su familia.

Los padres, normalmente, entienden

este punto de vista si el terapeuta les hace ver que derrotar al TOC puede hacer mucho más por su autoestima que todos los premios del mundo.

La demanda, opresiva para el niño, de parar de molestar a los demás con el TOC es más complicada. Cuando todo el mundo quiere que el TOC se acabe, el niño puede preocuparse porque una pequeña mejoría pueda aumentar dramáticamente la necesidad de que el niño deje de realizar los rituales.

En este caso, se puede controlar la estructura del tratamiento aconsejando a los padres que tengan paciencia como se haría con cualquier otra enfermedad médica. También es importante ayudar al personal de la escuela a acomodarse a un niño de estas características.

#### *El mito de la curación:*

Afortunadamente, muchos pacientes hacen mejoras considerables con la terapia, sola o acompañada de medicación. Por desgracia, sólo un 20-30% consiguen una remisión total, otro 5-10% se mantienen igual de enfermos a pesar de un buen tratamiento y la mayoría de pacientes, mantienen algunos síntomas del TOC que no pueden contener aun con un final correcto de la terapia.

Por todo esto, es importante dejar claro al niño y a los padres, desde el principio de la terapia que el TOC es una enfermedad médica crónica que probablemente puede empeorar y mejorar. Esto puede equilibrar las expectativas puestas en el tratamiento.

#### *Una focalización excesiva en la medicación:*

La medicación tiene mucho poder y la mitología asociada a ella puede, desafortunadamente, llevar a los pacientes y sus familiares a tener una actitud pasiva esperando la acción mágica de las pí-

doras. Todos los estudios parecen indicar que la medicación puede ayudar pero no resulta una panacea para la enfermedad.

La gran mayoría de pacientes recaen cuando la medicación es retirada a menos que hayan recibido el tratamiento con terapia cognitivo-conductual.

Hay que hacer hincapié en que la medicación puede ayudar al paciente pero que es el esfuerzo del enfermo de TOC el que hará que los síntomas desaparezcan.

## **TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO EN EL TOC INFANTO-JUVENIL**

### **1. Introducción**

Aunque desde el siglo XVII se cuenta con referencias a la histeria en el niño y la «mitomanía» infantil, una de las primeras descripciones conocidas sobre el Trastorno Obsesivo Compulsivo (TOC) infantil se debe a Janet, quien en 1903 cita el caso de un paciente de 5 años con síntomas obsesivo-compulsivos. Por su parte Freud, a través de la historia del «pequeño Hans», habla de un niño con trastornos obsesivos al que se refirió como histérico o fóbico. (Towbin y Riddle, 2002).

En España, Augusto Vidal Parera publicó en 1908 el primer tratado de psiquiatría infantil en el que incluía un apartado sobre las obsesiones; sin embargo, las dificultades en el reconocimiento de este trastorno y en su clasificación nosológica, enlentecieron el progreso de su tratamiento en la edad evolutiva. No fue hasta 1971 cuando Montserrat-Esteve y cols. describieron la utilidad de la clomipramina para este trastorno en pacientes que iniciaron su

tratamiento entre los 8 y 11 años de edad y en la literatura norteamericana, Flament publicó el primer estudio de terapéutica farmacológica en el TOC infantil (Pedreira et Felipe, 2000).

Desde la década de los 80 del siglo XX, se ha observado un resurgir de la investigación sobre el TOC debido entre otras causas al descubrimiento de la efectividad de los inhibidores de la recaptación de serotonina (ISRS) en muchos de estos pacientes y al estudio del cerebro con nuevas y potentes técnicas, con el fin de entender cómo se produce el efecto de estos medicamentos, sin que hasta el momento se tenga absoluta claridad al respecto, por lo cual se mantienen abiertas líneas de investigación en diferentes países (Towbin y Riddle, 2002).

Son muy variados los tratamientos que se han aplicado en niños y adolescentes con TOC, y aunque sólo la terapia cognitivo-conductual (TCC) y los medicamentos han sido estudiados de forma sistemática hasta determinar su efectividad, con mucha frecuencia se requiere también psicoterapia individual y familiar de apoyo y sólo en casos muy graves se ha de recurrir al ingreso (Towbin y Riddle, 2002).

En general, los medicamentos más ampliamente estudiados en el tratamiento del TOC han sido los Inhibidores de la recaptación de serotonina (IRS) y en los últimos años los inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina (ISRS), que vienen siendo usados con mayor frecuencia debido a su menor severidad de efectos adversos anticolinérgicos. Concretamente en el caso del TOC en edad pediátrica, aparecen publicados diversos ensayos dobleciego-placebo-controlados utilizando clomipramina, imipramina, nortriptilina, fluoxetina, fluvoxamina y sertralina y

ensayos abiertos con paroxetina y citalopram (Towbin y Riddle, 2002).

A continuación se expondrán las bases del tratamiento farmacológico del TOC infantil (incluyendo en esta denominación niños y adolescentes), se harán unas aclaraciones específicas en cuanto al tratamiento farmacológico del TOC infantil, la descripción de las características de estos medicamentos y se explicarán las pautas generales de manejo farmacológico actualmente recomendadas en el ámbito científico.

## 2. Principios activos

### INHIBIDORES DE LA RECAPTACIÓN DE SEROTONINA

La disponibilidad de los SRI clomipramina y los SSRIs fluoxetina (prozac), fluvoxamina (luvox), paroxetina (paxil) y setralina (zoloft), ha cambiado dramáticamente el tratamiento del TOC. La administración de medicamentos y alimentos ha aprobado los siguientes agentes para el tratamiento del TOC en grupos de edad específicos: clomipramina 10 años en adelante; fluvoxamina 8 años en adelante; sertralina 6 años en adelante. Ensayos de investigación de otros SSRIs en niños con TOC están en camino o pendientes de publicación (March (1997); Riddle (1996)). La farmacología de estos agentes en niños y adolescentes recientemente fue revisada.

### CLOMIPRAMINA

La clomipramina (CMI) es el más extensamente estudiado de los SRIs en niños. Cabe mencionar que se trata del heterocíclico más eficaz para el tratamiento antiobsesivo. Tanto ensayos doble ciego

como placebo controlados y comparaciones paralelas, han encontrado que CMI es significativamente superior a placebo, con moderada aparente mejoría por cinco semanas en 75% de sujetos.

Estudios comparativos doble ciego de 10 semanas con CMI y desipramina (un inhibidor selectivo de recaptación noradrenérgica) en niños y adolescentes con TOC, hallaron la CMI significativamente mejor que desipramina para mejorar los síntomas TOC en cinco semanas, con la tasa de mejoría con desipramina no difiere de los observados con placebo en otros estudios (Leonard 1989).

La superioridad de CMI sobre otros antidepresivos tricíclicos (ATC) parecen relacionados con sus potentes propiedades serotoninérgicas y es consistente con la ausencia de respuesta a esos otros antidepresivos.

Una adecuada prueba terapéutica de CMI generalmente consiste en dosis de hasta 3 mg/kg/ día por tres meses.

Las dosis no deben exceder de 5mg/kg/día o 250 mg/día debido a los riesgos de toxicidad incluyendo cambios electrocardiográficos y efectos anticolinérgicos y antihistamínicos colaterales de CMI.

Los efectos anticolinérgicos incluyen boca seca, somnolencia, mareo, temblor, cefalea, constipación, malestar estomacal, sudoración e insomnio y son similares a los del adulto, pero sólo en forma anecdótica reportados como más suaves que en ellos.

Como con otros ATC, CMI puede causar taquicardia, cambios en el eje y prolongación de los intervalos en el EEG.

Por esto, muchos autores recomiendan un EEG de base y EEG periódicos, con particular atención en el intervalo QT (Riddle, 1992).

## INHIBIDORES SELECTIVOS DE LA RECAPTACIÓN DE SEROTONINA

Los SSRIs representan una nueva clase de agentes con ventajas sobre los otros ATC en cuanto a perfil de efectos colaterales y rango terapéutico. Grandes pruebas sistemáticas con SSRIs en pacientes adultos con TOC han sido reportados para fluoxetina, fluvoxamina, paroxetina, citalopram y sertralina (Goodman, 1997; Greist 1995). Todos estos SSRIs están siendo estudiados en el grupo de edad pediátrica. Estudios iniciales sugieren que los SSRIs en niños y adolescentes son seguros, efectivos y bien tolerados y tienen perfil de efectos colaterales similares que los observados en adultos. Geller et al. (1995), encontraron que niños con edades entre 6 y 12 años respondieron a fluoxetina en forma similar que adolescentes mayores a dosis promedio de 1 mg/kg/día y que esta mejoría persistió en niños que continuaron tomando medicación durante un período promedio seguido de 19 meses.

En general, los efectos colaterales más comunmente descritos de varios SSRIs incluyen náuseas, cefalea, temblor, malestar intestinal, somnolencia, acatía, insomnio, desinhibición, agitación o incluso hipomanía (King, 1998; Riddle et al. 1991).

En adultos que están tomando SSRIs, ha sido descrito un síndrome de lóbulo frontal (Hoehn-Saric et al. 1991). Estos agentes también pueden alterar la arquitectura del sueño y disminuir su eficiencia produciendo insomnio, sedación diurna y/o deterioro de las operaciones cognitivas incluso en el contexto de una noche completa de sueño. Aunque los SSRIs, especialmente a altas dosis, ocasionalmente pueden exacerbar o precipitar TICS, frecuentemente

son útiles en el tratamiento de pacientes TOC con TICS y no exacerban los TICS en la mayoría de los casos.

## FLUOXETINA

La fluoxetina, un SSRI bicíclico, es indudablemente el fármaco SSRI más estudiado para el tratamiento de niños y adolescentes con TOC, debido seguramente al tiempo que lleva en comercialización. El primer ensayo controlado con este tipo de población fue el realizado por Riddle et col. en 1992, en él se mostró claramente superior a placebo, con reducciones en la CY-BOCS de hasta el 44%.

Baysal y Ünal del departamento de Psiquiatría Infantil y de la Adolescencia de la Universidad de Hacettepe de Ankara, analizaron en 1996, la seguridad y eficacia de la fluoxetina en niños y adolescentes con TOC. En esta investigación se presentaron los resultados de un estudio abierto con dosis fija (20 mg/d), con una duración de 20 semanas en niños y adolescentes que cumplían criterios DSM-IV para el Trastorno Obsesivo-Compulsivo, valorando los resultados a doble ciego.

La muestra partía de un total de 25 niños y adolescentes, entre 8 y 16 años, de los que 13 eran chicas y 12 chicos. 11 de los casos presentados cumplían también criterios para el Síndrome de Gilles de la Tourette y dos padecían depresión. En tres de los casos tenían antecedentes parentales de TOC y ninguno tenía antecedentes de tratamientos psicofarmacológicos previos a la fluoxetina y en 11 casos se administró pimozide de forma concomitante.

Los resultados mostraron un significativo descenso en la severidad de la sintomatología con unos índices de res-

puesta por encima del 85,5%. Sin embargo, una de los pacientes con SGT presentó una exacerbación de los TICS que obligó a suspender el tratamiento después de cuatro semanas, mejorando a la vez sus síntomas ticosos. La fluoxetina fue bien tolerada, tres pacientes sufrieron dispepsia y náuseas y una erupción dermatológica. No presentaron cambios en el EEG, ni anomalías en los análisis de laboratorio, presión sanguínea o cambios de peso durante el tratamiento.

Posteriormente, un estudio realizado por Scahill en 1997, con menores con TOC y Gilles de la Tourette, ratificó la baja eficacia de la fluoxetina para el tratamiento de los TICS, evidenciando una significativa acción antiobsesiva a la vez que una baja eficacia para el tratamiento de los TICS.

La dosificación de la fluoxetina se mueve entre los 10-40 mg/d y lo más frecuente serán 20 mg/d, aunque si se tolera bien puede llegarse hasta los 80 mg/d. Dosis similares son las recomendadas para la paroxetina (Gilbert, 2000; Rosenberg et cols. 2000), otro SSRI para el que sin embargo no existen estudios controlados.

## FLUVOXAMINA

La fluvoxamina es un SSRI monocíclico de eficacia y tolerancia demostrada y por ello de aplicación aprobada para el tratamiento de niños y adolescentes con TOC.

En 1996 Riddle et cols., realizaron un estudio multicéntrico, en el que presentaban los resultados de una investigación en diferentes unidades de investigación de los Estados Unidos de América. El estudio se realizó a ciego simple con fluvoxamina, en pacientes

entre 8 y 17 años que padecían TOC, con un tiempo mínimo de presentación de 6 meses. De entre los 120 sujetos reunidos y repartidos aleatoriamente, completaron las 10 semanas de tratamiento un total de 74 sujetos (38 fluvoxamina-34 placebo). La mayoría de los 44 sujetos que finalizaron precozmente (22 placebo-9 fluvoxamina), lo hicieron por falta de mejoría en la sexta semana. Sólo 4 pacientes abandonaron el tratamiento por los efectos secundarios que no fueron considerados graves.

Los pacientes mostraron diferencias significativas con la fluvoxamina, entre la 6 y 10 semana. Los efectos secundarios más comunes fueron: insomnio, agitación, hiperquinesia, somnolencia y dispepsia. No existieron cambios significativos en la analítica o en los parámetros del EEG durante el tratamiento.

Otra investigación posterior también demostró la eficacia de la fluvoxamina (Yaryura-Tobias et al., 2000) en pacientes menores con TOC, aconsejándose dosis diarias en niños de 50-200 mg y en adolescentes de 150-300 mg.

## CITALOPRAM

El citalopram es uno de los inhibidores de la recaptación de serotonina más selectivos de los descritos hasta este momento, con un pequeño efecto en la inhibición de la recaptación de la nora-drenalina. Presenta una farmacocinética de tipo linear y su absorción no está influenciada por la ingesta alimentaria.

El primer estudio publicado sobre la eficacia del citalopram en niños y adolescentes con TOC fue realizado por Thomsen en 1997. Se trata de un estudio abierto con 23 niños y adolescentes tratados con citalopram para valorar efectos secundarios y eficacia clínica. El

grupo de estudio estaba formado por niños y adolescentes de entre 9 y 18 años, diagnosticados de TOC y cumpliendo criterios de DSM III-R. Se inició el tratamiento con una dosis de 10 mg/d con un incremento progresivo hasta llegar a la dosis final de 40 mg/d.

Después de las 10 semanas de tratamiento con citalopram, más del 75% de los pacientes presentaron una mejoría sintomatológica entre marcada (17%) y moderada (26%). Un 22% no presentó mejoría y ninguno empeoró. Los 23 pacientes refirieron efectos secundarios suaves que la mayoría remitieron a las pocas semanas del tratamiento.

En conclusión, podemos afirmar que el citalopram parece un fármaco eficaz y bien tolerado en población infanto-juvenil, incluso a dosis altas de 40 mg/d o superiores.

## SERTRALINA

La sertralina se presenta como uno de los SSRI con mejores resultados terapéuticos para el tratamiento del TOC infantil, mostrándose especialmente eficaz y bien tolerada por la población infanto-juvenil.

El primer estudio controlado realizado con sertralina fue el diseñado por Wolkow en 1996, para valorar la seguridad, eficacia y farmacocinética de la sertralina en niños y adolescentes con depresión y TOC. La muestra estaba formada por 61 niños y adolescentes entre 6 y 17 años de TOC, depresión mayor o ambos, siendo 28 chicos y 33 chicas.

Todos los pacientes recibieron una dosis inicial de 50 mg de sertralina, 7 días más tarde de empezar un tratamiento de 5 semanas con incrementos de 50 mg hasta los 200 mg. Los pacien-

tes, tanto con TOC como con depresión, mejoraron significativamente respondiendo a las 5 semanas de tratamiento, presentando una mejoría similar en niños y adolescentes. Las dosis iniciales fueron toleradas por todos los pacientes y las dosis máximas de 200 mg, fueron toleradas por el 95 % de los pacientes.

En 1998 March et al., realizaron el primer estudio diseñado para evaluar la seguridad y la eficacia de la sertralina, únicamente con pacientes con TOC pediátrico. En este estudio se presentaron los resultados de una investigación de una duración de 12 semanas, multicéntrica, a doble ciego y con grupo control tipo placebo. La muestra contaba con 107 niños de entre 6 y 12 años de edad y 80 adolescentes de entre 13 y 17 años. Los sujetos fueron distribuidos para recibir sertralina o placebo.

La medicación fue distribuida en comprimidos iniciales de 25mg/d de sertralina o de placebo, aumentando la dosificación hasta un máximo de 200 mg/d o la cantidad máxima tolerada durante las 4 primeras semanas.

Los resultados indicaron mejoras significativamente superiores en los pacientes tratados con sertralina que aquellos tratados con placebo. Sólo 12 de los 92 pacientes tratados con sertralina abandonaron el tratamiento por efectos secundarios de la medicación, a la vez que no se observaron anomalías significativas en las pruebas de laboratorio. Los principales efectos secundarios reportados fueron el insomnio, náuseas, agitación y temblores.

## OTROS PRINCIPIOS ACTIVOS

Existen otros fármacos que han sido utilizados para el tratamiento del TOC en niños y adolescentes con mayor o me-

nor éxito, utilizados solos o en asociación con otros fármacos. Entre estos fármacos podemos encontrar los ansiolíticos, el litio, Los inhibidores de la monoaminoxidasa (IMAOs) o los neurolépticos.

Los ansiolíticos, especialmente en asociación y los de tipo benzodiazepínico, se han utilizado con positivos resultados, destacando el clonacepam, y el alprazolam (Tomàs et al., 1990). Por otro lado, el litio y la buspirona han sido utilizados como potenciadores de respuesta antiobsesiva, sin resultados demostrados en niños y adolescentes. Los neurolépticos, en concreto el haloperidol o pimozide, se han asociado en el caso de comorbilidad con TICS o de presentación de sintomatología del espectro de la esquizofrenia.

En el caso de los IMAO, hasta el momento no han tenido un espacio importante en el tratamiento de los TOC, aunque podemos encontrar referencias positivas con isocarboxácida, nialamina, tranilcipromina, fenelzina e iproniácida (Prat et al., 1971).

En general, sin embargo, la literatura más actual presta escasa atención a estos fármacos, cuando no los obvia totalmente.

En 1983, Insel et al., publicaron un estudio a doble ciego cruzado clomipramina-clorgilina, en el que la clomipramina obtuvo resultados significativamente superiores a los de la clorgilina, cuyos efectos antiobsesivos no fueron significativos aunque algún caso aislado respondió favorablemente.

Por último, cabe destacar que la fenelzina ha sido utilizado con éxito, en algunos casos, en los que encontramos una asociación con trastornos de pánico (March et Leonard, 1996).

### 3. Farmacoterapia específica del TOC infantil

#### *Pautas generales: cómo empezar el tratamiento*

En un panel de expertos se consideró que el tratamiento inicial debería ser la TCC, principalmente en los casos con TOC leve o moderado (March et al., 1997), sin embargo, se deben tener en cuenta las diferencias individuales en cuanto a la capacidad de los niños y adolescentes para reconocer sus síntomas como egodistónicos, la madurez emocional y cognitiva necesaria para cooperar con la terapia, así como el tiempo, el esfuerzo y los altos niveles de ansiedad que se producen en este tipo de tratamiento, lo que hace que en algunos casos sea más aconsejable iniciar con la terapéutica farmacológica (AACAP, 1998). Algunos clínicos han considerado que el tratamiento más efectivo consiste en una combinación de la TCC y la farmacoterapia (March, 1997), en el caso de los niños y adolescentes, se supone que la medicación y la TCC son igualmente efectivas, pero se desconoce si la combinación de ambas tiene efectos sinérgicos (AACAP, 1998; De Lucas, 2002).

Existen dos principios a tener presentes desde el comienzo al hablar de la farmacoterapia en el TOC infantil. En primer lugar, hasta el momento no se cuenta con datos sistematizados sobre la dosis-respuesta adecuada de los medicamentos en esta edad y por tanto la dosificación final depende de la respuesta clínica individual de cada paciente (Tomás et al., 1999) y como segundo punto, la mayoría de autores aceptan que una prueba apropiada de tratamiento farmacológico es aquella en la cual se ha administrado el medica-

mento a la mayor dosis posible o tolerable, durante al menos un período de doce semanas (AACAP, 1998).

#### *Tratamiento con un solo medicamento*

Actualmente, una variedad de sustancias con propiedades inhibitorias de la serotonina, parecen ser útiles en el tratamiento del TOC. Debido a que las noticias sobre la eficacia están presentes por todas partes en los anuncios y los medios, esto puede llevar erróneamente a los pacientes a concluir que todo paciente con TOC será curado mediante la medicación. Es útil explicar a los pacientes desde el comienzo, que los estudios más sólidos han mostrado que el 40 al 50% de los pacientes que no han recibido medicación, experimentan una reducción del 25-40% en la severidad de los síntomas. Esto es importante cuando se obtiene el consentimiento antes del tratamiento y para ayudar a los pacientes a entender el porqué pueden continuar experimentando síntomas después de un tiempo de tratamiento. La elección del tratamiento más efectivo dependerá no sólo de la presencia de TOC, sino también de la otra psicopatología que presente, tales como características psicóticas o esquizotípicas, trastorno de pánico, depresión o Tourette.

Para poder determinar si el paciente responde a la medicación de manera adecuada, se debe administrar en una dosis y por un tiempo suficiente. La mayoría de ensayos sugieren que una prueba adecuada sería cuando el paciente recibe la máxima dosis permitida o tolerable por doce semanas. Las reducciones graduales son fuertemente recomendadas cuando se piense en suspender aquellas medicaciones con vi-

das medias cortas como fluvoxamina, paroxetina y sertralina.

Ha habido pocos estudios comparativos entre estos agentes y esto da pocas pistas a los clínicos para hacer la primera elección entre ellos. Mataix (2001), intentó predecir la respuesta a placebo o agentes activos estratificando la cohorte de acuerdo con ciertos subgrupos que corresponden a unos factores analizados. Sus resultados sugieren que el subgrupo de acaparadores tiene menos probabilidades de responder a los ISRS que otros subtipos de TOC, observándose que entre estos otros subgrupos no hubo diferencias en cuanto a su respuesta.

En pacientes adolescentes, clomipramina ha sido más estudiado (DeVeugh-Geiss, 1992). Estudios iniciales reportan un promedio de 46% de reducción de síntomas en el 74% de pacientes (Flament et al, 1985). Estos resultados se correlacionan con los ensayos de adultos, donde se describe una reducción en el 30% de los síntomas. La mejoría ocurrió en una amplia variedad de pacientes en ambos estudios y fue independiente del tipo de síntomas, edad de comienzo o respuesta a medicación previa. Flament (1987), encontró que la respuesta se correlaciona con la concentración de 5-HT y la actividad MAO; baja concentración de 5-HT fue asociado con mayor severidad de síntomas y alta concentración de 5-HT parece predecir respuesta clínica a clomipramina. La especificidad de los efectos serotoninérgicos de la clomipramina en el tratamiento de los síntomas TOC fue sugerida por dos estudios. En una investigación doble ciego-placebo controlada de desipramina frente a clomipramina (Leonard et al., 1989), desipramina no fue más efectiva que el placebo en la reducción de los síntomas TOC en adolescen-

tes. Después, en un estudio doble ciego de sustitución (Leonard et al., 1991) sugirió sustancialmente mayores tasas de recaídas con desipramina, comparado con clomipramina.

Los efectos colaterales de clomipramina pueden ser problemáticos. Los efectos anticolinérgicos incluyendo mareo, xerostomía, visión borrosa, hipotensión postural, taquicardia, sedación y constipación, pueden ocurrir y generar inconformidad. Estos efectos pueden evitarse empezando con muy bajas dosis e incrementando muy lentamente hasta que se consiga la reducción de los síntomas. La dosis máxima recomendada es 5 mg/kg/día o 250 mg/día. Electrocardiogramas y estudios de función hepática, con intervalos de 3 meses, son recomendados durante el ajuste de la dosis y por lo menos durante el primer año; posteriormente, estos controles deben hacerse al menos cada 6 meses.

En adultos se reportan menos efectos colaterales con fluoxetina que con clomipramina (Pigott et al., 1990). Ensayos doble ciego-placebo controlados en niños sugieren que la fluoxetina es efectiva en el control de los síntomas del TOC (Riddle et al, 1992). Las dosis iniciales de 5 mg/día e incrementos graduales hasta un máximo de 60 mg/día, son las más comúnmente usadas. De los efectos colaterales reportados, los más frecuentes son agitación, insomnio, anorexia, mareo, xerostomía e incremento de la ansiedad; también puede causar acatisia. Se han expresado preocupaciones acerca de ideación suicida y agresión (King et Riddle, 1991).

La sertralina fue reportada como segura y útil en un ensayo abierto (Alderman et al., 1998) y por tanto superior al placebo en un ensayo múltiple-doble ciego-placebo controlado de 187 pacien-

tes (March et al, 1998). Dosis superiores a 200 mg/día fueron administrados en una estrategia flexible. Utilizando una definición de una reducción del 25% o mayor en los síntomas, un 42% de los pacientes fueron considerados respondedores. La rata de respuesta con placebo fue del 26%. El 13% de los pacientes descontinuaron la medicación debido a los efectos colaterales, entre los cuales figuran como más comunes insomnio, náuseas, agitación y temblor. No se reportaron efectos sobre los signos vitales o la función cardiaca.

Fluvoxamina tiene estructura con un solo anillo. Los efectos colaterales son, según se dice, menos comunes e incluyen náuseas, letargia e insomnio (Riddle et al., 2001). Las dosis comienzan con 25 mg/día y se incrementan gradualmente hasta un máximo de 5 mg/kg/día o 300 mg/día (Price et al, 1987). En un estudio abierto, Apter (1994) empleó dosis de 100-300 mgs en 14 adolescentes con TOC; nueve de ellos (62%) tuvo una reducción en las escalas Y-BOCS de 8 puntos o más. Riddle (2001) ejecutó un estudio doble ciego de Fluvoxamina empleando dosis hasta de 200 mg/día en 136 niños y adolescentes con TOC; el tratamiento produjo un promedio de 25% (o mayor) disminución en la escala CY-BOCS, después de 10 semanas. En conjunto, 42% de los pacientes fueron considerados respondedores.

### *Elección del agente*

Aunque los agentes serotoninérgicos difieren en potencia y selectividad, las diferencias no parecen relacionadas con la eficacia clínica antiobsesional.

Una variedad de estudios de comparación directa (Den Boer, 1987; Koran,

1996; López-Ibor, 1996; Milanfranchi, 1997; Pigott, 1990; Zohar et Judge, 1996) y estudios metaanalíticos estáticos, compara los varios SRI/SSRIs en adultos con TOC. Varios estudios metaanalíticos en adultos han encontrado un modesto pero significativo mayor efecto antiobsesional para clomipramina que para fluoxetina, fluoxamina o sertralina (Greist, 1995; Piccinelli, 1995; Stein, 1995), aunque estudios de comparación directa generalmente han encontrado que la efectividad de estos agentes es comparable. Estudios comparativos no están disponibles para niños y adolescentes y por ello no se conoce si un RSI/SSRI es más efectivo que otro para tratar TOC infantil. Por lo tanto, en la práctica, la elección de los clínicos de un agente puede depender del perfil de efectos colaterales y potenciales interacciones medicamentosas. La clomipramina tiene el mayor perfil de efectos anticolinérgicos colaterales, requiere monitoreo de EEG en niños y es el más tóxico tomado en sobredosis. En contraste, los SSRIs no requieren monitoreo de EEG pero pueden estar asociados con mayores quejas de cefalea, náusea, insomnio y agitación. Muchas veces la comorbilidad puede argumentarse a favor o en contra de ATC, aunque esto no ha sido bien estudiado. La historia de respuesta al tratamiento con varios agentes en miembros TOC de la familia puede ayudar en la elección aunque no existen estudios que apoyen esta afirmación.

El perfil de metabolismo hepático e inhibición competitiva (sistema enzimático P-450) de cada agente debe ser considerado si el uso de medicación concomitante es contemplado. La potencial interacción de alguno de los dos medicamentos debe ser sopesada en la elección del medicamento.

En resumen la consideración de resultados médicos, potenciales efectos colaterales, medicación concomitante, trastornos comórbidos, riesgo de suicidio y tratamientos previos, requiere una decisión individualizada para cada paciente.

### *Tratamiento inicial*

Si el TOC de un niño es acompañado por otras psicopatologías bien significativas, trastornos del desarrollo o disfunción familiar no relacionada con las obsesiones o compulsiones del niño, las alternativas del tratamiento inicial son CBT o medicación antiobsesional ya sea sola o en combinación, si dificultades adicionales son limitadas a irritabilidad y lucha con sus padres sobre la ejecución de compulsiones, más intervenciones no serán requeridas. En una larga proporción de casos, sin embargo, otra psicopatología significativa, dificultades del desarrollo, o problemas familiares acompañan al TOC, psicoterapia adicional (individual y/o familiar), intervenciones escolares y/o farmacológicas son indicadas desde un principio.

En la ausencia de estudios directos comparativos es claro que hacen falta guías para determinar si se debe iniciar con CBT, un SRI o los dos. En un reciente panel de expertos favorecieron CBT como el tratamiento inicial para niños y adolescentes con TOC especialmente en casos leves sin comorbidad significativa. La opción de CBT como tratamiento inicial tiene la ventaja de aparente durabilidad y de evitar los efectos secundarios potenciales del medicamento, aún más porque la historia natural de casos leves de TOC en niños menores no es clara; esta acción previene someter a un

niño a un período indefinido de medicación.

En casos específicos sí se debe después de consultar con sus padres una medicación antiobsesional, puede ser la opción inicial del tratamiento por el trabajo, el costo, el esfuerzo y la ansiedad asociada con la terapia conductual o la no disponibilidad de un clínico entrenado en el uso de E/RP en niños. Otras indicaciones para comenzar con medicación incluyen la insuficiencia cognitiva o de madurez emocional del niño para cooperar o la falta del soporte de la familia para el tratamiento.

### *Dosis y duración*

Es necesario un tratamiento de dosificación y duración adecuada de 10 a 12 semanas para determinar si un niño es respondedor a determinado SRI o SSRIs (Greist, 1995). Muchos pacientes no muestran mejoría sintomática de 6 a 10 semanas y pueden demorar para mejorar los 3 primeros meses de farmacoterapia.

En los primeros 10 días de tratamiento algunos pacientes pueden desarrollar un empeoramiento de los síntomas o quejarse de sensación de agitación («síndrome de nerviosismo»). Este síndrome puede ser comparable con el descrito en adultos que han tomado una variedad de antidepresivos.

Los pacientes deben ser animados a continuar el tratamiento o quizás disminuir la dosis, ya que estos fenómenos frecuentemente disminuyen después de unos pocos días iniciales. Datos sistemáticos de dosis-respuesta para niños no están disponibles.

Los estudios de determinación de dosis en adultos sugieren que las dosis usadas en estudios multicéntricos (por

ejemplo, CMI 250 mg, fluoxetina 60 mg, sertralina 200 mg, fluvoxamina 300 mg, paroxetina 60 mg) estuvieron en el rango más alto y sugieren que dosis terapéuticas menores pueden ser apropiadas. Estudios en adultos con dosis fijas de fluoxetina de 20 a 60 mg/día o sertralina 50 a 200 mg/día, las más bajas dosis fueron efectivas y hubo menores abandonos que con dosis más altas. Ya que una respuesta clínica es improbable durante las tres primeras semanas, usualmente es preferible comenzar con una baja dosificación que se incrementa lentamente así los pacientes toleran la medicación y evitan efectos colaterales relacionados con la dosis.

La duración de un tratamiento puede ser tan crítica como la dosificación, buscando la dosis terapéutica que es tolerable en términos de efectos colaterales y esperando al menos 10 a 12 semanas antes de cambiar el medicamento o implementar regímenes de refuerzo.

### *Duración de la farmacoterapia*

Para niños cuyos síntomas TOC responden satisfactoriamente a medicación antiobsesional con o sin CBT, una importante decisión del tratamiento es acordar cuánto tiempo mantener al paciente con medicación.

La decisión de mantener un niño con medicación antiobsesional indefinidamente debe ser tomada únicamente si las recaídas ocurren repetidamente siguiendo los períodos de disminución de medicación. Los pacientes deben ser mantenidos con medicación antiobsesional por 12 a 18 meses después de una respuesta satisfactoria antes de intentar descontinuar la medicación (March et al., 1997).

### *Continuación del tratamiento*

Para monitorizar la respuesta al tratamiento es necesario evaluar de una forma sistemática los síntomas del niño en cuanto a frecuencia e intensidad, angustia y deterioro, tanto en casa como en la escuela, valiéndose de reportes de los padres, de los profesores y del propio niño. La evaluación continua es necesaria para guiar la planeación del tratamiento y para indicar la necesidad de modificaciones en el lugar, modalidad o dosificación del tratamiento.

### *Estrategias de potenciación*

Puede ser fácilmente visto que entre el 40% y 50% de personas con TOC, sin diagnósticos asociados pueden no responder a adecuados ensayos con ISRS. La respuesta a un agente SRI no predice la respuesta a otro y los efectos colaterales de uno pueden no predecir los efectos colaterales de otro. Por esta razón es importante administrar adecuadas dosis por un período suficiente de tiempo y por lo menos dos medicamentos antes de optar por estrategias de potenciación.

Cuando se combinan agentes con ISRS, se debe prestar particular atención a las vías de metabolismo de los agentes empleados. Interacciones basadas en inhibición del sistema citocromo P-450, pueden conducir a efectos colaterales y tóxicos.

Antes de adicionar cualquier prescripción a un ISRS, existen excelentes y confiables recursos de sitios web que pueden ser consultados, tales como uno administrado por David Flockhart en La universidad Georgetown en Washington ([www.flockhad&gusun.georgetown.edu](http://www.flockhad&gusun.georgetown.edu)).

Aunque el uso de la polifarmacia es generalmente evitado, cuando adecuados ensayos con dos medicamentos fallan, estrategias de potenciación pueden ser necesarias. McDougle (1994a), encontró que pacientes con Tourette, tics o historia familiar de tics que eran refractarios a tratamiento con un solo ISR podían beneficiarse de la adición de un bloqueador dopaminérgico como Haloperidol o Pimozida. Además, unos pocos pacientes con TOC refractarios a ISR quienes no han tenido tics o historia familiar de tics, también mejoraron con la adición de estos mismos agentes. Este estudio fue reproducido con risperidona (Fitzgerald, 1999) y olanzapina (Weiss, 1999); este paso fue considerado importante también.

La inhibición dopaminérgica en el circuito corticoestratolomocortical puede ser crítico para la exitosa facilitación de la 5-HT.

Existen escasos datos sobre la adición de litio (Rasmussen, 1984) o triyodotironina. La bupirona puede aumentar la actividad serotoninérgica en conjunto con los ISRS, pero no hubo evidencia del beneficio de usar una estrategia de potenciación con bupirona en el TOC (Markovitz, 1990). Estudios a menor escala sugieren que la adición de clomipramina a un ISRS puede estar justificado (Figuroa, 1998). Se debe tener máximo cuidado en la monitorización con los cambios electrocardiográficos y los efectos cardiovasculares colaterales.

Clonazepam ha sido útil para adicionarlo en caso de ansiedad o pánico comórbidos (March et Leonard, 1996), pero la sedación y los problemas de memoria pueden presentarse. Resultan serios efectos tóxicos al combinar fluoxetina con L-tryptófano y por tanto se desaconseja esta mezcla.

### *Mantenimiento a largo plazo*

La dirección óptima del tratamiento y mantenimiento en un individuo que ha respondido a un SRI/SSRIs no está clara. Aunque estudios con discontinuación periódica son recomendados, muchos de los que mejor responden necesitan tratamiento farmacoterapéutico continuo.

En un estudio doble ciego de discontinuación con niños y adolescentes manejados a largo plazo con CMI de mantenimiento se usó una fase de sustitución con desipramina durante 2 meses y el 89% de los pacientes recayeron durante esos 2 meses de sustitución. Rangos similares de recaídas son observados entre 7 y 12 semanas de retiro del CMI de mantenimiento o fluoxetina. Estos estudios sugieren que a largo plazo el mantenimiento puede ser requerido por algunos pacientes, aunque CBT puede disminuir la necesidad de farmacoterapia por largo plazo. Incluso pacientes en SRI pueden mantener una continua muestra de algunos síntomas OC que varían con severidad con el paso del tiempo.

La discontinuación abrupta de clomipramina o estos SSRIs con las vidas medias más cortas (por ejemplo, sertralina) han provocado síndromes de abstinencia consistentes en trastornos gastrointestinales, dolor de cabeza, mareos, malestar general y/o insomnio.

### *Respondedores y no respondedores*

El fracaso a la repuesta de una SSRI no necesariamente predice la falta de repuesta a otro SSRI.

Si no hay respuesta clínica de 10 a 12 semanas cambiando de otro SSI es razonable, desafortunadamente no hay es-

tudios sistemáticos que comparen el cambio de medicamentos a añadir un agente aumentativo a la medicación inicial. Aún en estudios adecuados de diferentes SSRI tienen un número sustancias de niños y adultos que sean no respondedores o que tengan síntomas residuales de TOC.

Para pacientes que tienen solo una respuesta parcial clínica de 10 a 12 semanas consecutivas de los estudios de varios SRI/SSRs, podrían ser usadas estrategias de aumento.

De los diferentes medicamentos usados como agentes reforzadores, solamente clonazepan, desipramina, risperidona, haloperidol, litio y buspirona han recibido estudios sistemáticos, todos en adultos. De estos solo clonazepan haloperidol y risperidona han demostrado ser superiores al placebo en estudios controlados en adultos.

El trastorno de TIC comórbido fue asociado con una respuesta positiva a un refuerzo o aumento de fluozamina con haloperidol como fue un trastorno de personalidad esquizotípica. Risperidona (dosis promedio de 2,2 mg) fue superior al placebo en reducir TOC depresivo y síntomas de ansiedad en TOC. Pacientes que no responden al SSRI solamente: no hubo diferencia en la respuesta del tratamiento al aumento de risperidona entre pacientes con TOC con o sin test crónicos o trastornos de personalidad esquizotípica.

Una consideración cuidadosa debe ser requerida antes de formular neurolépticos a los niños por los efectos potenciales de impedimento cognitivo, sedación, disforia, aumento de peso, síntomas extrapiramidales (disquinesia aguda o tardía), al igual que el aumento de efectos colaterales con agentes farmacoterapéuticos concomitantes. En niños, algunas preocupaciones han sido expresadas

acerca del refuerzo de las benzodiazepinas incluyendo la necesidad de evitar discontinuar abruptamente el potencial de dependencia por droga, el síntoma raro de desinhibición, se necesitan estudios más avanzados para clarificar recomendaciones para niños.

### *No respondedores y parcialmente respondedores a CBT*

Para niños que no responden o han tenido solamente respuesta parcial a CBT sola, la siguiente estrategia es cambiar el sitio, forma, intensidad o técnica de la CBT y/o agregar un SRI. Las técnicas que pueden facilitar E/RP incluyen reforzamiento positivo para animar a la exposición, manejo de la ansiedad por medio de imitación con exposición relacionada con la ansiedad; detención del pensamiento o reestructuración cognitiva; modelación y formación; o intervenciones familiares para mejorar la satisfacción con la terapia.

Aunque la CBT usualmente es implementada inicialmente con 13 a 20 sesiones individuales o familiares semanales con E/RP asignadas para la casa, parcialmente respondedores o no respondedores pueden requerir visitas más frecuentes fuera del consultorio o aún, en casos severos que no responden, visitas diarias en un consultorio, hospital o centro de internación. La hospitalización también puede ser necesaria cuando la autopunición o compulsiones agresivas son prominentes.

Dependiendo de la severidad de los síntomas, un SRI o SSRI debe ser considerado para alcanzar respuesta en pacientes que no la tienen después de dos a cuatro semanas en un tratamiento de CBT bien indicado o para quienes tienen solamente una respuesta parcial

después de cuatro a siete semanas de CBT (March et al., 1997).

### *No respondedores y parcialmente respondedores a la medicación*

Un número sustancial de niños no obtienen mejoría o logran sólo remisión parcial de los síntomas TOC con SRI solo, aún después de diez a doce semanas a las dosis máximas toleradas. En estos casos, la siguiente estrategia es adicionar CBT si no se ha iniciado. Además, puede ser útil cambiar el SRI. Si pruebas sucesivas de dos o tres SRI son inefectivas, debe ser considerado un refuerzo con clonazepam o una dosis baja de neurolépticos. La adición de un neuroléptico puede ser particularmente útil en niños con trastorno con TIC comórbido.

### *TOC con patología comórbida*

Muchos clínicos creen que la presencia de depresión comórbida, ansiedad o manejo disruptivo es una indicación para incluir un SRI como parte del tratamiento inicial. El impacto de CBT solamente en dificultades de comorbilidad como irritabilidad, depresión, ansiedad generalizada e impulsividad, aún continúa en la mayoría de los casos sin ser estudiado hasta el punto que unas dificultades reflejan la carga de los síntomas del TOC en el niño y en la familia. La efectividad de la CBT para los síntomas esenciales del TOC se puede esperar que tengan efectos beneficiosos.

En otros casos sin embargo, los síntomas comórbidos pueden reflejar la influencia de factores neurobiológicos que subyacen a la patogénesis tanto de

los síntomas esenciales como de los síntomas afectivos, ansiedad, dificultades de atención, TIC y trastornos del temperamento. Si la CBT es tan efectiva como la intervención farmacológica, aún está por determinarse que sucede con la patología asociada. En varios casos la severidad de estos trastornos comórbidos puede justificar una medicación específica para ellos mismos.

Como varios potenciales subtipos de TOC son descritos, esto es importante para establecer si también difieren en sus relativas respuestas a CBT sola o en combinación con medicamentos. Por ejemplo, en contraste con temores de contaminación manejados con lavado compulsivo, muchas de las compulsiones que ocurren en niños con trastorno de TIC son manejados con una urgencia primitoria o necesita repetir una acción hasta que sienta que es «suficiente».

Las compulsiones tardías pueden beneficiarse de técnicas de reversión de hábitos, las cuales usan automonitoreo, relajación y competencia de respuestas motoras, además de prevención de respuesta y tienen utilidad comprobada en desórdenes tales como la tricotilomanía.

Clínicamente la farmacoterapia y la CBT trabajan bien cuando se usan juntas y muchos clínicos creen (sin soporte de documentación empírica) que niños con TOC requieren para ser beneficiados óptimamente de la combinación de CBT y farmacoterapia. En el estudio de March (1994), de protocolo de manejo de la CBT, cuando la CBT fue adicionada a un régimen estable de medicamentos la medida promedio de mejoría de los CY-BOCS fue mayor que las observadas con medicamentos solos. Wever, en 1994, reportó resultados similares en niños australianos y adolescentes tratados con CMI, quienes aceptaron una CBT hospitalaria breve y de mayor

intensidad. En el estudio de March en 1994, dos tercios de los que respondieron a la CBT con éxito, descontinuaron los medicamentos durante un intervalo de dos años seguidos, implicando que CBT reduce los rangos de recaídas en pacientes con retiro de medicamentos.

Aunque los estudios están en desarrollo, los datos actualmente disponibles no dan una respuesta definitiva a la pregunta clínicamente relevante de si CBT y medicación son igualmente efectivas o si los efectos combinados son relativos a la sinergia del tratamiento individual; así mismo faltan estudios que aclaren adecuadamente los efectos de la CBT en la prevención de recaídas.

Están pendientes estudios más detallados, pero de todas maneras, parecen estar tentativamente soportados los beneficios de combinar ambas modalidades, aún en pacientes para quienes resulta necesaria la farmacoterapia continua, ya que CBT, incluyendo tratamientos repetidos durante la descontinuación de la medicación, puede mejorar tanto a corto como a largo plazo el comienzo de la respuesta de los pacientes a la medicación.

Niños de quienes los síntomas OC son acompañados por otras psicopatologías sustanciales, trastornos del desarrollo y/o problemas familiares usualmente requieren las correspondientes intervenciones psicoterapéuticas, educativas y/o farmacológicas individuales y/o familiares. Aunque los problemas familiares o sociales no parecen causar TOC, mejorar el funcionamiento familiar y adaptativo del niño en la casa y escuela, también puede tener efectos benéficos no específicos en los síntomas del niño y la satisfacción con el tratamiento. Niños en quienes los síntomas TOC o concomitante ansiedad, depresión, problemas de atención, conduc-

tuales o del aprendizaje, interfieren con la participación en la escuela y el progreso académico, se requiere una estrecha colaboración entre el personal clínico y el de la escuela.

### *Descontinuación de la farmacoterapia*

Una vez tomada la decisión de intentar una reducción o descontinuación de medicación, la disminución debe ser gradual. Aunque no existen evidencias sistemáticas de que la disminución gradual reduzca la posibilidad de recaídas, la mayoría de expertos recomiendan una descontinuación gradual, por ejemplo disminuyendo la medicación en un 25% y realizando una observación durante dos meses antes de hacer mayores reducciones (March et al., 1997). Como se dijo antes, los estudios de retirada tanto en niños como en adultos sugieren que la mayoría de pacientes recaen en el transcurso de unos pocos meses después de la completa descontinuación de la medicación (Leonard et al., 1991). Por lo tanto, intentos de descontinuar la medicación deben tratarse durante períodos que son relativamente bajos en estrés cuando la potencial recurrencia de los síntomas podría ser menos disruptiva. La discontinuación abrupta de ACT y SSRI con vidas medias cortas debe ser evitada ya que se puede producir un síndrome de descontinuación así como molestias o trastornos gastrointestinales.

Hay varias evidencias de que la CBT puede reducir la necesidad de farmacoterapia a largo plazo (March, 1995). Para pacientes que experimentan algún recrudescimiento de los síntomas que siguen a una reducción de la dosis, sesiones de refuerzo de CBT o la introducción de CBT (para aquellos que no la han recibido

previamente) puede ayudar a minimizar la necesidad de retornar a los niveles previos de medicación.

Los niños y adolescentes con TOC y sus familias resultan más beneficiados con un cuidado continuo y disponibilidad y monitoreo a largo plazo de un clínico capacitado con un adecuado conocimiento del curso del desarrollo y las necesidades del niño.

### *Hospitalización parcial y paciente ingresado*

En la mayoría de los casos no es necesario hospitalizar a los pacientes para evaluar sus síntomas completamente. De todas maneras, los pacientes y sus familias se enfrentan a crisis cuando la espiral de síntomas está completamente fuera de su control, la capacidad de la familia para dar soporte al paciente está casi agotada, los síntomas son peligrosos o el curso de un adecuado tratamiento falla. Aunque estas circunstancias pueden presionar a los clínicos a iniciar intervenciones adicionales rápidamente, debería recordarse que, usualmente, las crisis emergen de tensiones crónicas acumuladas por largo tiempo. Iniciar tratamiento sin un suficiente entendimiento de estas tensiones puede socavar la terapia subsecuente.

Durante una crisis, el paciente puede beneficiarse de la hospitalización como una alternativa para precipitar cambios en el tratamiento ambulatorio. La hospitalización puede disminuir la carga de los padres para manejar y contener síntomas incontrolables y reducir las imposibles solicitudes del paciente de mejorar instantáneamente. Esto reduce el riesgo de intervenciones inapropiadas. El objetivo primario de la hospitalización es dar rápidamente una valoración objetiva de

la severidad del deterioro del paciente fuera de casa; facilitar la iniciación simultánea de tratamientos familiar, psicológico y farmacológico y disminuir los síntomas reduciendo tensiones y ansiedad.

### *Atención a las características individuales del trastorno*

La naturaleza y severidad de los síntomas obsesivo-compulsivos, el rango de psicopatología comórbida y el impacto del trastorno en el funcionamiento del niño y la familia, varía significativamente en niños con TOC. Las características individuales, por lo tanto, pueden tener importantes implicaciones para la planeación del tratamiento en términos de satisfacción, respuesta al tratamiento, y factores que exacerben o mejoren los síntomas. Todo niño o adolescente que se presenta con aparentes dificultades obsesivo-compulsivas, justifica una comprensiva e individualizada evaluación de los síntomas, comorbilidad y factores psicosociales. Además, para acertar en el contenido y severidad de los síntomas TOC esenciales, una planeación de tratamiento efectivo para niños con TOC, también tiene que considerar la presencia de dificultades comórbidas; el nivel de desarrollo del niño, la personalidad y funcionamiento adaptativo; y el contexto familiar (AACAP, 1997; King et Cohen, 1994). Obsesiones o compulsiones leves que no son la causa de angustia o deterioro sustancial pueden justificar monitorización permanente sin la iniciación de tratamientos específicos. Cuando estos aparecen relacionados con estrés externo o relacionado con el desarrollo, la psicoterapia u otras intervenciones psicosociales dirigidas a esas situaciones estresantes pueden ser útiles. La psicoterapia también puede ser útil para rasgos de

personalidad obsesivo-compulsiva (Esman 1989). Para promover un óptimo compromiso en el tratamiento, tanto el paciente como la familia, deben participar de la manera más amplia posible en el plan individualizado de tratamiento.

El proceso de evaluación y planificación de tratamiento puede tener importantes efectos en su propio beneficio. Los niños con TOC son frecuentemente reservados acerca de sus síntomas, los cuales ellos ven (o temen que sean vistos por otros) como vergonzosos. Además, los niños pueden ver sus síntomas o deterioro asociados de una manera completamente diferente de cómo lo ven sus padres (Berg, 1989). En el momento en que ellos vienen a recibir atención clínica, algunos niños con TOC y sus padres, pueden quedar atrapados en un círculo vicioso de mutua coerción e irritación. La oportunidad de conocer y discutir las dificultades del niño con un profesional entendido en la materia, para desestigmatizar y reafirmar los síntomas como manifestación de un trastorno más que como un comportamiento intencionado o demente y planear un curso de tratamiento basado en una revisión de opciones efectivas, anima a participar en un tratamiento pactado.

Las dos modalidades de tratamiento, CBT y SRIs, han sido estudiadas sistemáticamente y han mostrado eficacia para los síntomas esenciales del TOC. Aunque algunos estudios encontraron útil la psicoterapia para el tratamiento de TOC infantil o rasgos de personalidad obsesivo-compulsiva (Adams, 1973; Target et Fonagy, 1994), la efectividad de psicoterapia sola (otras fuera del CBT) para las principales obsesiones y síntomas compulsivos del TOC no han sido sistemáticamente estudiadas. Sin embargo, la psicoterapia sigue siendo un componente que ayuda en un tratamiento com-

prensivo de los niños con TOC. Por ejemplo, la psicoterapia puede jugar un rol importante para enseñar a desarrollar destrezas; ayudar a incrementar el sentido de dominio en el niño; acompañar el tratamiento de la ansiedad y síntomas depresivos; direccionar diagnósticos comórbidos, conflictos del desarrollo y problemas familiares; y ayudar a mejorar las relaciones con sus padres y su familia.

La psicoterapia familiar no es necesaria ni suficiente al comienzo del TOC (Lenane et al., 1989), no obstante las familias afectan y son afectadas por el trastorno. Por ejemplo una alta «expressividad emocional», puede exacerbar el TOC; una familia tranquila de soporte, puede mejorar los resultados (Hibbs et al., 1991). Algunas familias llegan a involucrarse extensamente participando en la realización de los rituales del niño o tranquilizando preocupaciones obsesivas en un esfuerzo para evitar ansiedad o explosiones de ira. Otras familias se resisten a participar pero llegan a encontrarse con penosos enojos, luchas y discusiones con sus sintomáticos niños. Trabajar con familias en cómo arreglárselas con los síntomas de los niños, hacer frente al estrés, y las disrupciones familiares que frecuentemente acompañan al TOC y cómo participar efectivamente en el tratamiento farmacológico y comportamental, es esencial (Lenane, 1991). Aunque el principal objetivo del trabajo con los padres es disminuir el desconcierto con los síntomas del niño, estas intervenciones deben ir de la mano con intervenciones que disminuyan la angustia del niño. Los grupos de soporte familiar son útiles a las familias para adquirir destreza en las intervenciones y prevenir el desánimo. Los grupos de apoyo como la Fundación de TOC y la Asociación para

Síndrome de la Tourette pueden proporcionar valiosos recursos y soporte. Además de las medidas dirigidas a los síntomas infantiles, frecuentemente se necesita el trabajo familiar para orientar las múltiples dificultades adaptativas e interpersonales comórbidas, que pueden acompañar al TOC infantil.

#### 4. Tratamientos en investigación

Una variedad de tratamientos de investigación han sido estudiados primordialmente en pacientes adultos con TOC que no han respondido a tratamientos conductuales o planteamientos estándar farmacológicos.

##### *Nuevos agentes*

##### TRAMADOL

Las investigaciones más recientes sugieren que el TOC puede estar mediado, en parte, por el sistema opiáceo (Insel et Picar, 1983; Shapira et al., 1997). Esta teoría se basa en el poder del antagonista opiáceo «naloxona» para exacerbar los síntomas del trastorno.

En un estudio abierto, realizado por Shapira et al. en 1997, el agonista opiáceo «tramadol» se utilizó con siete pacientes adultos no respondedores al tratamiento farmacológico habitual. El tramadol fue utilizado en un principio como analgésico aunque también se observó su función como inhibidor de la recaptación de norepinefrina y de serotonina.

Seis de los siete pacientes estudiados por Shapira et al., que completaron un tratamiento mínimo de 2 semanas, con dosis medias de 250mg/d de tramadol (en 3 o 4 dosis divididas), refirieron una disminución en sus obsesiones y en la

urgencia para realizar las compulsiones. Uno de ellos, con historial de ataques de pánico, suspendió el tratamiento después de la sexta semana tras sufrir un ataque.

En general, el fármaco fue bien tolerado, a excepción de algunos efectos de sedación. Si como parece, el mecanismo de acción del Tramadol es distinto del de los SRI, se puede convertir en un fármaco de futuro. Cabe mencionar que en la actualidad todavía no existen estudios con este fármaco en población infanto-juvenil.

##### CLOMIPRAMINA INTRAVENOSA

Varios estudios han examinado la eficacia de CMI intravenosa en adultos que no podían tolerar los efectos de la medicina oral. Típicamente la CMI intravenosa fue administrada durante 2 a 6 semanas a pacientes que no podían tolerar CMI oral. Otros de doble ciego o estudios de placebo de pequeños ejemplos han encontrado el método para usar con el TOC. Especulaciones acerca de cómo el tratamiento intravenoso puede trabajar incluye una rápida y baja regulación de receptores serotoninérgicos y/o disminución del primer peso del metabolismo hepático. En consecuencia, el modo de administración si se aumenta la proporción metabólica y la potencia relativa de SRI todavía está siendo investigado para adultos y no hay datos relacionados a su eficacia o seguridad en niños.

##### ESTIMULACIÓN MAGNÉTICA TRANSCRANEAL (TMS)

La estimulación magnética transcranial realiza una estimulación no invasiva y focal usando la fuente magnética para

alterar la actividad del cerebro. Se trata de una herramienta de investigación y un agente terapéutico muy prometedor para una gran variedad de trastornos del humor y de ansiedad (George, Lisanby et Sackeim, 1999).

En población adulta de pacientes con TOC (Cora-Locatelli et al., 1998; Greenberg et al., 1997), una sola sesión de estimulación prefrontal con TMS disminuyó la urgencia compulsiva durante unas 8 horas. La TMS no ha sido utilizada todavía en pacientes no respondedores y tampoco existen datos con población infantil.

#### INVESTIGACIÓN INMUNOLÓGICA Y TRATAMIENTOS CON ANTIBIÓTICOS

La identificación de un subgrupo de niños que desarrollan TOC y/o con TIC después de un GABHS faringitis ha

llevado a estudios con inmunomoduladores basados en estudios en niños con SC.

Estos incluyen plasmaféresis y aplicación de inmunoglobulina intravenosa.

Resultados preliminares describen mejoramientos significativos en niños con enfermedades severas que tienen una base autoinmune subyacente que dispara su enfermedad.

Los estudios de tratamientos siguen. Como sea, acercamientos con inmunomoduladores están siendo investigados y deben ser usados solamente para casos severos que clasifican el criterio aprobado y el contexto de un protocolo aprobado por el comité de investigaciones humanas.

Plasmaferesis es un arduo procedimiento y administración intravenosa de inmunoglobulinas que pueden conllevar riesgos desconocidos y transmitir enfermedades virales.



# **Tercera Parte**



# Un caso sesión a sesión

En esta tercera parte, nos disponemos a explicar los pasos de la TCC a través de una guía sesión a sesión. Antes de empezar a desarrollar estas sesiones es importante recalcar que, a pesar de que la terapia se ha estructurado en 20 sesiones, éste es un número orientativo y dependerá del progreso del niño, pudiendo ampliarse en los casos con mayores resistencias o más severos y disminuir en los casos más leves. Así mismo, las sesiones con la familia se pueden modificar y situar en el momento que crean más oportuno según vaya progresando la terapia, y dependiendo de las características de cada caso.

En principio nosotros hemos organizado la terapia de la siguiente manera: las primeras cuatro sesiones se realizarán en un plazo de dos semanas (a dos sesiones por semana), y el resto de sesiones se realizarán una vez a la semana.

Recomendamos a los terapeutas una lectura inicial completa de todas las sesiones antes de aplicarlas a un caso real, y después una lectura detallada sesión a sesión. Deben plantearse cuáles son las técnicas de tratamiento que deben ser aplicadas según las características específicas del TOC en cada niño.

También recomendamos a los terapeutas que tomen notas al finalizar cada sesión, de esta forma tendrán recogida toda la evolución del niño, los problemas o dificultades con que se han encontrado, y las estrategias utilizadas para superarlos. Esta información les puede ser útil en pacientes posteriores.

Para exponer la TCC utilizaremos un caso de ejemplo que nos permitirá ilustrar sesión a sesión las estrategias de tratamiento.

Hemos elegido el caso de David, que está resumido en el último apartado del

próximo capítulo «Aplicaciones prácticas del programa según las características del TOC».

La terapia la realizó una psicóloga especialmente formada para llevar a cabo la Terapia Cognitivo-Conductual en niños y adolescentes.

## ESTABLECIENDO EL MARCO DE TRABAJO

En esta sesión están presentes el paciente y uno o los dos padres si es posible. En este caso David acude acompañado por su padre. Y este es el resumen de la sesión.

Al inicio de la primera sesión la psicóloga estuvo un tiempo hablando con David sobre las cosas que le gustan y las que no, sobre sus aficiones, etcétera. Así supo que a David le gusta mucho dibujar, hacer cómics y también jugar a baloncesto.

Seguidamente la psicóloga le explicó qué es lo que harían juntos, empezando por explicar que el TOC es como una enfermedad médica que afecta al cerebro, y que hace que determinadas cosas le pongan muy nervioso, aunque a veces le parezca que son tonterías.

También le explicó que el TOC es como un enemigo y le preguntó si quería ponerle algún mote (esto es habitualmente útil para trabajar con niños) y David decidió llamar al trastorno «Antes».

Además acordaron que realizaría un dibujo sobre él.

Después de trabajar con David y su padre la externalización del TOC, es decir eliminar la creencia de que «son manías del niño» o «son malos hábitos», la terapeuta empieza a explicar el proceso de tratamiento.

## Objetivos de la primera sesión

1. Establecer una alianza
2. Elaborar un enfoque neuroconductual
3. Explicar el proceso del tratamiento
4. Introducir las metáforas

### 1. Establecer una alianza

Para conseguir la máxima cooperación del niño y de los padres, iniciamos la sesión intentando conocer un poco más al niño, y nos interesamos por sus aficiones, por las cosas que le gustan, las que no, etcétera.

Para reducir el nivel de ansiedad le pedimos al niño que escoja algún juego al que le gustaría jugar un rato al final de la sesión.

Intentamos recalcar el papel del terapeuta como alguien que está de su lado, formando equipo contra el TOC, y que proporcionará al niño todas las estrategias para vencer al TOC. De esta manera se desculpabiliza tanto al niño como a la familia.

También debemos evaluar trastornos comórbidos, como por ejemplo depresión, problemas de aprendizaje, fobia social, etcétera, que pueden haber pasado inadvertidos antes, pero que juegan un papel importante en el éxito del tratamiento.

El terapeuta, además, debe explorar el nivel de conocimiento de la familia sobre el trastorno, de manera que pueda enfatizar los puntos importantes o corregir falsas creencias.

Una vez establecida la alianza, la entrevista se centra en construir una perspectiva neuroconductual que permita comprender al TOC.

## 2. *Elaborar un enfoque neuroconductual*

Se explica que el TOC es un trastorno neuroconductual («neuro» porque se da una afectación a nivel neurológico, y «conductual» porque se manifiesta a través de pensamientos, sensaciones y conductas). A pesar de que expliquemos que el TOC se puede eliminar a través de determinadas acciones que deberá realizar el niño, debemos enfatizar que no se trata de un mal hábito que deba ser corregido. Ayudaremos al niño y a la familia a entender que el TOC es un problema que no puede ser visto como un error del niño o algo que pueda detener si se esfuerza más en hacerlo. Explicamos que el trastorno obsesivo-compulsivo es algo así como un cortocircuito, haciendo la analogía con un ordenador estropeado, o cualquier otra metáfora que el niño pueda comprender. En definitiva, el TOC es un error en el cálculo del riesgo. Las personas que padecen un TOC perciben un peligro importante e inminente en una situación de bajo riesgo o en la que éste es nulo. Esta exagerada sensación de peligro genera ansiedad y precipita la realización de las compulsiones o los rituales que se perpetúan, ya que actúan como un reforzamiento negativo por el simple hecho de que consiguen reducir el nivel de ansiedad.

Después el terapeuta describe detalladamente qué son las obsesiones y qué son las compulsiones y las ilustra con ejemplos de los síntomas del niño.

Nosotros definimos las obsesiones como pensamientos, ideas o imágenes que le vienen a la cabeza, incluso aunque él no quiera, y que normalmente le resultan desagradables o absurdas. Y le ponemos como ejemplo alguna de sus obsesiones, en este caso imágenes intrusivas en las que ve a su hermano siendo

atropellado, preocupación recurrente de que sus padres cojan alguna enfermedad. ..

Las compulsiones las definimos como comportamientos o actos que siente la necesidad de realizar a pesar de que carecen de sentido o que son exagerados. Y también le ponemos un ejemplo. En este caso la necesidad de lavarse las manos de forma excesiva o de colocar algunos objetos de una forma determinada.

Utilizamos además la analogía con enfermedades médicas como la diabetes, el asma u otras enfermedades, para hacer entender al niño y a su familia que este fallo de funcionamiento del cerebro no afecta al resto de habilidades y que por lo tanto el niño es normal.

Finalmente, utilizando la información psicológica y psiquiátrica recogida a través de la evaluación, el terapeuta habla de la epidemiología, de la fenomenología y del tratamiento apropiado para el tratamiento del niño.

En este caso, David recibía un tratamiento combinado a nivel farmacológico y psicológico, por eso consideramos importante enfatizar el importante éxito que normalmente se consigue. Y explicamos que la medicación facilita la aplicación de la TCC, y que será retirada cuando el niño ya no la necesite.

Otro punto importante para garantizar que el TOC sea considerado un trastorno y no como un problema de los padres o del niño, es la asignación de un nombre, que permitirá referirnos al TOC a lo largo de la terapia como un objeto externo y diferente del niño. A menudo los niños más pequeños escogen nombres como «tonto» o «malo», otros le atribuyen características más cómicas, y los adolescentes suelen escoger nombres médicos. David decide llamarle «antes», en un buen intento de

marcar un punto de inflexión en el desarrollo del trastorno.

Mostramos a continuación un fragmento del diálogo que mantuvo la psicóloga con David en esta primera sesión:

**Terapeuta:** *David, hay dos aspectos del TOC que me gustaría hablar contigo. El primero es que el TOC es un problema del cerebro. Te voy a poner un ejemplo, si el cerebro fuera un ordenador, el TOC sería como un cortocircuito en alguno de los chips. Esto hace que envíe algunos mensajes erróneos al ordenador. Lo mismo pasa con el TOC, éste hace que una parte de tu cerebro envíe pensamientos, imágenes o sensaciones de miedo o desagradables, cada vez que ocurre algo que es normal, pero que molesta al TOC. En tu caso el TOC hace que no te sientas a gusto en la escuela, o que te moleste muchísimo que algún compañero te toque, o que pienses que les puede ocurrir algo a tus padres si les tocas sin lavarte las manos antes, o que cuando te duchas estés tanto rato porque debes seguir un orden concreto, y si te despistas debes volver a empezar. Estos mensajes que te envía el TOC son obsesiones.*

*Y la segunda parte del TOC son las conductas que tú tienes que hacer para que el miedo o los nervios que sientes desaparezcan, por ejemplo lavarte las manos una y otra vez, o que no puedas hacer algunas cosas 3 veces. A estas conductas es lo que llamamos compulsiones, y son las que ahora hacen que el TOC sea cada vez más fuerte, porque estás haciendo lo que el TOC quiere.*

*La medicación te ayudará en el primer punto que te he explicado, para reducir las obsesiones. Tú puedes ayudar para que la segunda parte del TOC sea cada vez más pequeña y tenga cada vez menos fuerza. Para ello trabajaremos juntos y yo te enseñaré algunas técnicas para que consigas ganar al TOC.*

**David:** *¿Esto significa que cada vez que yo tengo que lavarme las manos es porque mi cerebro me dice que lo haga?*

**Terapeuta:** *Sí, es así. Y es precisamente en eso en lo que te voy a ayudar. Mi trabajo consiste en enseñarte cómo puedes echar al TOC. Lo primero que haremos será ponerle un nombre al TOC para referirnos a él. Puedes pensarte cómo te gustaría llamarle, y si no lo sabes te lo puedes pensar durante esta semana. ¿Te viene algún nombre ahora?*

**David:** *Sí... creo que le llamaré «Antes» porque a partir de ahora, todo esto me pasaba antes, y pronto será diferente.*

Una vez queda claramente identificado el nombre, empieza el proceso de tratamiento.

### 3. Explicar el proceso de tratamiento

Lo esencial del proceso de tratamiento es «decir no» al TOC y «retomar el control». Para esto se precisa de aliados (terapeuta, padres, profesores y amigos) y una estrategia de lucha (técnicas de la Terapia Cognitivo-Conductual). La exposición con prevención de respuesta (E/PR) es el núcleo de las herramientas que el niño utilizará para retomar el dominio y donde el terapeuta sirve como entrenador para facilitar el proceso. Es muy importante para la terapia que el niño entienda lo que significa la E/PR y cómo se va a desarrollar.

La exposición consiste en afrontar deliberadamente una situación que provoca ansiedad (por ejemplo, hacer las cosas una sola vez, o tocar los libros de la escuela que le parecen contaminados). Debe quedar claro que la exposición es gradual, empezando por aquellas situaciones o estímulos que generan

menos ansiedad. También debemos destacar que la exposición adecuada a los estímulos que le provocan miedo hace que se vaya reduciendo la ansiedad de forma progresiva. La prevención de respuesta consiste en bloquear la aparición del ritual durante la exposición. Para ello, el niño debe prohibirse la realización de la compulsión. Técnicamente la prevención de respuesta es un procedimiento de extinción (porque no se proporciona el reforzamiento negativo que supone la realización de la compulsión o el ritual).

Es importante que el niño perciba que es él el que tiene el control y el que decidirá qué situación afrontar. En ningún caso le obligaremos a realizar algo para lo que no se sienta preparado.

Mientras estamos explicando este proceso, es importante que el terapeuta vaya introduciendo ejemplos con los propios síntomas obsesivo-compulsivos del niño.

El niño se sentirá más seguro si le explicamos que el terapeuta le proporcionará una «caja de herramientas», que le permitirá afrontar estas situaciones que le provocan ansiedad durante la E/PR, y de esta forma cuando el niño se exponga a una situación temida o se resista a realizar la compulsión, estará preparado para tolerar esta ansiedad. Pero esta caja de herramientas no se introducirá hasta la segunda sesión.

Finalmente, el terapeuta introduce la idea de que el niño tiene la oportunidad de excluir al TOC de su vida. Debe hacerle notar que hasta el momento ha convivido con él, pero que no tiene que ser así en el futuro. El terapeuta anima al niño para que se dé cuenta de que es capaz de conseguirlo.

A continuación mostramos otro fragmento del diálogo entre la psicóloga y David:

**Terapeuta:** *Yo te iré guiando a lo largo de los próximos meses, y te enseñaré cómo puedes hacerlo para eliminar el TOC. Trabajaremos juntos una vez a la semana y tú tendrás que practicar el resto de días en casa lo que hayamos trabajado en la sesión. Tú podrás escoger qué es lo que quieres practicar en cada sesión. ¿Qué te parece?*

**David:** *Me parece bien.*

**Terapeuta:** *Para saber cómo eliminar el TOC primero debemos conocer qué es lo que controla y qué parte de tu vida queda fuera de su control. Por eso, durante las próximas semanas trabajaremos para elaborar juntos un mapa del TOC en el que quede claro qué parte controla el TOC, qué parte controlas tú, y en qué situaciones a veces ganas tú y a veces él. Empezaremos a trabajar por estas situaciones que has conseguido controlar algunas veces. ¿Te parece bien esta idea de elaborar un mapa del TOC? Si no te queda claro cualquier cosa, por favor interrúmpeme, y te lo explicaré mejor.*

**David:** *No, de momento lo entiendo todo.*

**Terapeuta:** *Bien pues, te explicaré algunas técnicas que te pueden ayudar a eliminar el TOC. Hay dos grandes técnicas: una se llama exposición y la segunda se llama prevención de respuesta. Pero antes de explicártelas, me gustaría que quedara claro que siempre serás tú el que decida qué situación afrontarás. La exposición se hace cuando haces lo que el TOC te está mandando que no hagas, como por ejemplo tocar los libros del colegio, o hacer las cosas una sola vez. La prevención de respuesta se hace cuando a pesar de que sientas ansiedad no realices el ritual o la compulsión, como por ejemplo lavarte las manos una y otra vez, o no hacer las cosas tres veces. Seguramente pensarás que esto hará que te pongas muy nervioso y que tu miedo sea muy grande, pero en reali-*

*dad lo que pasa es que el nivel de ansiedad irá descendiendo. Esto es como cuando aprendiste a montar en bicicleta, las primeras veces seguro que te daba miedo, pero a partir de la tercera o la cuarta ya se te había pasado. ¿Qué te parece lo que te estoy explicando?*

**David:** *Bien, pero ¿cómo sé yo que la ansiedad que yo siento irá desapareciendo? ¿Qué es lo que tengo que hacer?*

**Terapeuta:** *Tengo algunas otras técnicas que te iré explicando durante la exposición con prevención de respuesta. El «termómetro del miedo» es una de ellas, que te ayudará a medir el nivel de ansiedad y saber si ésta sube o baja. También te enseñaré unos ejercicios de relajación que te ayudarán a controlar la tensión. Hablar al TOC es otra de las técnicas importantes que te ayudarán a reducir el miedo y la tensión ante el TOC. Además hay otra técnica, que es muy, muy importante: ¡y es el sentido del humor! Parece que tengamos que tomarnos al TOC muy seriamente, pero en realidad lo mejor que puedes hacer es reírte.*

*Recuerda que antes te he dicho que iríamos avanzando a tu paso, pero debemos avanzar. Podemos hacerlo poco a poco, no pasa nada, pero si nos quedamos parados, entonces gana el TOC. Es por eso que estoy aquí, para animarte y ayudarte en todo lo que pueda para que tú consigas ganarle. A ti te gustaría eso, ¿no?*

**David:** *Síííí, quiero quitarme de encima estos miedos y angustias.*

### *Consideraciones de desarrollo*

Es evidente que, a pesar de que los objetivos generales son los mismos en todos los casos, el terapeuta debe tener en cuenta las características individuales

de cada niño, y que debe ser flexible a la hora de ajustar la terapia a cada caso.

Es importante ajustar el nivel de nuestro discurso (vocabulario, velocidad, etcétera) al nivel de comprensión, de funcionamiento cognitivo, de maduración social y de capacidad de mantener la atención del niño. Por ejemplo, con los niños más pequeños seguramente deberemos ser más directivos, y en cambio con los adolescentes es aconsejable dar más posibilidades de discusión. Además, los niños más pequeños aprecian más el juego, y el tiempo que dedicamos a jugar, y por lo tanto debemos tenerlo en cuenta. Los adolescentes en cambio, valoran más una explicación técnica y detallada de lo que es el TOC. Otros trabajarán mejor a través de dibujos o historias. En definitiva, el terapeuta debe valorar cuáles son las necesidades y las características de cada caso, para adaptar la terapia lo mejor posible a ellas.

### *El trabajo con los padres*

El trabajo con los padres es muy importante en esta primera sesión. Tal y como hemos comentado antes, esta sesión está orientada a la psicoeducación sobre el TOC tanto al paciente como a sus padres.

Además, es una buena oportunidad para el terapeuta, de observar cuál es el grado de implicación de los padres en el mantenimiento del TOC, en los rituales o compulsiones, cuáles son sus estrategias de afrontamiento, y el efecto que tiene sobre ellos en el ámbito emocional.

Sabemos que una parte importante del éxito de la terapia cognitivo-conductual en los casos de TOC se debe a la cooperación de los padres. Y es igual-

mente importante, que el terapeuta al inicio de la terapia, como experto en el tratamiento del TOC, encoraje a los padres a seguir las pautas y trabajar con el niño siempre que sea necesario. Debemos formar un equipo, y juntos elaboraremos un plan para derrotar al TOC. Es importante dejar claro que su rol será cada vez más importante a medida que avance la terapia, y que de momento pueden animar al niño a resistirse al TOC en las situaciones que iremos acordando juntos.

Normalmente, los padres quieren saber qué es exactamente lo que deben hacer para combatir el TOC. Para poderles dar una mejor respuesta, desde la Unidad de Paidopsiquiatría de la Vall d'Hebron, hemos elaborado una guía de información para padres, que se adjunta en el último capítulo, y que le entregaremos durante la primera sesión.

Debe quedar muy claro que el TOC no es un «mal hábito» del niño, y que por lo tanto no debe ser castigado por ello.

Finalmente, se instruye a los padres para que presten atención a las conductas de su hijo/a que no están afectadas por el TOC y se produzca un reforzamiento de todas estas conductas. De momento, si se ven involucrados en algún ritual, es necesario que lo sigan haciendo, hasta que la terapia avance.

## INTRODUCIR EL INSTRUMENTO PRINCIPAL

Al empezar la segunda sesión, David explica a la terapeuta que esta semana ha conseguido resistirse al Antes: al llegar de la escuela sentía la necesidad de lavarse las manos dos y tres veces, y se dijo a sí mismo que esta vez no le haría caso, y sólo se las lavaría una vez. David explica que se acordó de lo que le

dijo la terapeuta sobre que el TOC le estaba mandando, y que si se resistía sentiría ansiedad sólo los primeros minutos, así que decidió no hacer caso al TOC. David explica que sintió ansiedad sólo al principio, pero que cuando empezó a comer y explicó a sus padres lo que había conseguido ya se le pasó. Además David comenta que esta semana se ha fijado muy bien en las situaciones que controla el Antes y en las que controla él, y que ya está listo para hacer un mapa de las obsesiones y las compulsiones.

## Objetivos de la segunda sesión

1. Hacer del TOC un problema.
2. Empezar a elaborar un mapa del TOC.
3. Introducir el termómetro del miedo o de la ansiedad (nivel de ansiedad).

Antes de empezar a trabajar con los objetivos de esta sesión, el terapeuta debe revisar conjuntamente con el niño que haya hecho los deberes. El terapeuta pedirá el mote que el niño utilizará para nombrar al TOC (sólo en el caso de que no haya quedado claro en la primera sesión), así como el porqué ha escogido este nombre.

Es importante explorar los motivos por los que ha escogido el mote, y valorar si su utilización favorece el optimismo y aumenta la sensación de control sobre el TOC.

Debemos evitar utilizar un nombre que se refiera al TOC como algo largo, peligroso o malo, que pueda generar aún más ansiedad en el niño (por ejemplo, «torturador», «terror», etcétera) A partir de este momento utilizaremos el mote para referirnos al TOC durante toda la terapia.

### 1. Hacer del TOC un problema

Para reforzar la idea de que el TOC es un problema, y que es un ente diferenciado del niño y de sus hábitos o actitudes, podemos realizar unas cuantas preguntas que hagan reflexionar al niño sobre que es el TOC, cómo le influye, en qué situaciones le afecta, como lo afronta, cuales son sus dudas, etc.

Empezaremos con cuestiones generales sobre el TOC que permitirán reforzar la idea de que el TOC es externo al niño, y que él no es el problema. Desculpabilizar al niño es básico antes empezar con la terapia propiamente dicha.

Además buscar las situaciones excepcionales en las que consigue controlar al TOC y pensar en su futuro sin el TOC son factores que contribuyen a aumentar la motivación del niño y la sensación de control.

A continuación ponemos algunas de las preguntas que el terapeuta puede utilizar:

- ¿Cuántas veces te has sentido manipulado por el TOC esta semana?
- ¿Te molesta cuando estás en casa? ¿Y en la escuela? ¿Y con tus amigos?
- ¿Cuándo has conseguido decirle que NO al TOC (no hacerle caso)?
- ¿Has intentado afrontarlo alguna vez esta semana? Ponme un ejemplo.
- ¿Cómo te has sentido al intentarlo? ¿Qué te decías a ti mismo?
- ¿Quién te ayuda a eliminar el TOC?
- ¿A quién le gustaría que hicieras desaparecer el TOC?
- ¿Quieres saber algo sobre el TOC?
- ¿Cómo crees que será tu vida sin el TOC?

### 2. Empezar a elaborar un mapa del TOC

Cuando hablamos de elaborar un «mapa» de TOC, nos estamos refiriendo a determinar mediante una metáfora qué situaciones controla el TOC. La metáfora que se utiliza es la de un mapa de calles, en el que se diferencian dos zonas: la zona controlada por el TOC y la zona controlada por el niño.

El objetivo es construir una jerarquía de situaciones que agrupe los síntomas principales según el nivel de ansiedad. Para ello utilizaremos la Historia Clínica del paciente y el Y-BOCS, así como una escala de ansiedad. Este mapa se irá completando a lo largo de las sesiones 3 y 4. Si ha transcurrido un período de tiempo considerable desde el momento en que se hizo el estudio psicológico y el momento actual, o si se ha iniciado un tratamiento farmacológico, que puede haber reducido los síntomas obsesivo-compulsivos, debemos volver a realizar la Escala de Obsesiones y Compulsiones de Yale-Brown.

Para elaborar la jerarquía el paciente deberá aprender a puntuar sus síntomas obsesivo-compulsivos y clasificarlos en orden ascendente: empezando por los más fáciles de vencer hasta llegar a los más difíciles. De esta forma nos quedará más claro qué parte de la vida del niño está libre del control del TOC, qué parte está ocupada, y en qué situaciones consigue ganar sólo algunas veces. Precisamente son estas situaciones las que más nos interesan, al menos al principio de la terapia. Por eso la atención del terapeuta debe centrarse en buscar aquellas situaciones en las que el niño haya sido capaz de afrontar el TOC en alguna ocasión. Estas las colocaremos en lo que nombramos la Zona de Transición o de Trabajo ( ZT ). Y ésta será la zona que trabajaremos

mediante la Exposición con Prevención de Respuesta. La ZT será la parte inferior de la jerarquía. Es importante definir muy bien cada ítem y situarlo correctamente. El primer ítem a afrontar será aquel en el que garanticemos el 100% de éxito, es decir el que se sitúe en el límite inferior de la jerarquía. A medida que la terapia vaya avanzando, la jerarquía se irá modificando, y con ella la ZT.

Para determinar estas situaciones primero le explicaremos **cómo actúa el TOC**: provocando afectos negativos como miedo, sentimientos de culpa, etcétera, y también exigiendo la necesidad de tener o hacer las cosas de una forma determinada, como colocar los libros simétricamente o finalizar todo lo que empieza. Se le preguntará al niño de qué tipo es el suyo y que ponga ejemplos.

A continuación mostramos un fragmento del diálogo que mantienen la psicóloga y David, que ejemplifica esta explicación:

**Terapeuta:** *El TOC suele manifestarse de dos formas distintas, igual que los helados que tienen distintos sabores. A veces el TOC hace que sientas miedo de que pase algo muy malo o de sufrir algún daño. Y otras veces hace que sientas la necesidad de hacer algunas cosas tal y como él dice. ¿Cómo se te presenta a ti el TOC?*

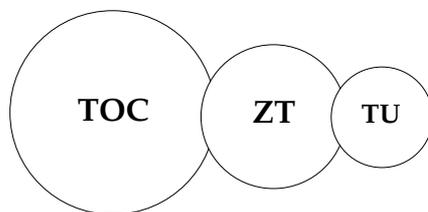
**David:** *A mi de las dos formas. A veces me da mucho miedo que mis papas enfermen, y a veces tengo que hacer algunas cosas como ducharme siempre igual.*

Para garantizar que el niño identifique correctamente sus obsesiones y compulsiones consideramos apropiado hacerle un breve resumen de lo que es cada cosa, y recomendamos poner algunos ejemplos.

Las obsesiones son un círculo vicioso en el que los pensamientos pueden desencadenarse por estímulos o aparecer espontáneamente. El hecho de que el niño le dé una notable importancia a estos pensamientos hace que intente eliminarlos o controlarlos, y en realidad lo que pasa es que regresan de nuevo una y otra vez. Debemos destacar que hay dos aspectos voluntarios que contribuyen en el mantenimiento de las obsesiones: la importancia que le da a estos pensamientos y las estrategias de neutralización que utiliza. Estos dos factores son los que deben ir modificándose a lo largo de la terapia.

En cuanto a las compulsiones, debe quedar claro que éstas son una simple estrategia para reducir el nivel de ansiedad. Pero debemos recordar, que el niño puede caer en el error de pensar que son la única estrategia, y por lo tanto es importante focalizar su atención en que uno de los objetivos principales del tratamiento es enseñarle mejores estrategias para conseguir reducir la ansiedad.

A partir de aquí ilustraremos gráficamente qué zona controla el TOC y qué zona controla el niño. Introduciremos el concepto de Zona de Trabajo y la idea de qué es y por dónde empezaremos a trabajar.



Para determinar la ZT le preguntaremos por aquellas situaciones en las que haya conseguido resistirse al ritual o ganar al TOC en alguna ocasión.

### 3. *Introducir el termómetro de ansiedad o del miedo*

Una vez introducida la metáfora del Mapa del TOC, introduciremos una herramienta básica para la terapia cognitivo-conductual: el termómetro de ansiedad. Con este termómetro podrá medir el nivel de ansiedad que le provoca cada uno de los síntomas específicos que presenta. Esta herramienta será muy importante para que el niño pueda distinguir el nivel de ansiedad que experimenta mientras realiza las tareas de Exposición con Prevención de Respuesta, y notar cómo el nivel de ansiedad se va modificando, y se reduce de forma significativa.

En realidad el «termómetro de ansiedad» es una escala subjetiva de valoración de la preocupación que experimenta ante una situación, una conducta o un pensamiento determinado, y que se puntúa con una escala numérica asignando un valor máximo y un valor mínimo. En general, con los niños más pequeños se suelen utilizar escalas que van del 0 al 10, donde el 0 es el nivel más bajo de ansiedad, y el 10 es el nivel máximo. Con adolescentes se puede utilizar la misma escala, pero con valores que van del 0 al 100.

Esta escala se utilizará durante las sesiones de E/PR para medir el nivel de ansiedad antes y después de la exposición. Será así mismo un indicativo del éxito del tratamiento.

La utilización de este termómetro ayuda al niño a hacer una jerarquía de sus síntomas según la fuerza con que se presenten o la dificultad que experimente al realizar la exposición con prevención de respuesta. Además, permite al niño crearse unas expectativas más realistas de cuál puede ser su respuesta a cada uno de los síntomas obsesivo-compulsivos.

A medida que el nivel de ansiedad ante un síntoma específico vaya bajando, también se irá modificando el valor asignado a cada uno de los síntomas. Por eso, a lo largo de las sesiones deberemos revisar la jerarquía y actualizar el nivel de ansiedad ante cada ítem.

En esta segunda sesión el niño, con la ayuda del terapeuta, hará un primer intento de elaborar una jerarquía, según el nivel de ansiedad que cree que experimentará al resistirse a la obsesión o a la compulsión. Empezaremos a puntuar cada uno de los síntomas, y en las sesiones siguientes iremos perfeccionándolo. Será en la tercera sesión cuando se completará más detalladamente. De momento, el objetivo es introducir la idea de gradación de cada uno de los ítems, formando una jerarquía de estímulos.

Para ayudar al niño a comprender este concepto podemos ayudarnos gráficamente, haciendo el dibujo de un termómetro y explicándole que los miedos pueden ser grandes o pequeños. Es importante enseñarle cómo funciona el termómetro. El terapeuta pondrá los números del 0 al 10 o del 0 al 100 (en niños muy pequeños se pueden utilizar colores en lugar de números, para hacer la escala visual). Antes de empezar a situar los síntomas obsesivos-compulsivos que presenta el niño, aconsejamos poner algunos ejemplos de lo que significa cada número con situaciones, que generan ansiedad, de la vida cotidiana. Por ejemplo, podemos decirle que el nivel 10 representa el nivel máximo de ansiedad o miedo, y debe buscar una situación en la que se haya sentido aterrado de miedo. Para ayudarlo el terapeuta puede buscar un ejemplo de alguna situación que conozca de algún otro niño que haya tratado o de su propia experiencia. El nivel 1 indica un

estado de tranquilidad y relajación, y el niño debe buscar también una situación que ejemplifique este estado. El terapeuta igualmente le puede ayudar. Finalmente, se seguirá el mismo procedimiento para situar el nivel 5 del termómetro de ansiedad. Si se observa que el niño tiene dificultades para precisar la localización específica de cada uno de los síntomas (porque la dificultad para tomar decisiones es una de las características asociadas al TOC), el terapeuta le puede ir guiando a través de preguntas, o utilizando como niveles el: medio, bajo o alto.

Una vez enseñado, rellenaremos un termómetro en blanco con cada uno de sus síntomas.

Igual que antes, empezando primero por el nivel 10, después el nivel 1, y finalmente el 5. A partir de ahí se completarán el resto de niveles. Una vez elaborada la jerarquía le señalaremos al niño que la parte inferior es la Zona de Trabajo (ZT) a la que nos referíamos antes.

A continuación presentamos un fragmento de diálogo que muestra cómo se va construyendo la jerarquía.

**Terapeuta:** *Venga David, ahora que ya sabes lo que es, vamos a construir el termómetro de ansiedad, juntos.*

**David:** *¡Vale!*

**Terapeuta:** *Bien, ahora debes pensar en alguna situación que sea para ti realmente angustiante, que te dé mucho miedo (no hace falta que sea sobre el TOC) y que la podamos situar en el nivel 10 del termómetro.*

**David:** *Bueno, me da muchísimo miedo quedarme encerrado en el ascensor yo solo. Eso para mí es un nivel 10 de ansiedad.*

**Terapeuta:** *Bien, ahora debes buscar una situación en la que el nivel de ansiedad sea 0 o 1.*

**David:** *Podría ser mientras estoy mirando la televisión...*

**Terapeuta:** *¡Sí, muy bien! Ahora podrías pensar en una situación intermedia, en la que no te sientas muy nervioso, pero tampoco absolutamente relajado. Una situación que sea soportable, aunque no te sientas bien.*

**David:** *No sé... quizás cuando tengo un examen muy difícil, que hasta que no empieza estoy bastante nervioso.*

La terapeuta y David siguieron construyendo el termómetro de ansiedad en los niveles 6 al 9, y del 2 al 4. Una vez finalizado este ejercicio de práctica, la terapeuta le propone hacer un ranking igual pero con los miedos o ansiedades que le provoca el TOC. David aceptó y este es el resultado:

Nivel 10: que todos los niños del colegio me tocan directamente a la pie.

Nivel 9: tocar el pomo de la puerta del lavabo,

Nivel 8: tocar a mis padres sin haberme lavado las manos antes,

Nivel 7: que un niño del colegio me toque la ropa,

Nivel 6: cuando me viene a la cabeza la imagen de mi hermano atropellado,

Nivel 5: si me tengo que ir a dormir y no puedo comprobar el gas, la puerta y las luces,

Nivel 4: cuando tengo que tocar los pomos de otras puertas,

Nivel 3: cuando toco los libros del colegio,

Nivel 2: cuando me estoy duchando,

Nivel 1: cuando estoy haciendo los deberes en casa,

Nivel 0: cuando estoy jugando con mi hermano.

### *La participación de los padres*

La participación de los padres en la terapia cognitivo-conductual es muy importante, sobre todo en aquellos casos en los que el niño recibe ayuda de los padres para realizar algún ritual o para reducir el nivel de ansiedad. A veces, los padres se ven involucrados en la realización de rituales o tienen actitudes que no ayudan al niño. Estas situaciones deben irse identificando, aunque aún no les implicaremos en el tratamiento de forma activa. La función principal de los padres en este punto es animar al niño, y focalizar su atención hacia aspectos positivos de la vida del niño (aficiones, estudios,...). Será el paciente el que decidirá en qué momento deja de implicar a sus padres en el ritual.

Además, algunos padres pueden tener actitudes negativas debido a las sensaciones negativas que les genera el TOC, o pueden presionar al niño para que se resista al TOC, y son incapaces de ver los aspectos positivos del niño. En tal caso el terapeuta debe ayudarles. Puede ser útil en estos casos mostrarles el termómetro de ansiedad que se haya construido, para anticiparles que algunos de los síntomas obsesivo-compulsivos no serán tratados hasta más adelante, porque generan un nivel de ansiedad demasiado elevado, y que por lo tanto no deben presionar al niño en este sentido.

Así mismo, se les informará de que se destinará íntegramente la sesión 7 y 12 a los padres, con el objetivo de clarificar cuál debe ser su participación y cómo pueden ayudar a su hijo a partir de ese momento.

### *Deberes*

Finalizando la sesión el niño y su familia deben tener ya una idea más clara de lo que es el TOC y cómo se manifiesta. Es el momento de proponer al niño que haga un registro que recoja todos los síntomas obsesivo-compulsivos que le aparezcan. En este registro se debe anotar:

- Día de la semana.
- Descripción de la preocupación u obsesión
- Situación en la que se presenta.
- Realización o no de la compulsión.
- Nivel de ansiedad asociado (de acuerdo con los niveles propuestos en el termómetro de ansiedad).

Para facilitarle la tarea le daremos la lista que hemos elaborado como guía.

Consideramos importante que el niño disponga a partir de este momento de una libreta pequeña para ir anotando el registro, así como para hacerse un resumen de lo que ha aprendido en cada sesión. De esta forma se irá elaborando una libreta en la que queden resumidas las diferentes herramientas que le iremos mostrando a lo largo de la terapia.

### **ELABORANDO UN MAPA DEL TOC**

Esta semana David regresa con la libreta llena de anotaciones. Tal y como habíamos quedado ha ido haciendo un registro de los síntomas obsesivo-compulsivos que se le han ido presentando. De entre las obsesiones que se presentan con más frecuencia destacan las relacionadas con el miedo a la contaminación, que se presentan sobre todo en los días laborables, en los que David acude a la escuela. Entre las compulsiones destaca el lavado excesivo de las

manos, y el ritual en la ducha. Durante esta sesión la terapeuta y David revisarán la lista de síntomas, y con la ayuda del termómetro de ansiedad irán elaborando la jerarquía. Además explorarán cuáles son los pensamientos y sensaciones que David experimenta mientras realiza las compulsiones, con el objetivo de introducir nuevas maneras de pensar y le pueden ser más útiles. Finalmente, como premio por el esfuerzo que hasta ahora ha realizado para resistirse al TOC, se aconseja al padre de David que le compre un helado.

### Objetivos de la sesión

- Empezar el entrenamiento cognitivo.
- Continuar la elaboración del mapa y revisar la lista de síntomas.
- Aprender a utilizar los premios como estrategia.

### Revisión de los deberes

Esta sesión empieza con la revisión del registro con la lista de síntomas que el niño ha ido identificado a lo largo de la semana. Si no lo ha hecho, dedicaremos un rato al inicio de la sesión a recordarlos conjuntamente. Los padres pueden participar en este proceso al inicio de la sesión, con el objetivo de reforzar no solo el cumplimiento de las tareas por parte del niño, sino también para fomentar la participación en la sesión.

#### *Empezando el entrenamiento cognitivo*

Antes de continuar con la elaboración de la jerarquía de síntomas, le enseñaremos algunas herramientas para vencer al TOC.

A veces puede ocurrir que un niño fracase en el control de las obsesiones o de las compulsiones, debido a la interferencia que genera la presencia de pensamientos negativos, creencias irracionales, etcétera, durante la E/PR. A menudo los niños tienden a hacerse autoverbalizaciones negativas que nos indican una pobre capacidad cognitiva para afrontar el TOC.

Uno de los objetivos de la terapia cognitivo-conductual es proporcionar herramientas que favorezcan la resistencia cognitiva, y la autoadministración del refuerzo positivo.

Utilizaremos tres técnicas para mejorar estas capacidades: el Habla Constructiva, la Reestructuración Cognitiva y la Desvinculación. Estas tres técnicas deben adaptarse a las características individuales de cada paciente y a su sintomatología. Además deben tenerse en cuenta las habilidades cognitivas del niño, el nivel de desarrollo, y la preferencia por alguna de estas técnicas.

#### *Habla constructiva*

En este momento el terapeuta ya puede hacerse una idea de cómo suele reaccionar el niño ante la presencia del TOC. Aunque algunos niños son muy positivos y optimistas al plantearse los ítems que debe superar, la mayoría de los niños con TOC tienden a ser pesimistas, exageradamente pesimistas, atribuyendo casi todo el poder al TOC y muy poco a sí mismos.

Algunos niños son muy críticos consigo mismos cuando no pueden resistirse al ritual o a la compulsión, y especialmente en aquellos casos en los que se ve afectado su rendimiento escolar o genera problemas familiares en casa.

Las autoverbalizaciones de tipo pu-

nitivo contribuyen a aumentar el nivel de ansiedad antes, durante y después de la exposición y reduce las posibilidades de éxito ante la E/PR. Este tipo de verbalizaciones son propias de niños con lugar de control interno y a menudo con trastornos de ansiedad y depresión comórbidos (en estos casos es necesaria la combinación de la terapia cognitivo-conductual con el tratamiento farmacológico adecuado).

Debemos identificar y reducir estas verbalizaciones negativas y sustituirlas por pensamientos más adaptativos y realistas, que pongan el énfasis en las habilidades del niño para afrontar el TOC con los instrumentos que le proporciona el tratamiento.

Pongamos un ejemplo que se presentaba en el caso de David. Cuando, haciendo un entrenamiento en imaginación, se plantea reducir el número de veces que se lava las manos a una sola, se observa este tipo de autoverbalizaciones:

*No seré capaz... seguro que caigo en la tentación.*

*En realidad él es más fuerte que yo...*

*Esto es imposible que lo haga yo...*

Estos pensamientos negativos deberán ser sustituidos por otros como: «*esto será difícil, pero esta vez seré capaz de dominar la ansiedad. Utilizaré todos mis recursos; aunque me cueste, lo conseguiré; etcétera.*»

Otra forma de potenciar el habla constructiva y de externalizar al TOC es sugiriendo al niño que hable directamente con él, como si fuera un animal o un muñeco o alguien que tiene a su lado y que le hace hacer o pensar determinadas cosas. De esta forma puede rechazar abiertamente entrar a formar parte del TOC:

*¡Déjame en paz TOC! Yo soy el que mando aquí.*

*¡No me cogerás esta vez, TOC!*

*Esto será duro, pero lo conseguiré, ya lo he hecho otras veces.*

### *Reestructuración cognitiva*

Los síntomas obsesivo-compulsivos generan miedos, sentimientos de culpa o ansiedad, a partir de ideas o pensamientos muchas veces distorsionados.

Las principales distorsiones cognitivas que utilizan son: una sobrestimación de la importancia de los pensamientos; exageración de la responsabilidad y sus consecuencias y necesidad de perfeccionismo.

Para detectarlas el terapeuta debe analizar detenidamente las previsiones catastróficas que hace el niño, y también a quién responsabiliza. Este análisis se hará a dos niveles, por una parte conversando directamente con el niño, y por la otra durante la E/PR.

El objetivo es eliminar la sobrerresponsabilidad que se atribuyen, así como la sobreestimación del riesgo de que ocurra.

Un ejemplo de sobrestimación de la responsabilidad es: «*si toco el timbre tres veces, mi padre tendrá realmente un accidente*». La idea básica de este pensamiento es que puede causar una acción, y que él sería el responsable de que eso ocurriera. Una forma de cuestionar este pensamiento es a través de experimentos conductuales. Por ejemplo, si el niño suele ir en bicicleta, le propondremos que durante una semana vaya pensando que se le pinchará la rueda, y pasado este período comprobamos si ha ocurrido lo que pensaba o no.

Además compararemos, siempre que podamos, la probabilidad que estima el

niño de que ocurra con la probabilidad real. En el caso de David, sabemos que una de sus obsesiones está relacionada con que sus padres enfermen si cuando llega del colegio no se lava bien. En este caso podemos informarnos de las probabilidades reales que tiene una persona de contraer alguna de estas enfermedades.

También es útil realizar una lista de las causas potenciales, y pedir al niño que determine el porcentaje de responsabilidad que tiene cada factor. Queremos demostrarle que el aumento en la responsabilidad y en las probabilidades de riesgo, es debido al TOC.

Veamos a continuación un ejemplo.

**Terapeuta:** *¿Qué probabilidades hay de que si tocas a un niño del colegio después a tu madre, enferme?*

**David:** *El Antes me dice que es del 100%, pero ahora yo sé que no es muy probable. Después de todo hace mucho que no está enferma...*

**Terapeuta:** *Y si enfermara, cuál crees que es la posibilidad de que ésta sea una enfermedad mortal.*

**David:** *«El Antes me dice que se morirá seguro, pero yo pienso que es probable que sólo sea un resfriado.»*

**Terapeuta:** *«Vamos a suponer que enferma y se puede morir. ¿Qué probabilidad hay de que eso pase porque tú has tocado a algún niño de tu colegio?»*

**David:** *Cero. Yo sé que no sería responsable y que en realidad es el Antes que me hace pensar eso.*

**Terapeuta:** *Entonces, ¿qué le dirás al*

*Antes si intenta hacerte pensar eso otra vez?*

**David:** *Le diré que es muy poco probable que mi madre se muera porque yo he tocado a un niño de mi clase, y que si se pone enferma no será por eso. ¡Le diré al Antes que no le pienso hacer caso!*

### *Cultivando la desvinculación del TOC*

Se trata de hacer llegar al niño la siguiente idea básica: el TOC es un hábito de pensamiento que va y viene. Es como una nube en el cielo, o un pez en el acuario. La obsesión aparece cuando quiere, y a veces se queda más tiempo. Luchar contra las obsesiones hace que pensemos que los síntomas del TOC son malos, pero por qué no dejarlos que vayan y vengan sin reaccionar.

En este punto puede ser útil utilizar un ejercicio que permite demostrar que cualquier intento de eliminar un pensamiento lo único que consigue es el efecto contrario. Y que por lo tanto intentar eliminar una obsesión genera ansiedad y difícilmente se consigue.

Trabajar con el TOC en este sentido implica enseñar cuatro autoafirmaciones que el niño puede utilizar cuando le vengán las obsesiones:

1. El niño dice algo como: «Es solo el TOC otra vez...». Hablarle de forma más coloquial « ¡Hola TOC!, ayuda a reducir las emociones que provocan los síntomas del TOC.
2. El niño dice: «Mi cerebro vuelve a hacer tonterías», reconociendo que el TOC actúa en nuestro Sistema Nervioso Central.
3. El niño dice: «Estas tonterías no son

en sí mismas importantes...», con el objetivo de reforzar la idea de control sobre el TOC, para que el niño vea que el nivel de importancia atribuido a estos pensamientos depende de él.

4. Y finalmente, para dar menos importancia a los síntomas, el niño dice «Me imagino que voy a hacer una cosa agradable mientras el TOC se aleja».

Para hacer esta tarea más fácil, podemos escribir estas afirmaciones en unas tarjetas para que el niño las pueda mirar cuando le venga una obsesión.

#### *Forma abreviada de entrenamiento cognitivo*

Esta es una forma abreviada de conocimiento previo de las tres técnicas (habla constructiva, reestructuración cognitiva y desvinculación).

Se trata de elaborar una estrategia paso a paso adaptada a cada niño, para ser utilizada durante la E/PR. Esta estrategia tiene como base las ideas que se han ido mencionando en las técnicas anteriores. Para favorecer su utilización se aconseja escribirlas en unas tarjetas que pueda utilizar el niño en el momento de la exposición. Esta estrategia se estructura en cuatro niveles:

Nivel 1: en el momento en que el niño experimente ansiedad, debe decirse a sí mismo que «la preocupación que tiene es simplemente el TOC».

Nivel 2: un segundo paso es recordarse que no debe prestar atención al TOC.

Nivel 3: en tercer lugar, recordarse que

el malestar que experimenta cuando afronta una situación temida X, desaparecerá en un espacio corto de tiempo y que por lo tanto no necesita hacer el ritual.

Nivel 4: y finalmente, debe focalizar sus pensamientos o acciones en algo distinto al TOC. Por ejemplo, pensar en algún juego al que jugará por la tarde, mientras espera que los síntomas desaparezcan.

Estas estrategias orientadas a controlar el TOC y vencer las obsesiones serán útiles tanto para el niño como para familiares y amigos que se vean implicados.

#### **Continuando la lista de síntomas y el mapa del TOC**

Es uno de los objetivos de esta sesión, acabar de elaborar el mapa del TOC, delimitando qué zona controla el niño y cuál está controlada por el TOC. Para ello debemos repasar la influencia que el TOC ha tenido a lo largo de su vida (pasado, presente y futuro).

También se repasarán todos los síntomas de la jerarquía que se había empezado en la segunda sesión, para modificarlos o ampliarlos si es necesario.

Es muy importante realizar una jerarquía de síntomas que sea completa y detallada, para ello podemos utilizar la Escala de Obsesiones y Compulsiones de Yale-Brown, ya que permite recoger las distintas obsesiones y ordenarlas jerárquicamente según el nivel de ansiedad y la percepción que tiene el niño sobre el nivel de dificultad para resistirse.

Los pacientes con distintas obsesio-

nes y compulsiones deberán elaborar una jerarquía para cada tipo, y por lo tanto el proceso será más largo. Generalmente, se aconseja elaborar las jerarquías según el tipo de obsesiones y compulsiones.

Las agrupamos según sean obsesiones de contaminación (con la consecuente compulsión de limpieza), compulsiones relacionadas con la repetición y la verificación, obsesiones relacionadas con el orden o la acumulación, y finalmente rituales mentales. Esta clasificación es sólo orientativa, y debe adaptarse a las características de cada caso.

También debemos prestar mucha atención a los objetos, personas y lugares que se evitan como consecuencia del

TOC. También debemos prestar atención a los aspectos de su vida no dominados por el TOC.

El terapeuta debe preguntar de forma detallada sobre cada síntoma, de manera que el niño tome conciencia de todo lo que hace y lo que no.

Así se consigue aumentar la motivación frente al tratamiento y al finalizar esta sesión debemos tener elaborada la jerarquía.

A continuación, mostramos como ejemplo dos de las jerarquías elaboradas por David.

La primera hace referencia a su obsesión de contaminación en el colegio, y la segunda hace referencia a obsesión de comprobación.

### **Jerarquía 1: miedo a contaminarme en la escuela (NA: Nivel de Ansiedad)**

- Que me toque directamente un compañero que está enfermo . . . . . NA: 100
- Que vengan varios compañeros a tocarme directamente . . . . . NA: 90
- Tocar el pomo del lavabo de la escuela con la mano . . . . . NA: 85
- Que me toque la ropa algún compañero . . . . . NA: 70
- Que me toquen mis libros y mis cosas . . . . . NA: 50
- Que me toque directamente mi amigo Juan . . . . . NA: 35
- Que me toque la ropa mi amigo Juan . . . . . NA: 20
- Que me toque mis cosas mi amigo Juan . . . . . NA: 10

### **Jerarquía 2: necesidad de comprobar**

- Que tenga que ir a dormir sin revisar el gas, la puerta y la luz . . . . . NA:100
- Que me tenga que ir a dormir sin revisar el gas y la puerta . . . . . NA: 90
- Que lo revisen mis padres . . . . . NA: 70
- Que solo lo pueda revisar una vez . . . . . NA: 60
- Que lo revise solo una vez acompañado de mis padres . . . . . NA: 45
- Que lo revise una vez con mis padres y una ellos solos . . . . . NA: 25

## Cómo utilizar las recompensas

Aunque el uso del reforzamiento positivo no funciona como técnica específica para el tratamiento del TOC, sí es importante utilizarlo, para aumentar la motivación del niño ante la terapia.

Las recompensas conseguidas por el hecho de controlar con éxito el TOC pueden ser pequeños premios, elogios verbales, certificados de nivel (el certificado de graduación no se dará hasta la última sesión de terapia), etcétera.

La utilización de estas recompensas, especialmente de los certificados, es útil para reforzar la idea de que es el niño el autor de los avances conseguidos, y quien está echando al TOC de su vida.

Los premios deben ser específicos y proporcionados por los padres básicamente (excepto los certificados de nivel). Nos estamos refiriendo a algo para comer (un helado, una golosina, etcétera), a algún privilegio extra (acostarse un día más tarde, hacer alguna actividad, etcétera). Estas recompensas cambiarán según la edad del niño y las creencias de la familia.

## Pautas a los padres

Es importante mostrar a los padres la jerarquía que se ha elaborado durante esta sesión, para que puedan observar también si dichas obsesiones y compulsiones se presentan en otras situaciones, o si ellos se ven implicados en la realización de algún ritual o compulsión.

Además, se les debe recordar que este tratamiento es lento y difícil para el niño. Se trabajará gradualmente, y por lo tanto hay situaciones que no se afrontarán hasta más adelante. Su función en este momento es animar al niño y remarcar los aspectos positivos de su vida.

Debemos identificar y modificar comentarios punitivos o despectivos como que «siempre consigue trastornar la dinámica familiar cuando no se hace lo que él quiere» o similares. El terapeuta debe reconducir la atención de los padres hacia los aspectos positivos y hacia los avances que vaya consiguiendo.

## Deberes

Esta semana le proponemos dos actividades:

La primera consiste en seguir completando el registro que hizo durante la semana anterior sobre las obsesiones y las compulsiones, la ansiedad que le generan y si consigue resistirse o no, con el objetivo de acabar de delimitar la ZT.

La segunda actividad consiste en poner en práctica las técnicas cognitivas abreviadas que ha aprendido durante la sesión. El objetivo no es en este punto de la terapia, que desaparezcan los rituales o que controle las compulsiones, sino que observe la utilidad de las estrategias cognitivas y su eficacia.

## COMPLETANDO LAS HERRAMIENTAS

A lo largo de esta semana, David ha ido registrando las situaciones en las que a veces ganaba el TOC y en las que a veces ganaba él. Se ha dado cuenta de que algunos días ha sido capaz de lavarse las manos una sola vez al regresar del colegio. Esta situación quedará pues situada en la ZT. David también se ha dado cuenta de que en alguna ocasión su amigo Juan le ha tocado directamente sobre la piel, y ha podido soportar la situación.

David explica que cuando se estaba lavando las manos, pensó que solo lo

haría una vez, que el sabía de sobras que era suficiente, y que era el *Antes* el que le hacía pensar tonterías, y que en realidad no era importante.

Durante esta sesión David prepara conjuntamente con la psicóloga las últimas herramientas que le serán necesarias para empezar la E/PR.

### Objetivos de la sesión

- Acabar de delimitar la ZT.
- Acabar de enseñar las técnicas necesarias para la E/PR.
- Decidir los objetivos de la exposición.

### Revisión de los deberes

Una vez realizada la jerarquía, se le preguntará al niño cuáles de las obsesiones y compulsiones que presenta situaría él en la Zona de Trabajo. Para ello debe tener claro que en esta zona se sitúan los ítems a los que consigue resistirse con éxito la mayor parte del tiempo. Le podemos ayudar dividiendo la ZT en 2 o 3 partes.

Debemos reforzarle mientras va identificando las situaciones que ha conseguido afrontar, con expresiones orientadas a remarcar los sentimientos. «Me apuesto lo que quieras que te sentiste muy bien», y no las conductas «Buen trabajo!».

Es importante animar al niño, y recordarle que es lento y costoso, que igual que no se aprende a tocar el piano en tres sesiones, tampoco se puede vencer al TOC con lo que se ha hecho hasta el momento.

Si el niño no ha hecho los deberes dedicaremos un tiempo conjuntamente a hacerlos.

### Finalizar laZTt

Una vez identificados los síntomas y las distintas situaciones, se asignará un nivel de ansiedad hipotético en una situación de E/PR a cada uno de los ítems.

Los niveles más bajos serán identificados como la Zona de Trabajo, y será precisamente por donde se empezará la E/PR, puesto que son las situaciones más fáciles de afrontar con éxito para el niño. Es de especial importancia empezar a trabajar con un ítem que nos permita garantizar el 100% de éxito.

La ZT irá modificándose inevitablemente a medida que avanza el tratamiento, e irá escalando posiciones en la jerarquía inicial.

### La caja de herramientas

En este momento el niño dispone de diferentes técnicas para combatir el TOC: un mecanismo de selección de los ítems para la E/PR, a través de la ZT; el termómetro de ansiedad; y una gran variedad de estrategias cognitivas. Antes de continuar el tratamiento el terapeuta hará un ligero repaso de cada una de ellas, y sobre todo de la presentación abreviada de entrenamiento cognitivo. Recalcará la idea de que la mejor herramienta de todas es la Exposición con Prevención de Respuesta. Ahora el paciente tiene un maletín con distintos instrumentos, y el mejor de todos es la E/PR. Sólo tiene que escoger qué necesita en cada momento.

Debemos recordar que las estrategias cognitivas y el termómetro de ansiedad pueden ser utilizadas en muchas situaciones, no sólo mientras se está realizando la E/PR ya sea en vivo o en imaginación.

### *Delimitando el proceso de exposición*

Antes de finalizar la sesión escogemos un ítem de la ZT, que tenga el éxito garantizado, y lo pondremos en práctica (en vivo o en imaginación), para que el niño vea que tiene posibilidades de afrontar con éxito el TOC. Para escoger el ítem de la ZT, debemos tener en cuenta el nivel de ansiedad que el niño le haya asignado, ya que debe ser una situación que no produzca un nivel de ansiedad demasiado elevado, para que lo pueda tolerar durante la exposición.

Debemos utilizar el termómetro de miedo para medir el nivel de ansiedad antes de empezar y después a intervalos constantes (por ejemplo, cada dos minutos). El terapeuta debe informar al niño de que el nivel de ansiedad irá bajando progresivamente, hasta que se produzca una habituación a la situación. Debe destacar también que la parte más importante es que no realice el ritual hasta que el nivel de ansiedad haya bajado, y entonces si siente la necesidad de hacerlo, lo podrá hacer.

Es importante que durante la exposición el terapeuta ayude al niño a poner en práctica las estrategias de las que dispone para «echar al TOC»: hablarle para fomentar la desvinculación, utilizar las estrategias de entrenamiento cognitivo abreviado, etcétera.

Antes de empezar la E/PR el terapeuta debe asegurarse de que disponen del tiempo necesario para poder completar la exposición sin prisas. Normalmente con unos 10 minutos debería ser suficiente para que se produzca la habituación a una situación que no genera un nivel elevado de ansiedad.

A continuación mostramos un diálogo que ejemplifica cómo el terapeuta puede introducir la noción de lo que es

una sesión de exposición con prevención de respuesta:

**Terapeuta:** *Bueno David, antes de acabar la sesión vamos a poner en práctica la Exposición con Prevención de Respuesta que te he explicado, con una de las situaciones de la lista. ¿Qué te parece?, ¿estás preparado para empezar a «echar al TOC» ahora?*

**David:** *Sí... pero, ¿qué debo hacer?*

**Terapeuta:** *Debes mirar el mapa que hemos construido y escoger la situación que tú crees que te será más fácil de afrontar, para ello mira el termómetro de ansiedad que hemos construido y busca una situación en la que la ansiedad no suba mucho. Debes escoger la situación de la Zona de Trabajo, es decir una de aquellas en las que a veces consigues ganar el TOC y a veces tú. Por ejemplo, ¿cuánto puede subir el termómetro si tocaras el paño de esta puerta y después no te lavarás las manos?*

**David:** *Eso sería muy difícil para mí, el termómetro subiría a un nivel 80 o 90.*

**Terapeuta:** *Bien, pues deberías buscar una situación que como máximo haga subir el termómetro a un nivel 40 o 50.*

**David:** *Podría dejarte tocar mi estuche del colegio.*

**Terapeuta:** *¡Bien! Entonces lo que haremos será que tu sacarás el estuche de tu cartera y me lo darás, yo lo miraré y te lo devolveré, ¿vale? Yo te iré preguntando cómo está tu termómetro de ansiedad, más o menos cada dos minutos, hasta que haya bajado a 10 o 0. La parte más importante es que tú no te podrás lavar las manos hasta que tu nivel de ansiedad no haya bajado, ¿sí?*

**David:** *¡Vale!*

## Pautas a los padres

En las sesiones anteriores ya hemos hablado con los padres sobre la necesidad de que animen al niño a resistirse al TOC, y que busquen los aspectos positivos de su vida, para desviar la atención de los aspectos negativos que conlleva el TOC.

### *Deberes*

- Practicar la exposición cada día, con el ítem que hemos desarrollado durante la sesión (Debemos garantizar el éxito y tener en cuenta que un ítem que en el despacho puede producir un nivel de ansiedad 50, fuera puede producir un nivel de ansiedad 80, y el terapeuta no estará para asistirle). En el caso que aquí estamos exponiendo, se pactó con David que la E/PR la pondría en práctica con su amigo Juan, que recordemos se sitúa en el nivel más bajo de la jerarquía elaborada por David. Es importante informar a los padres de lo que tendrá que hacer.
- El niño deberá medir el nivel de ansiedad antes y durante la exposición cada 2 o 3 minutos, tal como se habrá practicado en sesión, hasta que la ansiedad haya disminuido considerablemente.
- Debemos potenciar que durante la exposición el niño se rebele contra el TOC e intente echarle, sobre todo cuando siente la necesidad de realizar el ritual, para ello puede utilizar las tarjetas que previamente habíamos elaborado en las que queda resumida la forma abreviada de entrenamiento cognitivo.

## EXPOSICIÓN CON PREVENCIÓN DE RESPUESTA

Al iniciar la sesión la terapeuta comenta con David cómo le ha ido la semana y si ha practicado diariamente la E/PR. David explica que ha permitido que cada día su amigo Juan le tocara su material escolar. Cuando se le pregunta por el nivel de ansiedad que experimenta ahora cuando Juan le toca sus cosas, David responde que sólo algunas veces siente un nivel 10 o 20, y que la mayoría de las veces se pasan el material y ni siquiera piensa en ello. David se muestra muy contento y motivado para seguir adelante. Durante esta sesión David deberá escoger algún otro ítem, y pondrá en práctica lo que denominamos E/PR encubierta o en imaginación. Además David deberá identificar si existen algunas situaciones en las que el Antes implique a sus padres, por ejemplo cuando tienen que comprobar que las luces, el gas y la puerta estén cerrados.

### Objetivos

- Identificar la influencia del TOC en los distintos miembros de la familia.
- Continuar la E/PR en imaginación y/o en vivo.

### *Revisión de los deberes*

Debemos recoger información sobre las tareas de exposición, prestando especial atención a la motivación, la exactitud en la predicción de los niveles de ansiedad, la implicación de los padres, el impacto de condiciones comórbidas y otras dificultades.

La información que se obtiene de la práctica realizada durante esta semana

no se utilizará en ningún caso como herramienta para predecir el éxito de las futuras prácticas. Simplemente debe considerarse como un ejercicio que permite al niño observar que el nivel de ansiedad va disminuyendo progresivamente, igual que la necesidad de realizar el ritual.

Con esta práctica conseguimos reducir el nivel de ansiedad de anticipación y se favorece la expresión de miedos y preocupaciones, que es importante conocer para trabajar antes de afrontar situaciones que generan más ansiedad.

Si las tareas de exposición no se completan con éxito, debemos revisar los ítems de la ZT, porque nos estará indicando que es una situación demasiado difícil de afrontar.

Si sucede esto el niño deberá revisar los niveles de ansiedad que haya puesto en la jerarquía y escoger un ítem que le sea más fácil.

### ***Identificar la implicación de los miembros de la familia***

Debemos preguntar al niño en qué situaciones pide la participación de los padres en sus rituales, y cual sería su nivel de ansiedad si no lo hicieran.

Es el momento de comunicarle que cuando esté más preparado, podrá pedir a sus padres que dejen de participar en los rituales, pero eso no sucederá hasta dentro de algunas sesiones (en la sesión 7 y 12 que se destinarán a los padres).

### ***Actualizar la jerarquía de síntomas***

Durante esta sesión podemos modificar el orden en la jerarquía, y actualizar los niveles de ansiedad, porque pueden haberse modificado. Esto actúa como

*feedback* positivo para el niño que observa cómo le va ganando terreno al TOC.

## **PRACTICAR LA E/PR**

Para continuar la E/PR debe escoger un nuevo ítem de la jerarquía para practicarlo en vivo o en imaginación. Según las características de los síntomas obsesivo-compulsivos que presente el niño, puede ser importante destacar que existen dos tipos de *respuestas manifiestas*:

- Respuestas de evitación: el niño evita un estímulo determinado, pero no aparece ningún ritual. Esta conducta de evitación es considerada entonces como el ritual, y debe incluirse en la jerarquía. Lo que denominamos prevención de respuesta se aplica aquí con la no evitación de la situación o estímulo temido.
- Rituales o compulsiones: desencadenados por un estímulo discriminativo que no se puede evitar. Aquí también utilizaremos la E/PR, con el objetivo de prevenir o modificar la realización del ritual.

Al escoger los deberes que esta semana pondrá en práctica se debe tener en cuenta esta distinción, y explicar cómo se debe hacer en cada caso.

Aparte debemos contemplar también las obsesiones y rituales mentales, que son *respuestas encubiertas*, y que por lo tanto no se manifiestan en el ámbito conductual. En este caso se recordarán y utilizarán las técnicas cognitivas ya enseñadas (habla constructiva, reestructuración cognitiva, y la desvinculación). Pero además aquí proponemos añadir algunas técnicas que también le pueden ser útiles, especialmente en los niños que el TOC se manifiesta básicamente encu-

bierto (obsesiones o rituales mentales). Estas técnicas se agrupan bajo el término «saciación. Ésta consiste en dar 10 o 15 minutos dos veces al día a las obsesiones, período denominado «tiempo de miedo», mientras garantizamos que no podrán aparecer durante el resto del día.

Esto motiva al niño a resistirse a las obsesiones, y por tanto es una forma encubierta de E/PR. Durante este período el niño se repetirá la obsesión una y otra vez, y no utilizará los pensamientos positivos para controlarla. También puede utilizar una cinta en la que grabará sus obsesiones descritas detalladamente. Previamente deben escribirse conjuntamente con el terapeuta. Y durante la grabación el niño modificará su entonación según las sensaciones que le provoquen las obsesiones. El niño escuchará esta cinta diariamente, durante un período de entre 30 y 45 minutos. Es normal que al iniciar esta práctica el niño no sienta ansiedad, pero esto se irá modificando y probablemente aumentará hacia el final de la exposición. En algunos casos, en sólo unos días esta obsesión o ritual mental dejará de provocar un nivel de ansiedad significativo, si así sucede se puede cambiar de ítem a mitad de semana, aunque sólo se debe proceder al cambio cuando sabemos con seguridad que se ha producido una habituación.

Cuando una obsesión ya no provoca miedo, pasaremos a otra y así sucesivamente.

A continuación mostramos un diálogo de ejemplo sobre cómo introducir estas técnicas:

**Terapeuta:** *David, a veces te pasa que se te mete una idea en la cabeza y no te la puedes quitar de encima, ¿verdad?*

**David:** *Sí... como el otro día que me tocó*

*un compañero en clase y no podía salir para lavarme las manos. Mi cabeza sólo pensaba en que podía coger algún virus...*

**Terapeuta:** *Bien, pues te voy a enseñar otra herramienta para vencer estos pensamientos que te provocan miedo. ¿Quieres que te lo explique?*

**David:** *¡Sí!*

**Terapeuta:** *Se trata de hacer lo mismo, pensar una y otra vez en este pensamiento, pero hacerlo queriendo.*

**David:** *Pero eso me pondrá muy nervioso.*

**Terapeuta:** *Sí, al principio puede ser desagradable, pero cada vez te será más fácil.*

**David:** *Y, ¿cómo tengo que hacerlo?*

**Terapeuta:** *Tienes dos formas: una consiste en escoger un momento a lo largo del día, de unos 10 o 15 minutos, durante los cuales puedas pensar queriendo en los pensamientos obsesivos que te asustan. Tu trabajo consiste en asustarte al máximo durante este período, y después parar y hacer cualquier otra cosa. Una vez hayas practicado, durante el resto del día no será necesario que pienses más en ello, porque ya lo habrás pensado lo suficiente.*

**David:** *¿Y la otra manera?*

**Terapeuta:** *La otra consiste en escribir los pensamientos cuando se te presenten, y después grabarlos detalladamente en una cinta de cassette. Podrás escoger un tiempo cada día de unos 30 minutos para escuchar la grabación.*

**David:** *Bien yo creo que utilizaré la primera.*

**Terapeuta:** *¡Muy bien!, ¿en qué momento del día lo harás?*

**David:** *Mmmm... Quizás cuando ya tenga hechos los deberes y haya merendado.*

En las situaciones en que la E/PR no produzca una habituación, como es el caso de los rituales, disponemos de otras técnicas que tienen como objetivo romper las normas que hasta el momento imponía el TOC.

Cuando decidimos qué trabajo realizará el niño en casa, a menudo es difícil afrontar aquellas situaciones en las que el niño realiza un ritual, ya que la consigna debería ser «no hacer el ritual», pero eso es poco específico y difícil de conseguir. Para ello a continuación mostraremos cuatro técnicas que permitirán eliminar los rituales y que pueden hacerse en casa:

- **Demorar** la realización del ritual durante un período de tiempo previamente establecido. Por ejemplo, no se puede lavar las manos hasta al cabo de una hora.
- **Reducir** progresivamente el tiempo que dura el ritual. Por ejemplo, de 15 a 10 min.
- Hacer el ritual de forma distinta. **Romper la secuencia** del ritual. Por ejemplo, no lavarse los dedos.
- Hacer el ritual más **lentamente**, prestando atención a todos los detalles. Por ejemplo, lavar cada dedo lentamente.

Para motivar al niño, le permitiremos que escoja qué técnica quiere utilizar. Y como siempre se deben escoger los ítems de la Zona de Trabajo.

El terapeuta debe explicar detenidamente cuál es el objetivo de esta práctica y anticipar que el nivel de ansiedad pue-

de ser alto al principio pero irá disminuyendo a medida que pase el tiempo.

Romper las normas que hasta el momento imponía el TOC se puede hacer de muchas maneras. El terapeuta debe buscar las formas más creativas, que favorezcan la motivación del niño y que permitan a éste completar la tarea con éxito.

A continuación mostramos un diálogo de cómo el terapeuta puede introducir la idea de «romper las normas»:

**Terapeuta:** *David, tú sabes que el TOC hace que tengas que hacer algunas cosas a su manera, sobre todo cuando te duchas. Y eso hace que tardes mucho, ¿no?*

**David:** *Sí, tengo que lavarme siempre en el mismo orden, pero a veces me distraigo y dudo de qué partes me he lavado, entonces tengo que volver a empezar de nuevo, por eso tardo tanto. Primero me tengo que lavar las manos, después los brazos, después la cara, el cuerpo, y por último los pies. Cuando he acabado me puedo lavar el cabello.*

**Terapeuta:** *Bien, ¿quieres aprender una nueva manera de vencer al Antes?*

**David:** *Sí.*

**Terapeuta:** *De acuerdo. Se trata de romper las normas que te impone el TOC. Por ejemplo, puedes empezar a ducharte siguiendo el orden contrario. Si haces esto, seguramente el termómetro de ansiedad subirá, pero, ¿qué piensas que pasará después?*

**David:** *Sé que irá bajando, como cuando Juan empezó a tocar mi estuche y mis libros.*

**Terapeuta:** *¡Sí! Cada vez que tu le rompas las normas al Antes te será más fácil hacerlo. Hasta que ya no pienses en eso.*

## E/Pr asistido por el terapeuta

Otra forma de aprendizaje es el modelado. El terapeuta puede actuar como modelo ya sea comentando cada paso, o de un modo encubierto. Esto lo podemos hacer cuando el desencadenante es accesible para practicarlo en el despacho. Si es necesario podemos pedir a los padres que traigan objetos o material de casa, para poder trabajar durante la sesión.

### Deberes

Los deberes para esta semana son la práctica diaria de la E/PR con el ítem escogido. Remarcamos la importancia de escoger un ítem lo suficientemente fácil para garantizar el éxito.

El tiempo que dure la exposición no es importante, mientras que el niño complete la tarea y aguante hasta que su nivel de ansiedad haya bajado considerablemente.

La experiencia nos ha demostrado que es recomendable en este punto de la terapia, una vez iniciadas las sesiones de E/PR en casa, que el terapeuta mantenga una conversación telefónica a media semana, para seguir los avances y dificultades que pueda tener el niño. Si el ítem es demasiado difícil, podemos modificarlo, o si ya se ha producido la habituación pasaremos a un nivel superior.

## CONTINUAR LA E/PR

David ha escogido como ítem para realizar la E/PR en casa: que sus compañeros le toquen la ropa que lleva puesta en el colegio.

Normalmente si esto ocurría, al llegar a casa David sentía una marcada

urgencia de cambiarse de ropa, lavar la que llevaba puesta y ducharse. Habíamos pactado que durante esta semana dejaría que algún compañero le tocara, y después no realizaría las compulsiones habituales de lavado.

Pero David acude disgustado esta semana, porque no ha podido evitar ducharse.

En realidad David se había pasado todo el día pensando en que cuando llegara a casa se podría cambiar de ropa. Pero este pensamiento es en realidad una forma de compulsión, y la terapeuta intenta demostrárselo. Este pensamiento actúa como un ritual mental, que hace que gane el *Antes*.

Esta sesión se dedicará a identificar las principales dificultades con las que nos vamos encontrando al realizar la E/PR. En este caso, por ejemplo, se modificará el momento de exposición. David se esperará hasta la última hora de clase para contaminar su ropa, de esta manera podrá practicar el entrenamiento cognitivo mientras va de camino a casa.

### Objetivos

- Identificar las dificultades con las que se encuentra durante la E/PR.
- Continuar la E/PR asistida por el terapeuta.

### Revisar los deberes

Al revisar los deberes de esta semana, debemos prestar especial atención a los niveles de ansiedad, y enfatizar el proceso de habituación, es decir, que cada vez que el niño/a practica la exposición su nivel de ansiedad irá decreciendo progresivamente, nunca aumentando.

### *Identificar las dificultades*

Si el nivel de ansiedad no baja durante la exposición puede ser porque está utilizando rituales mentales sustitutorios. Un ejemplo sería pensar «si hago el ritual... me pasará algo malo». Aquí deberemos identificar el desencadenante y modificar la jerarquía.

También puede pasar que el nivel de ansiedad se mantenga elevado debido a que el niño no se espere un tiempo suficiente como para que el nivel de ansiedad descienda hasta un nivel 0 o 1.

Otra posibilidad es que aunque el nivel de ansiedad baje, ésta reaparezca pasado un tiempo, normalmente al cabo de una hora o más. En este caso, revisaremos los ítems de exposición, porque seguramente son demasiado difíciles.

Para garantizar que conocemos todos los rituales que presenta el niño, y no pasar por alto posibles nuevas compulsiones que pueden aparecer con la E/PR, aconsejamos hacer una revisión de los síntomas y la jerarquía cada dos o tres sesiones.

A continuación mostramos con un ejemplo cómo identificar alguna de estas situaciones. En el caso de David observamos, tras preguntarle sobre lo que pensaba mientras estaba realizando la exposición, que su atención se centraba en pensar una y otra vez que le estaban tocando muchos niños y que éstos habrían tocado muchas otras cosas. Este pensamiento repetitivo es en realidad una obsesión que contribuye a aumentar significativamente el nivel de ansiedad, e impide completar la tarea con éxito. Es muy importante que en el momento de afrontar las tareas de exposición con prevención el sujeto esté lo más relajado posible. Para ello se pueden utilizar las diferentes técnicas de

relajación que se han comentado en capítulos anteriores, siempre adaptando o escogiendo la más adecuada en función de las características del niño y de la situación.

Una vez identificado el factor que está impidiendo resolver la situación con éxito, es importante hacer, conjuntamente con el niño, el ejercicio de reflexionar y buscar nuevas formas de afrontar la situación. ¿Qué puede decir o pensar el niño en aquel momento para garantizar el éxito? Aquí se deberán poner en práctica la forma abreviada de entrenamiento cognitivo.

### **Continuar la E/PR**

En el despacho podemos practicar los ítems que son demasiado difíciles para practicar en casa. Si consigue afrontarlos con éxito aquí, ya sea a través de una exposición en vivo como en imaginación, después se sentirá más seguro para hacerlo en casa. Es en la práctica en la consulta cuando más se deben repasar y utilizar todas las herramientas que el niño ya conoce.

### *Pautas para los padres*

La próxima sesión la dedicaremos a los padres, y por lo tanto es importante que vayan pensando sobre el TOC, qué les supone o en qué les implica.

### *Deberes*

Al igual que en las sesiones anteriores, debemos preguntar al niño cuál es el ítem de la zona de trabajo que escoge para poner en práctica esta semana y recordar que la práctica debe ser diaria.

Igual que la semana anterior, podemos mantener un contacto telefónico, para animar al niño y modificar la planificación de la E/PR si es necesario.

## SESIÓN CON LA FAMILIA

Los padres de David están contentos por su buena evolución, sobre todo en los aspectos relacionados con el miedo a enfermar en el colegio y todas las conductas que esto implicaba: la necesidad de ducharse cada día, el tiempo que esto le llevaba, las dificultades de relación con los compañeros, etcétera. Además han observado que David está más tranquilo y menos irritable. Le ven más feliz.

Pero a pesar de todos estos aspectos positivos, los padres de David ponen de manifiesto su preocupación por algunas situaciones que permanecen igual. En concreto se están refiriendo a la necesidad de comprobar, él o sus padres, que el gas, la puerta y la luz están cerrados antes de acostarse. También destacan que han notado que el tiempo que deben dedicar a esta revisión es cada vez menor.

La terapeuta anima a los padres a encontrar todas aquellas situaciones en las que David consigue ganar al TOC, y remarca la necesidad de valorarlas positivamente ya sea en forma de elogios ya sea a través de pequeños premios. Para ello se trabaja en la búsqueda de posibles recompensas y sobre cómo deben administrarse.

### Objetivos

- Implicar a los padres en el tratamiento.
- Concretar los premios y recompensas.

## Continuar con la E/PR.

### *Revisión de los deberes*

Al igual que en las otras sesiones debemos revisar como se han llevado a cabo las tareas de exposición esta semana. Debemos prestar especial atención a los niveles de ansiedad, que quedan recogidos a través del termómetro del miedo, y enfatizar el proceso de habituación que se va produciendo a las situaciones que se van trabajando.

Seguramente observaremos que algunos de los ítems se pueden considerar superados, y eso es importante remarcarlo. Es necesario revisar la jerarquía y volver a asignar los niveles de ansiedad que sean pertinentes a los ítems restantes.

### *Implicar a los padres en la terapia*

Sabemos que la disfunción familiar no es la causa del TOC, pero sí que el TOC puede ser la causa de una disfunción familiar. Por eso es importante trabajar con los padres, y si es necesario con otros familiares implicados.

Dependiendo de la situación familiar, el terapeuta deberá decidir si dedica una parte de la sesión a trabajar conjuntamente con los padres y el niño, o si prefiere trabajar con el niño o los padres a solas.

Podemos encontrarnos con familiares que contribuyan a eliminar el TOC, pero también es común encontrar padres, que preocupados por las conductas o pensamientos extravagantes de sus hijos, adoptan una actitud punitiva ante los rituales o las obsesiones, hecho que dificulta la comunicación con su hijo/a y genera importantes conflictos en el ámbito familiar. En el caso de los

adolescentes, por ejemplo, estas conductas pueden dificultar el proceso de individuación que empieza en esta etapa evolutiva. Además, es importante tener en cuenta que a menudo los niños con TOC tienen algún familiar con algún tipo de psicopatología, hecho que puede interferir en la aplicación de la terapia cognitivo-conductual.

Durante esta sesión el terapeuta debe identificar y modificar las ideas erróneas que los padres pueden tener sobre el TOC. Así como averiguar cuál es la opinión de los padres acerca de la terapia.

Les explicaremos en qué consiste la E/PR, poniendo un énfasis especial en el hecho de que ésta es gradual y lenta. Intentaremos reforzar la idea de que los padres y el terapeuta trabajan juntos para conseguir que el niño gane al TOC. De esta forma focalizaremos el problema en el TOC i desculpabilizaremos a los padres y al niño.

### El rol de los padres en el tratamiento

Uno de los objetivos principales de esta sesión es definir el rol que los padres deben adoptar para apoyar al niño en su terapia. El terapeuta debe exponerles que los padres pueden desarrollar 3 roles distintos:

- Como ayudantes del TOC: rol no terapéutico, que debemos modificar (por ejemplo, cuando compran el doble del jabón necesario, porque el niño se lava las manos de forma excesiva).
- Como animadores del niño: los padres reconocen y le hacen saber que comprenden lo difícil que le resulta, prestando especial atención a las áreas de su vida que no están

controladas por el TOC. Sin insistir en el tema de los deberes (la E/PR) que tiene que practicar en casa o en el colegio.

- Como coterapeutas: con el permiso del niño, padres e hijo decidirán conjuntamente cuál será su implicación en la terapia. El niño decidirá en qué rituales dejarán de participar los padres y en qué momento lo harán.

A continuación mostramos un diálogo que ejemplifica como puede el terapeuta introducir los diferentes tipos de roles que pueden desarrollar los padres:

**Terapeuta:** *La sesión con los padres tiene como objetivo permitirles formular todas las cuestiones sobre el tratamiento o sobre el TOC que quieran, así como proporcionarles algunas pautas para poder ayudar a David a superar el TOC.*

**Padre:** *Bien, a nosotros nos gustaría saber qué debemos hacer para ayudarle.*

**Terapeuta:** *Existen tres roles que pueden desarrollar los padres que tienen un hijo con un TOC. A menudo, los padres sin saberlo están ayudando al TOC. Eso ocurre cuando el TOC les hace hacer cosas, como por ejemplo comprar más jabón del necesario porque David se lava las manos muy a menudo.*

**Madre:** *¡Sí! Y además yo también me tengo que lavar las manos antes de tocar a David, cuando llego de la calle.*

**Terapeuta:** *Bueno pues ése es un buen ejemplo. Una de las cosas que haremos hoy es definir en qué situaciones se ven ustedes implicados en el TOC de David, para poder eliminar vuestro rol, temporal, de andantes del TOC.*

**Padre:** *Pero, ¿qué podemos hacer?*

**Terapeuta:** *Lo más importante que pueden hacer especialmente al inicio del tratamiento es animar a David. Animarle a escoger sus tareas de E/PR, demostrándole que comprenden lo difícil que es para él. Otra forma de animarle es prestando mucha atención a aquellas áreas de su vida que funcionan con éxito, al margen del TOC, como por ejemplo el baloncesto. Una de las mejores formas de ayudar a David es no prestando atención al TOC.*

**Madre:** *¿Puedo preguntarle por los deberes de la E/PR que tiene que hacer?*

**Terapeuta:** *Usted puede preguntarle brevemente sobre eso una vez entre sesión y sesión, aunque es mejor dejar el tema de los deberes a David, porque cuanto más presión tenga respecto a este tema mayor será el nivel de ansiedad, y con eso lo único que conseguirían es aumentar la dificultad.*

**Padre:** *Usted ha dicho que había otro rol que nosotros podíamos desarrollar, ¿cuál?*

**Terapeuta:** *Sí, pueden actuar como coterapeutas. Pero normalmente este rol no se desarrolla hasta que el tratamiento está más avanzado. Ustedes podrían empezar ya, pero necesitaremos la ayuda de David para determinar en qué situación podrían hacerlo. Por ejemplo, dejar de lavarse las manos cuando llegan de la calle antes de tocar a David, o no hacer la revisión del gas, la puerta y la luz antes de acostarse.*

**Padre:** *Y, ¿podemos empezar ya por alguna de esas situaciones?*

**Terapeuta:** *Eso depende de David, y del nivel de ansiedad que experimente si ustedes dejan de hacer alguna de las actividades que el TOC les obliga a realizar. Por eso, primero se lo debemos preguntar a él, y si David no está preparado para eso, entonces*

*es mejor que permanezcan en el rol de animadores.*

Obviamente, como terapeutas queremos desvalorizar el primero, y animar a los padres a pasar al segundo de los roles, con el objetivo de estructurar con éxito el tercero y definitivo. Pero sabemos que estos cambios no son fáciles de conseguir. Y además deben ser progresivos.

El terapeuta debe enseñar a los padres la importancia de ir subiendo progresivamente en la jerarquía y paralelamente ir cambiando el rol que desarrollan, es decir en función de la ansiedad que el ítem en cuestión le genera al niño.

Si la progresión es demasiado rápida las posibilidades de éxito se ven reducidas de forma considerable. Es el niño, conjuntamente con los padres, el que escoge de los ítems que implican a los miembros de la familia, el que decide trabajar.

A menudo puede ocurrir, que los padres quieran dejar de participar en algunos de los rituales, aunque eso le genere al niño un elevado nivel de ansiedad. Si eso ocurre, el terapeuta debe pedir paciencia a los padres, utilizando la jerarquía para demostrarles que hay algunas actividades que aún son demasiado difíciles para el niño, y que se debe trabajar de forma progresiva.

## **El proceso de extinción unilateral**

Este proceso lo utilizaremos como último recurso, cuando los padres pongan muchos inconvenientes en que sea el niño quién marque el curso de la terapia, o cuando el niño sólo se resista mínimamente al TOC.

En estos casos, y sólo en estos, los

padres practicarán la extinción sin el consentimiento del niño (por ejemplo, dejar de comprobar la luz, el gas y el agua cada noche).

Utilizar este proceso tiene importantes inconvenientes: los padres no tienen las estrategias adecuadas para manejar el nivel de ansiedad que le puede generar al niño, además rompe el acuerdo al que se había llegado con el paciente, no le permite al niño internalizar ninguna estrategia para poder afrontar futuros síntomas obsesivo-compulsivos, y por último, sólo se podrían trabajar aquellas situaciones de que los padres tienen conocimiento, quedando importantes lagunas sin tratamiento.

Pero, si no existe otra alternativa, y se usa este procedimiento, debemos ayudar a los padres a desarrollar estrategias para controlar el malestar y la ansiedad que generarán en el niño. Una de las formas de conseguirlo es que entren mientras estamos haciendo la terapia con el niño. De esta forma podremos también identificar y eliminar las críticas o actitudes negativas de los padres.

### *Planificación del los cumplidos y recompensas*

Las recompensas son formas de reconocer el éxito del niño en su camino para dominar el TOC, y por lo tanto son buenas para ayudar al niño. Pueden ser simples o más complejas. Ir a comer una pizza, o llamar a un familiar para contarle lo bien que lo está haciendo, son formas diferentes de reforzamiento positivo.

Durante esta sesión el terapeuta debe aportar ejemplos e ideas de recompensas y cumplidos que sean significativos para el niño.

### **Consideraciones de desarrollo**

Debemos tener en cuenta que según el nivel de desarrollo del niño, la implicación de los padres será diferente. Los más pequeños necesitarán más ayuda de los padres, mientras que los adolescentes pueden mostrarse más reticentes a su participación.

### *Deberes*

- Antes de finalizar la sesión el niño escogerá un nuevo ítem para practicar en casa, y si aún no está preparado para afrontar un nuevo ítem continuará practicando con el anterior.
- Delimitar los deberes para los padres. Decidir cómo practicarán la extinción así como el rol que desarrollarán. Será en la sesión 12, cuando tendrán otra oportunidad de escoger las nuevas situaciones en las que poner en práctica el proceso de extinción.

Igual que la semana anterior, podemos ponernos en contacto por teléfono entre sesión y sesión.

### **SESIÓN DE LA 8-11: AVANZANDO EN LA JERARQUÍA**

Durante las últimas semanas, David ha ido avanzando satisfactoriamente, consiguiendo importantes éxitos con los primeros ítems de la jerarquía, a la vez que la zona de trabajo (ZT) iba avanzando posiciones.

Durante esta semana David ha visto recompensado su esfuerzo llamando a su abuela para informarla de los grandes progresos que está realizando en su lucha contra el TOC. Se ha sentido muy

orgullosa de poder darle buenas noticias a su abuela ya que se había implicado especialmente en los problemas que David presenta.

En esta sesión la terapeuta decide continuar practicando con algunas de las situaciones que todavía se encuentran en niveles de ansiedad más elevados de lo que sería deseable utilizando la E/PR.

### Objetivos

- Organizar las recompensas y elogios.
- Controlar las comorbilidades.
- Continuar la terapia asistida de E/PR.

### Revisión de los deberes

Como hemos hecho en cada sesión, el terapeuta revisa cuidadosamente los deberes que David tenía para esta semana. Resulta bastante frecuente que muchos niños presenten problemas a la hora de realizar las tareas asignadas. En el caso que nos encontremos con un niño con problemas para realizar las tareas y que presenta repetidos fracasos en el cumplimiento de las consignas, el terapeuta debería aumentar las sesiones de entrenamiento de E/PR, durante las sesiones, con el objetivo de aumentar el nivel de seguridad del niño

### Organizar las recompensas y elogios

La obtención de recompensas y las ceremonias que podamos estructurar para que el niño las reciba pueden jugar un papel muy importante en el éxito del tratamiento. Aunque muchas veces,

vencer al TOC resulta una recompensa suficiente para la mayoría de los niños, reforzar los éxitos conseguidos con ceremonias permitirá al niño ser más consciente de que cada día que pasa va ganando más territorio a la enfermedad. Aparte del refuerzo verbal y de pequeñas recompensas que se le pueden dar al niño, resulta positivo utilizar certificados de los logros conseguidos durante la terapia, que los niños puedan enseñar y exhibir con los miembros de su familia o con sus amigos más cercanos. Esta clase de estímulos pueden resultar especialmente importantes con niños con condiciones de comorbilidad, que pueden verse superados por sus problemas y en ocasiones no son capaces de visualizar los progresos que realizan.

Terapeuta, padres y niño deben acordar cuando se entregarán y qué objetivos se deben cumplir, marcando un nuevo paso en el camino hacia el éxito.

En el caso de David:

**Terapeuta:** *David, creo que has conseguido muchos éxitos durante estas semanas, ¿qué te parece si lo celebramos?*

**David:** *¡¡¡Me gustaría mucho!!! Mi madre y yo habíamos pensado en ir al cine e invitar a mi amigo Daniel.*

**Terapeuta:** *Me parece estupendo David. ¿Cómo es que has pensado en tu amigo Daniel para estar contigo en este día tan especial?*

**David:** *Antes de que yo tuviera tantos problemas con el TOC éramos muy amigos y me gustaría que volviéramos a serlo.*

**Terapeuta:** *Si quieres podemos trabajar como puedes hablar del TOC con tu amigo Daniel.*

### ***Controlar las comorbilidades***

Las posibles enfermedades comórbidas deben identificarse y tratarse aparte ya que en muchas ocasiones pueden interactuar con el TOC. Para poder programar correctamente un proceso de tratamiento, en ocasiones resulta de vital importancia analizar cuáles son los potenciales problemas que presenta el paciente y decidir cuáles tratamos antes. Por ejemplo, un niño que no puede utilizar el lavabo, cuando hay otros niños dentro del baño de la escuela porque presenta síntomas de una fobia social y a la vez debe realizar una E/PR por miedo a la contaminación en el baño, primero deberá habituarse a utilizar el baño antes de realizar la E/PR. Esto es especialmente importante en el caso de la depresión ya que la Terapia Cognitivo-Conductual puede verse especialmente afectada por el trastorno del humor que el niño presenta. Primero, debemos tratar el trastorno del humor, y después iniciar la terapia cognitivo-conductual. El mismo procedimiento seguiremos con los trastornos de conducta. Una conducta de tipo oposicionista puede resultar fatal para el cumplimiento de los requisitos de la terapia del TOC. En este caso sería deseable iniciar el tratamiento del paciente con una terapia farmacológica combinada con pautas de conducta para los padres, que deberán ser controladas y monitorizadas de manera continua.

En todos los casos, después de haber identificado adecuadamente las condiciones de comorbilidad con las que nos encontramos, el terapeuta podrá adaptar la terapia con las técnicas que pueda considerar necesarias para el tratamiento combinado de cada caso en particular. En muchas ocasiones, estas situaciones de comorbilidad alargarán

el tratamiento, más allá de las 20 sesiones anteriormente pautadas.

### ***Continuar la terapia asistida de E/PR***

Durante la sesión, el niño enumera las tareas que ha practicado ya en casa y de las que le quedan escoge las que le resultan demasiado difíciles para practicarlas solo. Éstas las trabajaremos conjuntamente ya sea en vivo o en imaginación, y debemos conseguir que las afronte con éxito para que se sienta más seguro para practicarlo en casa. Si el niño es correctamente reforzado a partir de los pequeños avances que realiza con estas tareas, poco a poco será capaz de aceptar nuevos retos para su trabajo diario. El terapeuta debe insistir en la necesidad de practicar en casa y de utilizar todas las técnicas que el niño ha aprendido durante las sesiones anteriores.

### **Consideraciones de desarrollo**

Las ceremonias y los premios que seleccionemos dependerán en gran parte del tipo de relaciones sociales que el niño realiza en cada etapa. Es importante seguir las decisiones del niño para determinar que puede resultar más o menos importante para él, en el momento de determinar las recompensas.

La comorbilidad varía según la etapa de desarrollo en que está el niño. Por ejemplo, la ansiedad de separación es más común en niños, mientras que los ataques de pánico lo son en adolescentes.

Así mismo, el mutismo selectivo es más común en niños, mientras que la fobia social es más propia de adolescentes.

### *Implicación de los padres*

A partir de este momento de la terapia, la implicación de los padres debe depender de las necesidades del niño y del sistema familiar.

### *Deberes*

- Negociar las tareas que realizará esta semana. Debemos reforzar la idea de que la práctica diaria es mucho más efectiva que los intentos esporádicos.
- Según consideremos apropiado, podemos implicar a los padres en un proceso consensuado de extinción.
- Recordarle que utilice todo el Kit de herramientas y técnicas de qué dispone, cuando la ansiedad sea difícil de controlar y que debe continuar la tarea hasta que la ansiedad haya disminuido hasta niveles aceptables, aunque el proceso dure mucho tiempo.
- Escribir las tareas a realizar en las hojas de la libreta de deberes para facilitar un cumplimiento más consistente.

## **SEGUNDA SESIÓN CON LA FAMILIA**

Durante la sesión número 12 decidimos realizar una nueva reunión con los padres de David para poder evaluar correctamente los progresos de la terapia en el entorno familiar. Desde la última visita que se realizó hace algunas semanas los padres de David han intentado ayudarle a detener algunas de las demandas que el TOC realizaba insistentemente (siempre con el consentimiento del niño).

Uno de los rituales que implicaba más directamente a los padres era la necesidad de comprobar repetidamente el agua, el gas y la luz. De manera progresiva habían conseguido disminuir de manera radical el número de revisiones nocturnas en las que se veían implicados. En los primeros momentos, cuando David intentaba realizar la compulsión de comprobación, los padres llegaron a pequeños acuerdos para ir reduciendo la intensidad y la frecuencia, recordándole a la vez el pacto al que habían llegado con el terapeuta durante la anterior sesión. La madre de David había notado que si respondía de manera firme pero asertiva y empáticamente ante la demanda del niño, él era capaz de controlar mejor la ansiedad ante la situación.

El éxito conseguido durante estas últimas semanas hacía que tanto David como sus padres se vieran más motivados para seguir luchando contra el TOC y escalando en la jerarquía. Durante la sesión se llegó a un acuerdo para intentar nuevos pasos en la E/PR. El acuerdo tácito permitía a los padres llegar a reducir al mínimo la compulsión de comprobación y a no responder las preguntas de David sobre los posibles peligros que pudieran acontecer.

### **Objetivos**

- Reelaborar como el TOC involucra a las personas significativas.
- Continuar con la E/PR.

### *Revisión de los deberes*

Realizamos la sesión entera con la presencia de los padres. Después de una breve revisión de los deberes de la semana anterior procedemos a analizar

los progresos de David en su lucha contra el TOC. También hacemos hincapié en la necesidad de que los padres refuerzen los éxitos conseguidos en algunas áreas en las que el TOC ya no controla la vida del niño. Por otro lado, es importante intentar controlar la intensidad del reforzamiento. Si los premios son excesivos el niño puede sentirse presionado, especialmente cuando los avances se realizan de manera muy lenta, factor que suele aparecer cuando llegamos a la parte más alta de la jerarquía.

En ocasiones, algunos padres encuentran ciertas dificultades para evaluar de manera objetiva los avances que el niño realiza con la enfermedad. Algunos padres pueden verse frustrados por el territorio que la enfermedad todavía controla, muy especialmente cuando estos problemas provocan fuertes problemas en el ámbito familiar. En ese caso, será muy importante reforzar a los progenitores a fijar su atención, de manera realista, en los avances que el niño está realizando en otras áreas. Deben ser conscientes que cada vez queda menos camino a recorrer en su lucha contra el TOC. Muchos padres llegan a la consulta con la idea implícita de una curación o una mejora muy rápida, en este caso será necesario hacer hincapié en la idea de un proceso terapéutico que requiere un tiempo prolongado de exposición y trabajo para cumplir, en el mejor de los casos, los objetivos marcados en un inicio.

A continuación exponemos cómo el terapeuta explica a los padres el concepto de premio específico a los padres:

**Terapeuta:** *Una de las maneras que ustedes tienen para intentar motivar a su hijo, es premiar de manera breve los avances que David realiza en relación al TOC. Es muy importante que el premio sea breve y muy especifi-*

*co para que David no se angustie por intentar complacerles.*

**Padre:** *¿Qué quieres decir con premiar de manera específica?*

**Terapeuta:** *Pueden ser específicos y concretos en el momento de premiar cuando comentan con el niño las ventajas que observan o los sentimientos que les provoca un objetivo concreto que ha sido logrado y lo contentos que les hace sentir estas mejoras. Por ejemplo, en el caso de David, pueden comentar que desde que se han reducido las comprobaciones nocturnas, pueden descansar mejor por las noches y se sienten mejor al día siguiente.*

**Madre:** *Eso está muy bien, pero ¿qué pasa con los períodos en los que no se dan mejoras?*

**Terapeuta:** *Resulta muy difícil, por no decir imposible, ser consciente de todos los avances que David realiza en relación a la enfermedad. Por eso, resultará más motivador el hecho de que ustedes presten más atención a los avances del niño que al camino que todavía debe recorrer. Cuando un equipo de fútbol está ganando y juega bien, resulta muy fácil animarle pero; ¿cómo podemos animar al equipo cuando pierde?*

**Padre:** *Poco podemos hacer, más que seguir animando y superar la desilusión.*

**Terapeuta:** *Lo mismo pasa con el TOC, cuanto menos atención prestemos al poder o al dominio del TOC mucho mejor.*

**Reelaborar como el TOC involucra a las personas significativas**

Para poder ser más conscientes de cómo el TOC influye en el entorno familiar será muy importante preguntar a los

padres y al niño cómo creen que la enfermedad les está influenciando en la actualidad. En este punto de la terapia, los padres serán capaces de nombrar situaciones o cuestiones en las que el TOC ha dejado de influir en sus vidas, espacios en los que el niño habrá ganado terreno. También encontraremos áreas de la vida familiar en las que los padres no se imaginan respondiendo de manera diferente a cómo lo hacen por miedo a la reacción de su hijo/a. Realizando un proceso de reestructuración de la zona de trabajo y reelaborando el trabajo de extinción a realizar, puede establecer objetivos de E/PR que tengan que ver con situaciones en las que los miembros de la familia se vean involucrados. Para hacer esto tanto el niño como los padres deben ponerse de acuerdo en qué situaciones pueden producir una ansiedad excesivamente elevada y cuáles pueden conseguir de manera más fácil. Estas últimas serán los objetivos principales de la E/PR dentro del entorno familiar.

### **Continuar con la E/PR**

Una vez hemos realizado una reestructuración de la zona de trabajo, resultará fácil negociar nuevos objetivos consensuados en relación a la E/PR.

En el caso de David, deciden intentar disminuir las veces que la madre de David debe lavar la ropa del niño y las veces que se tiene que cambiar cada día. Cuando llega a casa del colegio, David deja la ropa utilizada en el cesto de la ropa sucia para que su madre la lave y se viste nuevamente con ropa recién lavada. Este ritual lo realiza para que su madre limpie la ropa contaminada por su contacto con los compañeros de colegio y por su roce con las cosas de la escuela.

En este caso tanto los padres como David, llegan al acuerdo de que los padres podrán prohibir a David cambiarse al mediodía y que intentarán que David utilice las técnicas que ha aprendido para reducir su nivel de ansiedad, en este caso los padres están funcionando como coterapeutas. Debemos preguntar qué creen que pasará cuando los padres realicen la prohibición. Será importante practicar la manera de superar estas posibles reacciones, en muchas ocasiones puede resultar efectivo recordar al niño los acuerdos a los que ha llegado durante la terapia. En la mayoría de los casos la utilización de las estrategias que ya conoce y recordar los pactos realizados será lo único que necesite el niño para superar esta situación.

### *Consideraciones de desarrollo*

Llegado este punto, los adolescentes pueden pedir tener un mayor control sobre la terapia, que se concederá según veamos el curso del tratamiento. Esta petición podrá ser concedida por pasos a medida que el tratamiento vaya avanzando y se hayan conseguido objetivos importantes.

En el caso en que la necesidad de autonomía interfiera el desarrollo de la terapia debemos reconducir la situación intentando llegar a pactos entre los padres y el niño.

### *Deberes*

- Antes de finalizar la sesión el niño escogerá, junto a sus padres, un nuevo ítem para practicar en casa, y si aún no está preparado para afrontar un nuevo ítem continuará practicando con el anterior.

Igual que la semana anterior, podemos ponernos en contacto por teléfono entre sesión y sesión.

## **SESIÓN DE LA 13-18: COMPLETAR LA E/PR**

Durante las semanas posteriores en las sesiones comprendidas entre la 13 y la 18 nuestro objetivo principal se centra en completar el escalamiento en la jerarquía, completando el proceso de E/PR.

David llega a la sesión muy contento, durante esta semana ha conseguido no cambiarse de ropa al mediodía reduciendo su nivel de ansiedad a cotas más que soportables. También ha conseguido grandes avances en relación a sus obsesiones de contaminación en la escuela, aceptando que sus compañeros toquen sus ropas y sus objetos personales sin evidenciar un gran aumento de la ansiedad. Por otro lado, ha conseguido aceptar que sus padres no tengan que comprobar la luz, el agua y el gas antes de irse a dormir.

### **Objetivos**

- Revisar el progreso general del niño.
- Ayudar al niño a superar posibles estancamientos.
- Seleccionar las tareas de exposición más duras.
- Decidir los objetivos de la E/PR de los padres.

### ***Revisar los deberes y el progreso general del niño***

Como en las sesiones anteriores, debemos revisar los deberes para obtener un nuevo *feedback* de los progresos y de los

problemas con los que se encuentra el niño. Podemos tratar las reacciones del niño hacia los padres ante las situaciones de extinción escogidas en las sesiones anteriores. En el caso de que el niño presente dificultades para elegir o completar los ítems de la parte alta de la jerarquía debemos recordarle que es necesario un esfuerzo constante y que los pequeños bajones son normales en esta parte del tratamiento. Debemos ofrecerle un punto de vista optimista sobre los objetivos que se planteen en un futuro.

### ***Ayudar al niño a superar posibles estancamientos***

En este punto del tratamiento, el niño ha realizado avances muy significativos y podemos encontrarnos en situaciones de estancamiento.

En este caso el niño necesitará consolidar los éxitos conseguidos hasta el momento y «unas pequeñas vacaciones» antes de afrontar el puerto de montaña que suponen los últimos ítems de la jerarquía. También puede resultar positivo para superar el estancamiento realizar las primeras ceremonias de graduación del niño y realizar un nuevo plan de ataque para terminar el proceso.

Debemos señalar el recorrido conseguido, y remarcar los niveles consolidados. Puede ser útil recuperar el dibujo de los círculos, y mostrarle cómo se ha modificado la distribución del control. También podemos coger la jerarquía inicial para comparar los niveles de ansiedad de algunos ítems ya superados.

Una vez observada la nueva estructura topográfica del TOC debemos animar al niño a escoger un nuevo punto de ataque para las siguientes sesiones.

### *Escoger las tareas más difíciles*

Llegado este punto el terapeuta debe animar al niño a escoger una nueva tarea de exposición para la próxima semana. El niño debe escoger una tarea que tenga muchas ganas de superar, recordándole los éxitos conseguidos en el paso en otras tareas de exposición. En este tipo de tareas debemos animar al niño a arriesgarse. Por otro lado, cuando entramos en un punto donde el trabajo de exposición resulta muy complejo, será muy importante contar con el apoyo incondicional de los coterapeutas que deben ayudar a conseguir los objetivos marcados. Puede resultar positivo aumentar el apoyo al niño realizando llamadas telefónicas o trasladando las sesiones fuera del entorno habitual.

Un ejemplo de cómo el terapeuta ayuda al niño a superar el estancamiento y a aceptar un nivel de dificultad mayor:

**Madre:** *David ha conseguido un progreso muy importante pero parece que está perdiendo la motivación y ya no trabaja tanto.*

**Terapeuta:** *Tiene usted razón, David ha hecho un esfuerzo muy fuerte para ganar terreno al TOC y en las últimas semanas parece que sus progresos se han estancado.*

**Padre:** *¿Qué va a pasar ahora? ¿Esto significa que el niño no va a mejorar más?*

**Terapeuta:** *Los estancamientos son procesos muy comunes en el tratamiento del TOC. Debemos hacer un esfuerzo especial para ayudar a David a superar este momento. Una de las cosas que podemos hacer es realizar una celebración por los éxitos conseguidos hasta el momento, esto puede hacer pensar a David que confiamos en sus posibilidades. David necesita ser consciente de que ha superado un listón muy alto. Esto*

*puede darle las fuerzas necesarias para superar el último nivel.*

**Madre:** *¿Qué pasa si el niño no quiere pasar al siguiente nivel?*

**Terapeuta:** *Esto es probable, pero sólo si la ansiedad que ella espera resulta demasiado elevada para soportarla. Por eso podría resultar adecuado intentar fraccionar el último paso en pequeñas fases que resulten más soportables para David, redefiniendo la zona de trabajo. Si esto no fuera posible, trabajaré con David para que escoja una tarea más difícil contando con la ayuda de ustedes o de un amigo.*

**Terapeuta:** *David creo que has ganado mucho terreno al «Antes» y es el momento de celebrar todo lo que has conseguido.*

**David:** *Pero el «Antes» todavía controla las cosas más importantes, no consigo irme a dormir tranquilo sin la comprobación y todavía me cuesta aceptar que los niños me toquen en la escuela.*

**Terapeuta:** *Sé que todavía quedan cosas para mejorar pero podríamos decir que has superado el primer curso de lucha contra el TOC. Ahora estás entrando en el último curso que puede resultar incluso más difícil pero que podrás superar igual que has superado el anterior.*

**David:** *¡¡¡ Todavía más fuerte que esto!!!*

**Terapeuta:** *Recuerdas cuando eras incapaz de soportar que tus amigos tocaran tus objetos de la escuela?*

**David:** *Claro que lo recuerdo pero eso fue fácil de superar y ahora ya no me preocupa.*

**Terapeuta:** *Pues lo mismo pasará en esta última etapa. El termómetro del miedo subi-*

*rá hasta muy alto al principio pero luego, poco a poco, lograrás que baje. ¿Hasta qué punto crees que subirá en estas últimas tareas que nos quedan?*

**David:** *¡Uff! Puede llegar hasta el 8.*

**Terapeuta:** *¿Crees que podrás aguantar un nivel 8 de ansiedad ahora que sabes que el termómetro volverá a bajar?*

**David:** *No estoy seguro, sé que lo tengo que intentar. Quizás si mis padres están conmigo en esos momentos.*

**Terapeuta:** *¿Crees que si tus padres están contigo y te dan su apoyo conseguirás pasar la noche sin que tus padres o tu hayáis comprobado?*

**David:** *Creo que va a ser muy difícil pero estoy seguro que con la ayuda de mis padres al final lo conseguiré.*

**Terapeuta:** *¿Lo intentarás durante esta semana?*

**David:** *De acuerdo.*

### **Comorbilidad**

A menudo los padres presentan sentimientos de frustración al ver que van apareciendo nuevos problemas. Es importante explicarles que estos problemas siempre habían estado presentes pero que se encontraban enmascarados por el TOC. El terapeuta deberá comentar con los padres la posibilidad de poner en marcha otro tipo de tratamiento de manera eventual, para conseguir superar el problema, ya que las preocupaciones producidas por otras dificultades pueden desviar el foco de atención del TOC y hacer fracasar el tratamiento,

por esta razón será necesaria una intervención lo más rápida posible.

Un buen ejemplo de estas situaciones sería un niño que muestra ciertas dificultades para hacer amigos. Los padres consideran que la situación se ha convertido en un problema y consultan con el terapeuta para que intente hablar con el niño. Al cabo de unas cuantas entrevistas, se descubre un problema de pareja subyacente que en principio no tiene que ver directamente con el TOC pero que provoca un desequilibrio en los padres que puede influir directamente en su papel como coterapeutas.

### **Implicación de los padres: seleccionar los objetivos de los padres en relación a la E/PR**

En esta fase seguirá siendo el niño el que elija el grado de participación de los padres en el proceso de extinción y qué actividades realizará en el entorno familiar. En el caso que esto no ocurra o que el niño no dé su permiso a los padres para dejar de participar en los rituales del TOC, serán los padres los que marquen los objetivos de la extinción (siempre como último recurso).

Esta estrategia requerirá la presencia de dos factores muy importantes: 1. Que se escojan objetivos realistas; que el niño pueda llevar a buen término 2. Dotar a los padres de las estrategias suficientes para poder controlar la ansiedad que aparezca en el niño. En algunos casos, cuando los miembros de la familia se encuentran extremadamente involucrados en los procesos de ritualización será muy importante que tomen un papel central en el tratamiento.

El siguiente diálogo ilustra cómo puede trabajar el terapeuta para que el niño y los padres marquen los objetivos

a cumplir y aprendan a manejar la ansiedad:

**Terapeuta:** *David me ha dicho que cuando usted ha revisado todos los objetos que el considera necesario va a su habitación a darle la información sobre todo el proceso.*

**Madre:** *Es verdad, incluso debo hacerlo en un cierto orden. Si no lo hago de esa manera me pide que vuelva a empezar.*

**David:** *¡Hoy decido que no tendrás que volver a hacerlo nunca más!*

**Terapeuta:** *También hemos hablado de la ansiedad que esto le puede producir y del tiempo que tendrá que estar sin preguntarle nada.*

**Madre:** *¿Qué puedo hacer yo para ayudarlo a soportarlo?*

**Terapeuta:** *Necesitará alguna estrategia para ayudarlo a reducir su ansiedad como apoyarlo en sus ejercicios de relajación o realizando alguna actividad divertida para distraerlo. ¿David que crees que deberían hacer tus padres en el momento en el que tú empieces a hacerles preguntas?*

**David:** *La verdad es que no lo sé, supongo que tendrán que quedarse callados pero yo me pondré histérico.*

**Terapeuta:** *Crees que serviría de algo que te recordaran que el «Antes» está actuando y te ayudaran con las respiraciones en tu proceso de relación.*

**David:** *Eso quizás me ayude a llevarlo mejor.*

**Terapeuta:** *Otra estrategia podría ser hacer alguna cosa que nos sirva para expulsar al «Antes» de tu mente. A alguien se le ocurre una actividad divertida para hacer antes de ir a la cama.*

**Padre:** *Quizás podríamos leer un libro en voz alta. Eso puede servir de revulsivo.*

**David:** *¡¡Vale !! Podríamos empezar a leer el libro de Harry Potter.*

**Terapeuta:** *De acuerdo, entonces lo que haremos cuando tu nivel de ansiedad empiece a subir será empezar con las respiraciones profundas y leer el libro.*

### **Deberes**

- Antes de finalizar la sesión el niño escogerá un nuevo ítem para practicar en casa, y si aún no está preparado para afrontar un nuevo ítem continuará practicando con el anterior.
- Debemos potenciar que se generalicen las estrategias aprendidas a otras situaciones no identificadas como objetivo o como trabajo para casa. En contraste con la rapidez con la que el niño conseguía cosas al principio, en esta última fase del proceso terapéutico los avances van a ser mucho más lentos ya que se trata de los ítems más complejos. Será importante que el niño comprenda que habituarse a una sola de estas situaciones finales puede ser un triunfo mayor que el conseguido con objetivos anteriores.
- Si el objetivo de exposición elegido es excesivamente difícil para el niño podrá requerir la ayuda de los padres o un amigo como coterapeuta.

### **PREVENIR LA RECAÍDA**

Nos vamos acercando al final del proceso terapéutico y David ya empieza a ver que el «Antes» empieza a diluirse, a desaparecer. También es consciente de

que no debe bajar la guardia y de que el TOC puede sorprenderle en el momento que menos se lo espere. La terapeuta pregunta a David cómo cree que el TOC podría intentar sorprenderle de nuevo. La respuesta del niño se refiere a los aspectos relacionados con el miedo a la contaminación. Durante esta sesión y a lo largo de la semana deberá reforzar el trabajo realizado en relación a estos miedos repitiendo diferentes situaciones de exposición que anteriormente suponían un problema. Aunque los niveles de ansiedad se controlan y no aparecen problemas significativos él sabe que este tipo de actividades complementarias pueden servirle en el caso de que el TOC intente aparecer de nuevo.

### Objetivos

- Explicar el concepto de prevención de la recaída.
- Facilitar la exposición en imaginación.
- Elaborar preguntas o problemas relacionados con el final de la terapia.

### Revisar los deberes

Como cada semana revisamos los deberes de la semana pasada esta actividad nos puede proporcionar una oportunidad para comentar los resultados y para obtener un buen *feedback*.

En el caso que el niño esté dando ciertos problemas en las exposiciones finales debemos dejarle claro que el esfuerzo continuo es imprescindible. Resulta importante comunicar una idea de optimismo y de que los síntomas residuales siguen apareciendo hasta el final del tratamiento.

### Explicar el concepto de prevención de la recaída

Ahora que los síntomas del TOC se han reducido es necesario introducir el concepto de prevención de la recaída. El niño puede preferir no pensar en la posibilidad de la recaída, de todas maneras, hay que dejar claro que la prevención de la recaída es una tarea de exposición necesaria para la lucha contra la enfermedad. En este contexto, usaremos el término «resbalón» para referirnos a un breve e inesperado síntoma que aflora momentáneamente. Este concepto lo distinguiremos de una recaída, en la que el TOC realiza un sustancial y persistente retorno que requiere los máximos esfuerzos del niño para resistirse.

Debemos ayudar al niño a darse cuenta que un pequeño «resbalón» no significa la pérdida de lo ganado durante el tratamiento. Los «resbalones» son de tiempo limitado y con la apropiada intervención son fácilmente solucionados (la mejor manera de que los resbalones no se conviertan en recaídas consiste en hacer que el niño sea consciente de que debe volver a utilizar las estrategias que ha aprendido).

### Facilitar la exposición en imaginación

La duración de las mejoras debidas a la Terapia Cognitivo-Conductual dependerá del nivel de internalización de las técnicas que este tratamiento proporciona.

El objetivo de esta sesión es reforzar esta internalización, el objetivo final será que el niño acabe haciendo automáticamente lo contrario a lo que el TOC está requiriendo.

En el proceso de prevención de la

recaída se pide al niño que imagine un «resbalón» esperable, en el que el niño lucha con éxito y acaba venciendo gracias a la aplicación de las técnicas aprendidas durante el tratamiento.

- Primero debemos pedir al niño que describa el síntoma TOC.
- Motivar al niño a imaginar el «resbalón» como si estuviera pasando realmente, con todas sus características, el objetivo final será la exposición en imaginación.
- Durante la exposición en imaginación el niño mide su ansiedad en intervalos de 1 a 2 minutos usando el termómetro del miedo.
- En los picos de ansiedad debemos hacer que el niño utilice las estrategias, especialmente el habla constructiva.
- Cuando el nivel de ansiedad del niño vuelve a estar a cero, el trabajo de exposición habrá terminado.
- Después de completar este trabajo, hacer una revisión de la mayor parte de síntomas enumerados en la CY-BOCS y discutir con el niño cómo pueden aparecer y realizar una breve exposición para prevenir el establecimiento del nuevo síntoma.

En el caso de que el niño haya recibido medicación para el TOC es importante enfatizar que es el niño el responsable del cambio y la medicación es simplemente una ayuda. De otra manera, el niño podría atribuir el éxito a la medicación. También debemos informar de la necesidad de realizar alguna sesión de refuerzo en el momento en el que el niño deje de tomar la medicación.

Este diálogo ilustra un ejercicio guiado para entender la prevención de la recaída:

**Terapeuta:** *David vamos a intentar imaginar que el TOC intenta volver a aparecer después de 2 o 3 años sin dar señales de vida. Tú estás andando por el pasillo de la escuela y a lo lejos ves acercarse a tu amigo Juan, muy contento y con claras intenciones de abalanzarse sobre ti. De pronto sientes la incontrolable necesidad de evitar el contacto corporal. Crees que Juan puede estar infectado con algún germen mortal que te afecte a ti y a los miembros de tu familia.*

**David:** *¡Vaya! Primero saludaría al «Antes». ¡Seguro que estás por ahí! He reconocido sus artimañas para intentar controlarme. Luego le diría que no tengo tiempo que perder con sus juegos y que no quiero hacerle un feo a mí amigo por culpa de sus tonterías. Una vez superada la situación iría a clase e intentaría calmarme.*

**Terapeuta:** *¡Perfecto David! ¡Eres todo un experto!*

### **Elaborar preguntas o problemas relacionados con el final de la terapia**

*¿Qué pasa después del tratamiento?*

El miedo causado por el «resbalón» no solo está relacionado con el TOC, si no con la pérdida de lo conseguido durante el tratamiento. Los adolescentes particularmente, hacen preguntas cerca de la cronicidad. Como parte de la prevención de la recaída paciente y terapeuta pueden discutir como el TOC afecta al desarrollo normal de la vida. Aunque no es posible anticipar todas las preguntas que pueden aparecer durante esta período del tratamiento, serán muy habituales las preguntas de tipo existencial.

Por ejemplo: el paciente puede preocuparse por cómo puede afectar la

enfermedad a sus posibilidades de ser feliz. Tratar este tipo de cuestiones al principio del tratamiento puede ser positivo siempre que nuestras respuestas convengan al paciente, en el caso contrario pueden inhibir el correcto desarrollo de la terapia.

Por otro lado, dependiendo del temperamento del niño y de la historia familiar en enfermedades mentales, el terapeuta puede realizar una pequeña revisión del posible riesgo evolutivo para la aparición de nuevas enfermedades mentales.

Finalmente, nunca daremos «un punto y final al tratamiento», siempre debemos dejar una puerta abierta por si el paciente necesita volver a trabajar su problema con el TOC o con otro tipo de enfermedad mental.

### **La colaboración de los padres**

Los padres deben ser animados a premiar los esfuerzos del niño por resistir los «resbalones» del TOC, el mayor énfasis para los padres debe estar puesto en la prevención de la recaída y en focalizar su atención en los elementos positivos de la vida del niño.

Será importante que los padres comprendan el peligro potencial de los resbalones y las recaídas para que intenten retomar la normalidad lo antes posible. Los padres deben estar alerta y pensar en la posibilidad de una recaída para no ser sorprendidos por un nuevo ataque del TOC.

El terapeuta puede sugerir a los padres la necesidad de realizar cierto número de sesiones de refuerzo en un futuro. Puede ser de ayuda ser francos con los padres de los niños con un TOC grave, acerca de la realidad de los síntomas persistentes y de la probabilidad

de una posible reaparición o incluso empeoramiento de estos en el futuro.

También hay que dejar claro a los padres que, tanto ellos como su hijo han aprendido estrategias para luchar contra el TOC, que podrán ser usadas en cualquier momento.

### **Deberes**

- Esta semana el trabajo consiste en una exposición para la prevención de la recaída que podrá ser realizada en imaginación o en vivo.
- El niño puede escoger también otro trabajo de exposición con algún síntoma que todavía no haya sido superado de manera satisfactoria, incluso síntomas subclínicos.
- El niño deberá utilizar el termómetro del miedo para medir la ansiedad, incluso cuando los niveles sean casi imperceptibles.

### **LLEGA EL FINAL DE LA TERAPIA**

David está muy contento, hoy es el último día de la terapia, y ha conseguido los objetivos que tanto había deseado. La terapeuta se presenta en la sesión con un certificado que acredita los éxitos conseguidos y hablan sobre cómo David va a celebrar el final del tratamiento.

Durante la sesión David nos explica un nuevo episodio de su lucha contra el TOC.

Ayer fue capaz de jugar un partido de fútbol durante el recreo y celebrar los goles con sus compañeros sin sentirse incómodo con los abrazos y el contacto físico, fue un momento muy especial para él; por primera vez en mucho tiempo no se sentía diferente al resto de sus compañeros de curso.

## Objetivos

- Celebrar los éxitos del niño.
- Entregar al niño un certificado del éxito conseguido en la terapia.
- Animar al niño a notificar a sus amigos y familiares el éxito de la terapia.

### *Celebrar los éxitos del niño*

Esta sesión se centra en reconocer todos los esfuerzos que el niño ha hecho durante el proceso de tratamiento. Durante esta sesión el niño es animado a reconocer el territorio que ha ganado al TOC. Recordar todo el proceso terapéutico ayuda al niño a consolidar un nuevo mapa, una nueva historia vital sin el TOC. La nueva historia vital del niño sin el TOC se torna más real y palpable si presentamos un certificado de éxito en la terapia.

### *La presentación del certificado de éxito*

Se presentará un certificado de éxito al niño en el que el terapeuta dará la enhorabuena por un trabajo bien hecho.

Gracias a este certificado el niño no deberá esconderse más y podrá notificar a las otras personas que el TOC está bajo su control.

### *Animar al niño a notificarlo*

La notificación a los miembros de la familia y a los amigos, en muchos casos, puede actuar como factor de refuerzo de las mejoras conseguidas en relación a la enfermedad.

El triunfo del niño sobre el TOC es un testamento acerca de su competencia, sus habilidades y contrasta con su

disfunción o su imposibilidad de control ante la enfermedad. Aunque no sea necesario decírselo a todo el mundo, el terapeuta puede animar al niño para que lo comunique como mínimo, a sus mejores amigos y a los adultos más cercanos.

### **La implicación de los padres**

El terapeuta debe recordar a los padres la necesidad de realizar sesiones de seguimiento de la enfermedad, haciendo hincapié en la posibilidad de la recaída. Para muchos niños, visitas mensuales o cada dos meses pueden ser necesarias para poder manejar problemas residuales de la enfermedad.

### *Deberes*

- Notificar a los miembros de la familia y a los amigos escogidos durante la sesión, los éxitos de la terapia. Esto se puede realizar verbalmente o enseñando el certificado.
- Una de las tareas finales podría ser enmarcar el certificado del niño.

Emplazamos al niño y a los padres para realizar una sesión de refuerzo en 6 semanas.

## **SESIÓN DE REFUERZO**

La sesión de refuerzo servirá a la terapeuta como mecanismo para evaluar si los logros conseguidos con el tratamiento se mantienen en el tiempo y hasta qué punto se han consolidado de manera adecuada.

Durante la sesión, David refiere que su control sobre la enfermedad se man-

tiene al mismo nivel que en la sesión anterior, casi ni se acuerda del TOC y afirma que el «Antes» debe haberse escondido, debe tener miedo porque hace mucho tiempo que no aparece.

Mediante una elaborada entrevista clínica, el terapeuta intenta indagar sobre los aspectos que se consideraban problemáticos en etapas anteriores, con el objetivo de valorar la solidez de los cambios que el niño presenta en la actualidad.

### Objetivos

- Celebrar los éxitos del niño.
- Revisar las herramientas o estrategias.
- Volver a reforzar la prevención de la recaída.

### *Chequeo del estado de la enfermedad*

El objetivo principal de esta sesión es la de reforzar la sensación del niño de haber cubierto los objetivos marcados, intentando que atribuya el éxito de la terapia a él mismo y no al terapeuta o a la medicación.

El terapeuta empieza la sesión revisando las 6 últimas semanas en busca de síntomas nuevos o residuales, fijándose en cómo el niño ha usado sus estrategias para manejar correctamente estos síntomas.

### *Revisión de las herramientas o estrategias*

Una vez establecido el estado actual del TOC, el terapeuta revisa cada herramienta en el conjunto (o kit) de estrategias del niño.

El terapeuta y el niño pueden recordar un ejemplo de cómo el niño usó las diferentes estrategias para enfrentarse al TOC durante la fase de tratamiento, incluso si es necesario, aquellas utilizadas durante el período entre el final de la terapia y la sesión de refuerzo.

Finalmente, para volver a reforzar la prevención de la recaída y el entrenamiento en generalización, el terapeuta puede repetir las exposiciones en imaginación más importantes que el niño aprendió durante la sesión 19.

### Implicación de los padres

Como siempre, los padres son animados a proporcionar un buen *feedback* en relación al progreso del niño. Durante esta sesión el terapeuta intentará tratar las dudas que los padres puedan tener sobre el proceso de seguimiento y control.

También es importante informar a los padres que pueden pedir consejo al terapeuta en el momento en que el niño tenga dificultades con el TOC y necesite sesiones adicionales de refuerzo.

### *Deberes*

- El trabajo para casa será animar al niño a notificar a los miembros de la familia y a los amigos que el tratamiento ha finalizado.
- Las visitas de seguimiento se realizarán cada mes o cada 3 meses, dependiendo de cómo el niño haya neutralizado al TOC y de la solidez de los cambios conseguidos. Las visitas mensuales se realizan durante el primer año, después las visitas de seguimiento se realizarán anualmente.

# Aplicaciones prácticas del programa según las características del TOC

## TRATAMIENTO PARA PACIENTES «LIMPIADORES»

Jordi se mete en la ducha y está una hora

### *Motivo de consulta*

Jordi acude a consulta de Paidopsiquiatría del Hospital de la Vall d'Hebron a los 16 años y 6 meses, a petición de la escuela. El motivo de consulta es la presencia de manías que le incapacitan, ya que le llevan mucho tiempo y le generan un nivel de ansiedad importante.

Los padres lo describen como un niño muy tímido, nervioso y muy lento, que hace cosas que según él no puede evitar, como por ejemplo tardar más de una hora para ducharse.

También nos explican que tiene algunas manías como por ejemplo que no puede llevar botones, que cuando entra en una habitación enciende y apaga varias veces la luz y se limpia las manos muchas veces al día. Los padres piensan que tiene miedo a algo que no saben qué es. En la escuela tiene pocos amigos, aunque no es conflictivo.

### *Datos relevantes de la historia clínica*

Los datos recogidos en la anamnesis ponen de manifiesto que Jordi es el hijo menor de tres hermanos. Su madre de 53 años es ama de casa y su padre de 53 años trabaja de conserje en el ayuntamiento. Actualmente conviven solo los padres y Jordi, ya que los hermanos mayores se han emancipado.

Jordi es fruto de un embarazo planeado, que transcurre con normalidad. El parto fue por cesárea, y pesó 3,800Kg al nacer. Se alimenta con lactancia materna hasta los tres meses de edad.

Los padres destacan que presentó un sueño muy inquieto durante el primer año de vida. Su desarrollo evolutivo transcurre dentro de los límites de la normalidad.

A partir de los 3 años, los padres notan un cambio en su carácter, mostrándose cada vez más tímido y maniático.

De los datos recogidos a través de las entrevistas destacan como antecedentes significativos que desde los 5 años empieza a presentar dificultades de relación con los compañeros y un retraso en los aprendizajes que hace que repita dos cursos (4º primaria y 1º de ESO).

A los 13-14 años hace varias crisis de ansiedad en la escuela, que remiten sin tratamiento. A partir de este momento se observa un incremento de la inhibición, con síntomas depresivos y un aumento de los síntomas obsesivos-compulsivos.

Existen antecedentes familiares significativos: la abuela materna con rasgos obsesivo-compulsivos y el padre en tratamiento farmacológico por depresión.

### *Metodología de evaluación*

Ante este motivo de consulta, y después de diversas entrevistas clínicas tanto con Jordi como con sus progenitores, se realiza un estudio psicológico con el objetivo de explorar las diferentes áreas implicadas, para poder concretar un diagnóstico.

La duración de la evaluación psicológica se limita a un total de 3 sesiones con una duración de 6 horas de exploración, durante las cuales se le administran las siguientes pruebas psicométricas:

*Capacidades, aptitudes, habilidades y aprendizajes:*

- Escala de Inteligencia de Wechsler para Niños Revisada (WISC-R)
- Test de Atención Selectiva y Sostenida (TASS)
- Puntos a Contar de Rey.

*Aspectos temperamentales y de personalidad:*

- Inventario Multifásico de Personalidad de Minnesota (MMPI)
- Cuestionario de Personalidad 16-PF.

*Escalas comportamentales:*

- Cuestionario de Ansiedad Estado-Rasgo (STAI)
- Cuestionario de Depresión de Beck
- Test Autoevaluativo Multifactorial de Adaptación Infantil (TAMAI).

*Escalas de valoración de los síntomas obsesivos-compulsivos y nivel de severidad:*

- Escala de Obesiones y Compulsiones de Yale- Brown.

*Aspectos emocionales y de personalidad:*

- Test Proyectivo de la Casa-Árbol-Persona (HTP-P)
- Test Gráfico de la Familia
- Test Proyectivo de la Autoimagen

### *Resultados de la exploración*

Los resultados obtenidos apuntan a la presencia de un nivel intelectual dentro de los límites de la normalidad, con un QI Verbal de 96 y un QI Manipulativo de 98. El QI Total es de 95.

En las curvas de atención se observa que Jordi tiene más en cuenta la precisión que la rapidez al completar las

pruebas, con una cantidad de figuras revisadas baja, pero una calidad elevada.

Los resultados obtenidos en los cuestionarios de personalidad ponen de manifiesto que Jordi presenta múltiples síntomas neuróticos como depresión, nerviosismo, ansiedad, baja autoestima, fatiga e inestabilidad emocional.

Tiene rasgos depresivos y obsesivos, que se ponen de manifiesto en una actitud rígida e hipersensible. Con mucha tendencia a angustiarse y preocuparse excesivamente por cosas sin importancia.

Destaca también una marcada tendencia perfeccionista, y un elevado autocontrol.

A partir de los resultados de los cuestionarios de ansiedad observamos que Jordi se encuentra en un estado significativo de ansiedad y que existe una tendencia elevada a mostrar ansiedad alta frente a situaciones de estrés o frustración, y a percibir las situaciones como amenazantes.

Así mismo presenta un trastorno ligero del estado de ánimo con sentimientos de tristeza y desesperanza.

Los resultados del TAMAI muestran un nivel de inadaptación personal, escolar y social elevado.

Conjuntamente con los resultados ya expuestos, la hipótesis que inicialmente nos habíamos planteado se va confirmando con los resultados obtenidos en la Escala Yale-Brown de Obsesiones y Compulsiones.

Las obsesiones predominantes que presenta Jordi en el momento de la exploración son las siguientes:

*Obsesiones de contaminación:*

- Preocupación o asco a las deposiciones, secreciones

*Obsesiones somáticas:*

- Preocupación excesiva por enfermedades y trastornos

*Obsesiones religiosas:*

- Temor de ofender a figuras religiosas

*Obsesiones diversas:*

- Temor a perder las llaves
- Imágenes intrusivas de personas queridas en peligro o muertas.

El tiempo ocupado por las obsesiones es leve (menos de una hora diaria, o intrusiones ocasionales), aunque el grado de interferencia de estos pensamientos es severo y le provocan un malestar moderado. Jordi intenta resistirse a las obsesiones la mayor parte del tiempo, y a veces es capaz de parar o desviarlas.

Las compulsiones predominantes que presenta Jordi son las siguientes:

*Compulsión de lavado / limpieza:*

- Lavado de manos excesivo
- Rituales en las rutinas de ducha y aseo

*Compulsiones de revisar / comprobar:*

- Revisión asociada a lavarse, vestirse o desvestirse

*Compulsiones de repetición:*

- Necesidad de releer y rescribir

*Compulsiones diversas:*

- Excesiva elaboración de listas

El tiempo ocupado en realizar las compulsiones es moderado, de entre una y tres horas diarias. Jordi hace algunos esfuerzos por resistirse, aunque el grado de control es muy bajo. Estas compulsiones interfieren de forma significativa en sus actividades sociales y

escolares, ya que el nivel de malestar es moderado.

Destaca también un grado de lentitud generalizada moderada y el grado de severidad global que también lo consideramos como moderado.

Finalmente, en los test proyectivos aparecen también rasgos obsesivos, sentimientos de inseguridad, ansiedad, de tristeza, dificultades en las relaciones interpersonales, deseos regresivos, sensibilidad a las críticas, y un buen grado de adaptación a la realidad familiar.

Con los resultados obtenidos en la evaluación psicodiagnóstica de Jordi y con los datos recogidos a través de la anamnesis y las entrevistas diagnósticas, planteamos como hipótesis la presencia un Trastorno Obsesivo-Compulsivo, que presenta como sintomatología asociada rasgos depresivos.

## Tratamiento

Después de realizar las sesiones de exploración y una vez obtenidos los resultados de las mismas, se realiza una sesión de devolución a la que asisten tanto Jordi como sus padres.

Durante esta sesión se comunica la hipótesis diagnóstica, a la vez que se intenta informar sobre las características de la enfermedad y responder a las preguntas que van surgiendo durante la entrevista.

Como orientación terapéutica recomendamos realizar un tratamiento de tipo combinado:

- Tratamiento Farmacológico con Inhibidores Selectivos de la Recaptación de Serotonina (Besitran 150 mg).
- Psicoterapia de tipo Cognitivo-Conductual.

El tratamiento farmacológico se inicia de inmediato y se cita a Jordi para iniciar el tratamiento psicoterapéutico durante la semana siguiente.

Jordi es sometido al tratamiento terapéutico habitual de 20 sesiones que en este caso se alargó, hasta las 24 sesiones, debido a la necesidad de realizar algunas sesiones suplementarias de intervención en el contexto familiar.

Durante las diferentes sesiones de exposición con prevención de respuesta debimos realizar algunas modificaciones en el protocolo de intervención para intentar atajar las obsesiones y los rituales de limpieza que presentaba Jordi.

En el caso de estos pacientes, a los que llamamos limpiadores, se sienten contaminados por ciertas situaciones u objetos de la vida diaria. La ansiedad que genera esta contaminación es compensada temporalmente por la realización de rituales de limpieza.

Jordi presenta dos procesos de ritualización muy específicos: 1. Limpiarse las manos cada vez que entra en contacto con el estímulo temido, lo que puede significar limpiarse más de 20 veces diarias 2. Realizar un ritual de ducha que consiste en una secuencia predeterminada (cabeza, extremidades superiores, extremidades inferiores y tronco) que repite un total de 3 veces. Durante el día suele realizar un total de 4 sesiones de ducha, que aumentan en verano debido a la presencia de una mayor sudoración.

Durante la sexta sesión instamos a Jordi a estructurar una jerarquía de ansiedad (de 0 a 100) ante situaciones en las que aparece el miedo a ser contaminado, el resultado obtenido fue el siguiente:

- Tocar el pomo de una puerta: Ansiedad 55

- Beber del vaso de otra persona o de su propio vaso sin haberlo lavado antes: Ansiedad 65
- Dar la mano o tocar a alguien mojado de sudor: Ansiedad 75
- Llevar la camiseta mojada de sudor: Ansiedad 85
- Tocar un lavabo público: Ansiedad 90
- Limpiar puntos de orina con papel higiénico: Ansiedad 100

El tratamiento en este sentido incluye la exposición a la situación temida y el impedimento del ritual. Durante la primera sesión la exposición se realiza en imaginación, controlando los niveles de ansiedad y utilizando técnicas de relajación para reducir la ansiedad.

Durante las sesiones posteriores se inicia un tratamiento basado en una exposición en vivo, iniciando el tratamiento por el primer ítem de la jerarquía de ansiedad:

**Terapeuta:** *Jordi debemos dar un paso más para superar estos miedos. La semana pasada realizamos una exposición imaginando cada una de las situaciones y los resultados fueron bastante positivos. El siguiente paso sólo puede ser el afrontamiento de la situación en la realidad.*

**Jordi:** *¿Qué quieres decir con, en la realidad?*

**Terapeuta:** *Debemos exponernos a las diferentes situaciones. Pero no te preocupes, empezaremos por los ítems más bajos de la jerarquía e iremos escalando posiciones según los vayamos superando.*

**Jordi:** *¡¡Uff!! No sé si voy a ser capaz pero lo intentaré. Ya me estoy poniendo nervioso.*

**Terapeuta:** *Vamos a empezar tocando el pomo de la puerta de mi despacho. ¿Qué ni-*

*vel de ansiedad le adjudicarías a la situación actual?*

**Jordi:** *¡No sé! Creo que como mínimo un 75. ¿Crees que es poco?*

**Terapeuta:** *¡No, está bien! Ahora debes tocar el pomo de la puerta con la mano derecha de manera repetida, como mínimo 8 veces consecutivas.*

**Jordi:** *¡¡Estás loco!! Está bien, lo intentaré.*

**Terapeuta:** *¡Muy bien Jordi! Ahora debes hacer lo mismo con la mano izquierda.*

**Terapeuta:** *¡¡Ves como no es tan difícil!!*

**Jordi:** *Porque estás tú aquí, que si no...*

**Terapeuta:** *De acuerdo, ahora debes pasarte las manos por la cara, restregándotelas bien.*

**Jordi:** *Ya hemos llegado hasta aquí, ahora no me voy a rendir.*

*Al cabo de unos minutos:*

**Terapeuta:** *Debemos volver a valorar tu nivel de ansiedad. ¿Qué valor le pones en estos momentos?*

**Jordi:** *Creo que al fin y al cabo no ha sido tan horrible. Quizás estamos en un nivel 45.*

**Terapeuta:** *¡¡Perfecto!! Vamos por buen camino.*

En el paso siguiente se pide al paciente que se toque los cabellos y la ropa. También se le insta a tocar el pomo de la puerta con una toalla y que después al llegar a casa toque sus cosas con la toalla contaminada.

Esta práctica se repetirá hasta que se haya producido una habituación. Seguidamente se iniciará la exposición con el vaso sucio, siguiendo las mismas pautas que con el pomo. Este proceso se repetirá para cada uno de los ítems de la jerarquía.

En relación al impedimento de los rituales, durante la primera semana se le prohíbe limpiarse las manos y ducharse más de dos veces siempre sin practicar ningún ritual. Durante la segunda semana, ya se le permite limpiarse las manos tres veces al día pero sin realizar ningún ritual. El número de duchas semanales también fue aumentando de manera progresiva.

## **TRATAMIENTO PARA PACIENTES «VERIFICADORES Y REPETIDORES»**

### **Marcos es un niño miedoso**

#### *Motivo de consulta*

Cuando Marcos contaba con 10 años de edad sus padres acudieron al servicio de paidopsiquiatría preocupados por los miedos y las fantasías que asediaban la mente del niño durante los últimos meses.

En un principio parecía que Marcos presentaba un cuadro caracterizado por la aparición de miedos insidiosos y repetidas pesadillas nocturnas. Su madre refiere que Marcos parece creerse sus historias terroríficas, confundiendo la realidad con la ficción. Por otro lado, de un tiempo a esta parte Marcos se ha vuelto muy mentiroso volviendo a tomar una actitud de realidad ante sus cuentos de hadas. Como consecuencia del miedo que Marcos siente debido al carácter de veracidad de sus historias es

incapaz de dormir sin encender la luz y cerrar las puertas con llave, a la vez que puede llevar a comprobar que las puertas están cerradas más de 10 veces durante la noche. Por otro lado, ha hecho partícipes del problema a sus padres obligándoles a comprobar las puertas y ventanas una vez que él ya está en su dormitorio.

En otro momento de la conversación, el padre del niño afirma que Marcos idealiza de manera exagerada la figura de sus padres y verbaliza un miedo extremo a que les pueda suceder alguna cosa mala.

#### *Datos relevantes de la historia clínica*

Marcos es el único hijo de Dolores y Francisco. Su madre, Dolores de 37 años de edad trabaja como costurera; el padre, Francisco de 39 años se dedica a la construcción

Durante la práctica de las diferentes entrevistas clínicas la información obtenida nos presenta a un niño que nace por parto natural, planeado y deseado por ambos progenitores y pesando 3200 gr. No recibe lactancia materna y no acepta los alimentos sólidos durante los primeros meses. Marcos parece haberse desarrollado de una manera adecuada sin sufrir ningún tipo de retraso de tipo madurativo en ninguno de los diferentes estadios evolutivos.

Sus padres definen a Marcos como un niño muy sensible, siendo capaz de cambiar de humor en cuestión de minutos y mostrar episodios de una marcada agresividad. Es un joven miedoso y se muestra excesivamente dependiente de sus figuras de apego presentando escasas estrategias de afrontamiento y autonomía personal.

Desde el punto de vista emocional se

muestra extremadamente cariñoso, absorbente y con una fuerte necesidad de agradar. Por otro lado, en el ámbito motor se refiere una marcada inquietud e impulsividad observándose un constante rechinar de dientes que Marcos dice no poder controlar. Según la madre siempre ha sido un joven triste, encerrado en sus fantasías y con dificultades para iniciar relaciones con otros niños de su edad.

Incluso mostrando una fuerte inquietud siempre fue un niño muy obediente y meticulado, desde siempre se ha mostrado extremadamente pulcro con sus cosas, manteniendo un orden férreo en su material escolar.

Hasta los 9 años de edad había sido un buen estudiante que obtenía excelentes calificaciones, a partir de ese momento su rendimiento académico empezó a disminuir de forma inexplicable. Su adaptación al entorno escolar siempre había sido buena y no presentaba ninguna discapacidad de tipo cognitivo o problemas del aprendizaje que pudieran explicar sus dificultades escolares.

En el plano social siempre se había mostrado excesivamente sumiso en su relación con los otros niños y no parecía tener muchos amigos, a excepción de Luis su amigo del alma al que mencionó en varias ocasiones durante las entrevistas.

Prefería los juegos individuales y en muchas ocasiones era capaz de pasar horas y horas fantaseando sobre mundos imaginarios que él mismo construía en su mente.

La información reportada por la madre no indicó la existencia de antecedentes psicopatológicos destacables a nivel familiar, a no ser por sus problemas de ansiedad que estaban siendo tratados farmacológicamente desde hacia ya 3 años.

### *Metodología de evaluación*

Durante las sesiones de evaluación se exploraron las diferentes áreas implicadas con el objetivo de poder concretar el diagnóstico y aconsejar la estrategia terapéutica más adecuada para el caso de Marcos. La batería de pruebas realizada a Marcos consistió en:

#### *Capacidades, aptitudes, habilidades y aprendizajes:*

- Batería (K-ABC)
- Puntos a Contar de Rey
- Test de Percepción de Diferencia: Caras
- Test Gestáltico Visiomotor de Bender
- Figura Compleja de Rey.

#### *Aspectos temperamentales y de personalidad:*

- Cuestionario de Personalidad de Eysenck para niños (EPQ-J).

#### *Escalas comportamentales:*

- Cuestionario de Depresión Infantil (CDI)
- Cuestionario de Ansiedad Estado/Rasgo (STAIC)
- Inventario de Miedos
- Cuestionario de Comportamiento Infantil de Achenbach para Padres y Profesores (CBCL)
- Test Autoevaluativo Multifactorial de Adaptación Infantil (TAMAI).

#### *Escalas de valoración de los síntomas obsesivos-compulsivos y nivel de severidad:*

- Escala Yale-Brown de Obsesiones y Compulsiones.

*Aspectos emocionales y de personalidad:*

- Test Proyectivo de la Casa-Árbol-Persona (HTP-P)
- Test Gráfico de la Familia

**Resultados de la exploración**

Los diferentes resultados obtenidos en las pruebas realizadas a Marcos presentan a un niño con un nivel neuromadurativo adecuado para su edad, unas capacidades intelectuales medio-altas, su capacidad de atención tanto selectiva como sostenida se encuentra dentro de los límites de la normalidad sin mostrar una gráfica de resultados definida y no indica dificultades en el ámbito perceptivo o visoconstructivo.

Se trata de un niño inestable emocionalmente que aunque no presenta un rasgo generalizado de ansiedad sí puede presentar estados de ansiedad puntuales ante situaciones vividas como amenazantes.

Por otro lado, los resultados del inventario de miedos indicaban una fuerte tendencia a sentirse exageradamente amenazado en diferentes situaciones, entre las que podríamos destacar: miedo a las pesadillas, miedo a los gérmenes y a los terremotos, a la muerte y a la oscuridad, miedo a estar solo y a no ser capaz de respirar.

En relación a los aspectos depresivos las puntuaciones obtenidas en el Cuestionario de Depresión Infantil (CDI) eran significativas de la presencia de un episodio depresivo de tipo moderado.

La hipótesis diagnóstica de Trastorno Obsesivo Compulsivo que se consideraba desde un inicio se ve fortalecida por la información que ofrece la Child Yale-Brown Obsesive Compulsive Scale (CY-BOCS) según esta Marcos presenta

los siguientes pensamientos y actos de tipo obsesivo:

Las obsesiones predominantes que presenta Marcos en el momento de la exploración son las siguientes:

*Obsesiones de contaminación*

- Preocupación excesiva por la suciedad y los gérmenes.

*Obsesiones agresivas:*

- Temor a que otros sufran daños, en especial sus padres
- Imágenes violentas repetidas.

*Obsesiones diversas:*

- mágenes intrusivas relacionadas con aspectos terroríficos.

El tiempo ocupado por las obsesiones es moderado (De dos a tres horas diarias), el grado de interferencia de estos pensamientos es severo y le provocan un malestar moderado. Marcos realiza leves intentos por resistirse a las obsesiones, y pocas veces es capaz de parar o desviarlas.

Los rituales compulsivos derivados de estos pensamientos obsesivos se definían como:

*Compulsiones de revisar / comprobar:*

- Antes de irse a la cama comprueba que las ventanas y la puerta de la casa estaban cerradas. Una vez en la cama pide a sus padres que vuelvan a comprobarlo y a informarle sobre el resultado de la comprobación. Durante el transcurso de la noche vuelve a revisar entre 5 y 10 veces. Esta conducta respondía al miedo que tenía a que algo terrible les pudiera

pasar a sus padres mientras él dormía.

- Durante el día necesita estar en contacto con sus padres para saber que nada malo les ha pasado, en este caso puede llamar a su padre al trabajo más de 10 veces en una tarde.

Aparte de los rituales relacionados directamente con un pensamiento obsesivo aparecen compulsiones aisladas:

*Compulsiones de acaparar:*

- Dificultad exagerada para tirar cosas a la basura.

*Misceláneas de compulsiones:*

- Necesidad de hacer repicar sus dedos contra la mesa sin ningún sentido aparente.

El tiempo ocupado en realizar las compulsiones es moderado, de entre dos y tres horas diarias. Marcos hace pocos esfuerzos por resistirse y el grado de control resulta extremadamente bajo.

**Tratamiento**

Después de considerar los diferentes datos reportados durante la exploración, Marcos fue diagnosticado de Trastorno Obsesivo Compulsivo con mezcla de obsesiones y compulsiones iniciando inmediatamente tratamiento farmacológico con inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina (Anafranil 75 mg), a la vez que entraba en un programa de tratamiento psicoterapéutico de tipo cognitivo-conductual para ayudarle a reducir la intensidad y la aparición de los síntomas obsesivos.

En el caso de los pacientes verificadores resulta complicado identificar las situaciones exactas que provocan ansiedad. En el caso de los repetidores, muy a menudo no hay situaciones externas que precipiten la urgencia de realización del ritual. Por todo esto, es difícil generar situaciones en que la persona mantenga la ansiedad durante un período largo de tiempo.

Muchas veces, con los pacientes verificadores será necesario realizar la terapia en su entorno natural. Se utiliza bastante la práctica imaginaria y el tratamiento se centra más en impedir la realización de la verificación (impedir el ritual), que no en la exposición. Si no se elimina la verificación, la práctica deja de tener sentido. La misma explicación puede servir para los repetidores.

Debemos establecer una jerarquía. Un ejemplo sería en el caso de las verificaciones de Marcos:

- Miedo a que alguien pueda entrar por la noche para matar a sus padres: ansiedad 100
- Miedo a que alguien entre en su casa para robar y se ensañe con sus padres: ansiedad 90
- Miedo a que sus padres puedan salir mientras él duerme y sufran un ataque: ansiedad 70
- Miedo a que sus padres deban salir por la noche mientras él duerme y alguien les ponga en una situación comprometida o desagradable: ansiedad 60

La exposición se inicia a través de la práctica imaginaria del ítem que provoca menos ansiedad «sus padres salen por la noche para dar un paseo y airearse un poco. De golpe, unos jóvenes se acercan a ellos y les piden dinero. Sus padres se niegan entrando en una dis-

cusión extremadamente violenta». La práctica en imaginación tendrá un sentido en el momento en el que Marcos no pueda realizar la verificación del estado de sus padres, realizando una llamada telefónica o saliendo a la sala de espera para comprobar que su madre se encuentra ahí y no le ha pasado nada malo.

**Terapeuta:** *¿Recuerdas cuando te expliqué lo que era una «exposición en imaginación»?*

**Marcos:** *¿Cómo?*

**Terapeuta:** *Recuerdas un ejercicio en el que debías imaginar una situación como si fuera una película de cine; imaginando los personajes, las cosas que pasan, los decorados.....*

**Marcos:** *¡Vale, vale! ¡Ahora me acuerdo!*

**Terapeuta:** *Para hacer que el miedo desaparezca, debemos intentar imaginar todas las situaciones que hemos puesto en esta lista, como si se tratara de una película.*

**Marcos:** *¡No! ¡Eso no quiero hacerlo!*

**Terapeuta:** *No te preocupes, iremos muy poco a poco. Empezaremos por la de abajo y cuando ya no té de miedo seguiremos hacia arriba. Recuerda que estos ejercicios son muy importantes para conseguir vencer al TOC.*

**Marcos:** *Con la primera igual pued, pero las demás son muy difíciles.*

**Terapeuta:** *No te preocupes, lo haremos poco a poco, pero al final lo conseguirás.*

También se pueden buscar nuevas escenas para realizar la práctica en imaginación. Cada escena durará entre 15 y

20 minutos y se repite 3 veces por sesión. El tiempo de imaginación es largo porque resulta muy importante que se reproduzca cualquier detalle angustiante de la situación, y sobre todo reproducir los diferentes sentimientos que aparecen como el de malestar, de culpa, la exposición se repetirá hasta que la ansiedad haya disminuido significativamente.

Paralelamente a estas situaciones, en la práctica imaginaria será necesario que el paciente vaya afrontando las situaciones de la vida real que le activen su urgencia de verificar. Este tratamiento puede llegar a requerir el trabajo en casa del paciente. En el caso de Marcos, se realizaron diferentes pactos con sus padres para ir disminuyendo progresivamente el número de verificaciones nocturnas y diurnas. Cuando la ansiedad de Marcos empezó a disminuir, los padres iniciaron pequeños paseos nocturnos, de una duración progresivamente aumentada, con el objetivo de exponer a Marcos al estímulo temido.

## TRATAMIENTO PARA PACIENTES «ACUMULADORES Y ORDENADORES»

### A José le encanta ordenar sus cosas

#### *Motivo de consulta*

José acude a la consulta de Paidopsiquiatría del Hospital Materno-Infantil de la Vall d'Hebron a la edad de 14 años. El motivo de consulta es que José ha experimentado unos cambios muy importantes en su forma de ser. Siempre había sido un niño muy tranquilo y cariñoso, pero actualmente se ha vuelto frío y distante. Además, mencionan que ha empezado a hacer cosas extrañas:

colecciona los billetes de metro en un álbum, y ordena siempre los jabones de ducha de mayor a menor tamaño, mostrándose muy irritable si se cambia el orden.

### *Datos relevantes de la historia clínica*

Nacido el 3 de Junio de 1989 en Barcelona, es el primero de tres hermanos. Su padre, de 39 años, trabaja como funcionario del Estado, y su madre, de 40 años, se dedica a las labores del hogar.

De la práctica del anamnesis se extrae que José fue un niño deseado y aceptado por sus padres. Nace mediante un parto natural, con un peso correcto y no recibe lactancia materna presentando repetidos episodios de vómitos durante el primer año de vida, a la vez que su desarrollo transcurre dentro de los límites de la normalidad. Desde pequeño José es considerado un niño maniático y durante años presenta un Trastorno de Tics simple, de tipo facial, que en la actualidad ha remitido completamente.

Sus padres le ven últimamente más triste, con falta de ilusión por las cosas y una conducta caracterizada por la presencia de episodios incontrolables de agresividad con gritos y rabietas de fuerte intensidad.

En relación a las conductas de inhibición, su madre afirma que se trata de un chico limpio y escrupuloso, aunque por la información reportada no parece presentar una obsesión específica por la limpieza ni realiza actos de tipo compulsivo relacionados con ésta.

Cuando le preguntamos a José por esas manías nos dice que le gusta tener todo ordenado, porque sino se angustia y podría perder cosas importantes. Aunque a veces ve que son tonterías

siente la necesidad de hacerlo. En cuanto a los billetes de metro es, según él una costumbre.

En cuanto al rendimiento escolar, su madre afirma que siempre se ha preocupado mucho por sus resultados académicos, obteniendo notas buenas en todas las áreas. Por otro lado muestra una correcta adaptación al entorno escolar y parece ser bien aceptado por sus compañeros de curso.

Como antecedentes patológicos familiares destacan diversas patologías psiquiátricas en el seno de ambas familias. La abuela paterna fue definida con características de tipo fóbico y fue medicada durante años por dichas dolencias. Por otro lado, a la abuela materna la definen como extremadamente maniática, especialmente en los aspectos relacionados con la limpieza, características que se repiten en la madre de José, que fue tratada durante años con Inhibidores Selectivos de la Recaptación de Serotonina.

### *Metodología de evaluación*

Una vez realizada la primera visita, José entra dentro de un proceso de exploración durante el cual se analizaron los diferentes aspectos considerados dentro del protocolo de evaluación del TOC.

El estudio psicológico se realiza en tres sesiones. Las técnicas psicodiagnósticas aplicadas son las siguientes:

#### *Capacidades, aptitudes, habilidades y aprendizajes:*

- Test de Inteligencia de Weschler para Niños WISC-R
- Test de Puntos a Contar de Rey
- Test de Atención Selectiva y Sostenida TASS

*Escalas comportamentales:*

- Cuestionario de Depresión para niños, CDS
- Cuestionario de Ansiedad, STAIC

*Escalas de valoración de los síntomas obsesivos-compulsivos y nivel de severidad:*

- Escala Yale-Brown de Obsesiones y Compulsiones

*Escalas de valoración de problemas de conducta :*

- Cuestionario de Conducta Infantil CBC para los padres y para los profesores

**Resultados de la exploración**

José se presenta como un niño con un desarrollo intelectual dentro de los límites de la normalidad, con un CI Total de 102, un CI Manipulativo de 100 i un CI Verbal de 104.

Con respecto a los factores atencionales, se observa una disminución paulatina de la cantidad de trabajo realizado y un aumento constante de la calidad, aunque no parecen existir dificultades significativas en su capacidad atencional y de concentración, mostrando también una calidad de procesamiento adecuada.

Los resultados obtenidos mediante el test de valoración de la ansiedad muestran puntuaciones significativas en ansiedad rasgo, lo que parece indicar que se trata de un niño con una alta propensión ansiosa y una fuerte tendencia a percibir las situaciones como amenazantes.

En relación a las condiciones de su estado de ánimo, José presenta una sig-

nificativa ausencia de alegría e incapacidad para experimentarla, a la vez que muestra fuertes sentimientos de tristeza. También se aprecian sentimientos de inadaptación personal y de soledad.

En la Escala Yale-Brown de Obsesiones y Compulsiones obtiene la siguiente puntuación: en la subescala de obsesiones obtiene una puntuación directa de 8, y en la subescala de compulsiones también de 11. Estos resultados son indicadores de la presencia de un Trastorno Obsesivo-Compulsivo moderado.

**Como obsesiones predominantes destacan:***Obsesiones de tipo agresivo:*

- Temor a hacer algo embarazoso e imágenes intrusivas de temática violenta y terrorífica.

*Obsesiones de acaparar y coleccionar:*

- Temor significativo a perder determinadas cosas, como las llaves, los libros del colegio, los billetes de metro, etcétera.

*Obsesiones de tipo religioso:*

- Temor a decir ciertas cosas relacionadas con Dios o el demonio.

*Obsesiones diversas:*

- Obsesión con las palabras y los sonidos.

Los pensamientos obsesivos se presentaban de forma severa (entre 3 y 8 horas diarias) y el grado de interferencia se mostraba moderado especialmen-

te en la interacción con sus iguales. También aparecía un grado de malestar moderado, frecuente y muy perturbador que se complementaba con un nivel de resistencia moderado ante la aparición de los pensamientos intrusivos.

### *Como compulsiones predominantes destacan:*

#### *Compulsiones de ordenar y colocar:*

- Necesidad de simetría en todos los libros de su habitación, guarda el material escolar colocado de una forma precisa encima de la mesa, sin que se toque una cosa con la otra. En el cuarto de baño, ordena siempre los jabones de ducha de mayor a menor tamaño, mostrándose muy irritable si se cambia el orden. También colecciona los billetes de metro ya usados, y los guarda en un álbum fotográfico, dispuestos todos de forma simétrica.

#### *Comportamientos supersticiosos:*

- Cuando pasa por debajo de una puerta el paciente debe esquivar la zona por donde pasaría su cabeza.

Los rituales de tipo compulsivo se presentaban de forma moderada y provocaban un grado de interferencia severo que José no puede manejar de forma adecuada. Refería un nivel de malestar morado y un grado de resistencia ante las compulsiones leve.

En cuanto a la información transmitida por la escuela, no destacan problemas de conducta ni académicos significativos. Únicamente hacen referencia a que a menudo se le ve angustiado o preocupado, y que es muy perfeccionista.

Los resultados del cuestionario de los padres son bastante similares, puntuando de forma significativa en las escalas de Ansiedad y Esquizoide Obsesivo.

### **Tratamiento**

Una vez realizadas las exploraciones pertinentes y analizados los datos recogidos tanto en la anamnesis como en las diferentes entrevistas realizadas con los padres; José es diagnosticado de Trastorno Obsesivo-Compulsivo y se recomienda a sus padres que realice un tratamiento de tipo combinado: 1. Tratamiento farmacológico con Inhibidores Selectivos de la Recaptación de Serotonina (Besitran 100 mg) 2. Psicoterapia de tipo Cognitivo-Conductual.

El caso de José nos permite profundizar en el tratamiento específico para los pacientes acumuladores y ordenadores. Si bien debemos recordar que en estos casos es menos frecuente que los familiares o el propio paciente busque un tratamiento, porque a menudo no son conscientes de la problemática.

Denominamos pacientes acumuladores a los que hacen colecciones de objetos y les es muy difícil deshacerse de ellos, pues piensan que en algún momento podrían llegar a necesitarlo y no tenerlo. Es importante remarcar que los objetos que se coleccionan no tienen un valor sentimental para el paciente, los guardan porque podrían ser útiles.

Los pacientes ordenadores suelen destinar mucho tiempo a ordenar o colocar determinados objetos. Así mismo, suelen tener una actitud generadora de inconvenientes excesivos, básicamente fundamentada por el hecho de que les molesta enormemente que se cambie el orden prescrito para las cosas.

En este caso la exposición estará basada en dos estrategias principales:

- El paciente deberá empezar a deshacerse de los objetos que coleccionaba, de manera progresiva, hasta que se produzca la habituación y no genere tanto malestar.
- Desordenar las dependencias y convivir con el desorden hasta que se produzca la habituación deseada.

José es un paciente acumulador de billetes de metro ya usados, y manifiesta una dificultad muy importante para deshacerse de ellos. En realidad, tiene ya varios álbumes fotográficos almacenados, hecho que conlleva discusiones con sus padres, pues ocupa un espacio importante en las estanterías de su habitación, y se muestra totalmente reticente a tirarlos o guardarlos en otro sitio.

Ante esta situación le proponemos a José que haga una jerarquía que recoja cuál es la parte de su colección de la que le resultaría más difícil deshacerse y cuál le sería menos difícil, anotando el nivel de ansiedad en cada situación.

Una vez realizada la jerarquía observamos que le es extremadamente difícil deshacerse de los billetes antiguos, ya ordenados en el álbum. Y menos difícil, no almacenar los billetes que vaya adquiriendo.

De acuerdo con estas características, le planteamos la situación de la siguiente manera:

**Terapeuta:** *José, ahora tenemos hecha una lista en la que se refleja el nivel de ansiedad que sentirías si no pudieras guardar los billetes de metro a partir de hoy. Hay una forma de reducir esta necesidad que tienes de guardar todos los billetes que usas.*

**José:** *¿Ah sí?, ¿qué es lo que tendría que hacer?*

**Terapeuta:** *Bien, sabemos que te es difícil tirar los billetes, y mucho más si ya los tienes guardados en el álbum. La estrategia que te propongo para molestar un poquito al TOC es coger todos los billetes que usaste ayer, y que aún no has guardado, y tirarlos a la basura.*

**José:** *Sí, pero esto me pone muy nervioso... después no puedo parar de pensar en los billetes...*

**Terapeuta:** *Lo sé. Pero también sabemos que el nivel de ansiedad siempre baja, lentamente pero va bajando. Y tú tienes otras herramientas para hacerlo bajar más rápido, ¿te acuerdas?*

**José:** *Sí, sé que si el TOC me molesta puedo gritar ¡Basta! O que si me distraigo haciendo otra cosa me pasará antes.*

**Terapeuta:** *¡Muy bien! Veo que sabes bien todo lo que hemos trabajado..., verás que en poco tiempo el nivel de ansiedad va bajando. ¿quieres que hagamos una prueba con el billete que has comprado hoy?*

**José:** *Bueno.*

La exposición a la situación temida se hace de forma gradual, iniciándose durante la sesión, y proponiendo como deberes para hacer en casa la continuación de dicha exposición. En este caso, le pedimos a José que al llegar a casa saliera con todos los billetes que usó el día anterior y los tirara a los contenedores.

Es importante comenzar con una tarea en la que el éxito esté garantizado para favorecer que se vaya escalando en la jerarquía y llegar a poder deshacerse

de los billetes sin experimentar ansiedad. De esta forma se consigue la habituación.

Para trabajar la compulsión de ordenar y la necesidad de simetría se utilizó una estrategia similar. La exposición con prevención de respuesta es la técnica más efectiva en estos casos. Para ello se realizó una jerarquía en la que se recogían los ítems a trabajar según el nivel de ansiedad producido. José situó en el nivel de ansiedad más bajo el tener el material del escritorio desordenado, sin tener que trabajar con él.

Partiendo de esta premisa se le propuso que para la próxima sesión trajera todo lo que normalmente tiene encima del escritorio, y así lo hizo. La exposición con prevención de respuesta consistía, en este caso, en colocar todo lo que José había traído encima de la mesa, de forma desordenada. Esta situación le generó un nivel de ansiedad de 70. Pasados 5 minutos, el nivel de ansiedad había descendido a 40 y a los 10 minutos el malestar ya no era significativo, con un nivel de ansiedad de 15.

Debemos mencionar que para reducir el nivel de ansiedad durante la exposición, José usó como estrategia principal la respiración. El niño ya había sido instruido para hacer 3 o 4 respiraciones diafragmáticas, luego tensar y relajar los dos pies y las dos manos contando hasta 10, seguido de 3 o 4 respiraciones más, repitiendo el proceso tantas veces como fuere necesario.

Aunque aquí se mencione esta técnica de relajación, es evidente que existe un abanico amplio de técnicas y que debe valorarse en cada caso cuál es la más adecuada. Así mismo, anteriormente ya hemos ido mencionando otras estrategias para reducir el nivel de ansiedad mientras se está realizando la exposición con prevención de respues-

ta, y que son igualmente eficaces. Para complementar esta información remitimos al lector a la segunda parte de este trabajo dentro del capítulo *La terapia cognitivo-conductual*, el apartado *La caja de herramientas: técnicas de intervención*.

Siguiendo con el caso de José, una vez realizada con éxito la práctica en la consulta, le propusimos a José que la hiciera en su casa. El resultado fue muy satisfactorio, con lo cual pudimos empezar a trabajar los ítems posteriores en la jerarquía.

## TRATAMIENTO PARA PACIENTES «RITUALIZADORES MENTALES»

### David no quiere ir al colegio

Este es el resumen del caso utilizado para desarrollar la terapia cognitivo-conductual sesión a sesión.

#### *Motivo de consulta*

David acude a la consulta de Paidopsiquiatría del Hospital Materno-Infantil de la Vall d'Hebron a la edad de 12 años. El motivo de consulta es que no quiere ir al colegio, y su rendimiento ha bajado. Los padres comentan que está muy irritable.

#### *Datos relevantes de la historia clínica*

Nacido el 9 de mayo de 1991 en Barcelona, es el segundo hijo de la pareja. Su padre, de 51 años, es obrero de la construcción, y su madre, de 46 años, secretaria. Tiene un hermano dos años mayor que él.

No destacan problemas durante el embarazo ni en el parto. Su desarrollo

evolutivo es normal. No destacan antecedentes patológicos personales ni familiares.

De los 6 a los 11 años desarrolla la vida escolar normal, aprobando todos los cursos. En el momento de la consulta, David está realizando 3º de ESO. Coincidiendo con el cambio de colegio y de compañeros, David empieza a manifestar su disgusto por el colegio. No le gusta el ambiente, ni los compañeros, ni los profesores. Ante las dificultades para adaptarse al nuevo entorno escolar, David se muestra cada vez más solitario, sin amigos y empieza a faltar a las clases. Su rendimiento baja.

Los padres relatan que desde que ha empezado el curso le ven más irritable y preocupado. Desde siempre ha sido un chico nervioso, pero ahora le ven muy angustiado. Comentan que a menudo se encierra en su habitación y no consiente que nadie entre a decirle algo.

Durante la entrevista, la psicóloga le pregunta a David el porqué no quiere ir al colegio, qué es lo que le pasa, y él contesta: *tengo la cabeza llena, no paro de pensar todo y eso me viene porque no me gusta el cole. Mi padre dice que no, pero yo digo que sí. Es por el colegio. Esto me empezó a pasar a principios de curso, porque ya no estaba a gusto. No me gusta mi clase, ni el ambiente. Y no me puedo quitar esos pensamientos.*

Seguidamente se le pregunta cómo consigue parar estos pensamientos, y él responde: *para quitármelos tengo que pensar en una cosa positiva, como que me gusta jugar con mi hermano a baloncesto. Pero a veces no lo consigo, y me quedo mucho rato pensando. Y necesito estar solo para concentrarme, por eso no quiero que entren en mi habitación.»*

Los padres añaden que además tiene algunas manías: siempre que llega del colegio se lava las manos varias veces

seguidas; ya no quiere ni que le toquen sus amigos, y si lo hacen se asusta; y en casa, antes de acostarse comprueba siempre que el gas esté cerrado.

En el ámbito emocional, los padres de David comentan que *había sido siempre de la broma, pero ahora está más triste y apagado. No tiene ganas de nada.*

### *Metodología de evaluación*

Una vez realizada la primera visita, se procede a realizar el estudio psicológico, y las pruebas médicas necesarias. En este caso se solicita un EEG, un TAC, una RM y un SPECT.

El estudio psicológico se realiza en tres sesiones. Las técnicas psicodagnósticas aplicadas son las siguientes:

*Capacidades, aptitudes, habilidades y aprendizajes:*

- Test de Matrices Progresivas de Raven
- Test de Atención Selectiva y Sostenida (TASS)
- Puntos a Contar de Rey

*Escalas comportamentales:*

- Cuestionario de Ansiedad, STAIC
- Cuestionario de Depresión para niños, CDS

*Escalas de valoración de los síntomas obsesivos-compulsivos y nivel de severidad:*

- Escala Yale-Brown de Obsesiones y Compulsiones

*Escalas de valoración de problemas de conducta:*

- Cuestionario de Conducta Infantil CBC para los padres y los profesores

*Aspectos emocionales y de personalidad:*

- Pruebas proyectivas: HTP-P y Test proyectivo de la Familia

**Resultados de la exploración**

Los resultados de las pruebas médicas aplicadas son normales en todas ellas. En relación a las pruebas psicodiagnósticas, en el ámbito intelectual, obtiene un Centil de 95, que le sitúa en un nivel intelectual superior.

Los resultados en el cuestionario de ansiedad ratifican la existencia de un alto rango de ansiedad rasgo y de una tendencia a percibir las situaciones como altamente amenazantes.

Los resultados obtenidos en los tests, por otro lado, muestra una ausencia de alegría e incapacidad para experimentarla, sentimientos de tristeza, y tendencia al llanto.

También se aprecian dificultades en la interacción social, aislamiento y sentimientos de soledad.

Los resultados obtenidos en la Escala Yale-Brown indican puntuaciones: en la subescala de obsesiones obtiene una puntuación directa de 14, y en la subescala de compulsiones también de 14. Estos resultados son indicadores de la presencia de un trastorno obsesivo-compulsivo grave.

**Como obsesiones predominantes destacan:**

*Obsesiones de contaminación:*

- Básicamente relacionadas con el contexto escolar.

*Obsesiones agresivas*

- Manifiesta temor a que otros sufran daños a causa de algo que él haya hecho o dejado de hacer (su temor se centra en la posibilidad de que a sus padres o personas queridas les pueda ocurrir lo mismo que a él, es decir que enfermen como él con el TOC, y para evitarlo debe realizar un ritual mental que ya detallaremos).

*Obsesiones supersticiosas:*

- Siendo el 3 y el 5 los números de la mala suerte (evita mencionarlos y repetir las cosas 3 o 5 veces, por ejemplo comer tres trozos de pan).

*Obsesiones diversas:*

- Temor a decir determinadas cosas (se refiere al nombre del colegio) y la presencia de imágenes intrusivas (todas relacionadas con la escuela y los compañeros).

En este momento las obsesiones son intrusiones frecuentes que le ocupan entre 1 y 3 horas diarias, que le provocan un malestar significativo y perturbador, que le influye de forma clara en su funcionamiento global.

Ante estas obsesiones David hace algún esfuerzo por resistirse, aunque sólo es capaz de parar o desviar algunas obsesiones.

**Como compulsiones predominantes destacan:**

*Rituales mentales:*

- Consisten en pensar algo agradable. En este caso el ritual consiste en pensar en su hermano. David debe

pensar en el nombre de su hermano, imaginar su cara y su habitación, después introducir el pensamiento «malo», es decir relacionado con el colegio, y volver a pensar en su hermano y una fotografía que tienen juntos. Este ritual lo debe realizar ante cualquier situación que esté relacionada o le recuerde el colegio. También presenta como ritual mental el repetir determinadas palabras, en este caso debe repetir el nombre de su padre cuatro veces. Eso le sirve para reducir el nivel de ansiedad cuando no puede completar alguna compulsión.

#### *Compulsiones de lavado:*

- Lavado excesivo de manos, y rituales en la ducha.

#### *Compulsiones de comprobar:*

- Necesita comprobar el gas, la luz y las puertas.

En este momento las compulsiones son moderadas, ocupando entre una y tres horas diarias, realizándose por lo tanto de forma frecuente. Ante estas compulsiones presenta un grado de resistencia moderado, ya que hace algunos esfuerzos para resistirse, aunque sólo consigue controlarlas con dificultad. La interrupción de las compulsiones le genera un importante incremento de la ansiedad.

Estas compulsiones interfieren de forma moderada en sus actividades sociales y escolares.

Los resultados obtenidos en el test de la Casa, el Árbol y la Persona (HTP-P), muestran sentimientos de inferioridad e inadecuación, con tendencia al retraimiento. Falta de confianza en los

contactos sociales, y una marcada sensibilidad a las críticas. Se pone de manifiesto una inhibición de la capacidad de relación social.

Los resultados obtenidos en el test proyectivo de la Familia muestran sentimientos de desvalorización personal, dificultades de relación y valorización de la figura paterna.

La valoración del padre y de la madre es muy similar. Ambos destacan que tiene manías e ideas que no se puede quitar de la cabeza, tiene miedo a ir al colegio, y está muy preocupado por el aseo y la limpieza. Puntúa de manera significativa en la escala Esquizoide (PC 70-75), y Obsesión-Compulsión (PC 70). Su tutor destaca dificultades de concentración, la presencia de obsesiones, que le gusta mucho estar solo, que se le ve tenso y nervioso, que cambia rápidamente de humor, que está preocupado, y actualmente triste y deprimido.

### **Tratamiento**

Según los resultados obtenidos, parece claro que David precisa una intervención de tipo combinado: tratamiento farmacológico y psicoterapéutico. Se le propone iniciar una Terapia de tipo Cognitivo-Conductual, con el objetivo de controlar y reducir la sintomatología obsesiva.

El tratamiento realizado en el caso de David está ampliamente detallado en la explicación de la terapia cognitivo-conductual paso a paso. Por este motivo, aquí haremos especial hincapié en los aspectos menos desarrollados en la explicación sesión por sesión. En concreto, el caso de David nos permite profundizar en el tratamiento específico para los pacientes que realizan rituales mentales.

Este tipo de paciente es el más difícil de controlar debido a las características específicas de sus rituales.

En el caso de la existencia de rituales mentales tales como rezar, contar números o repetir letras, repetir palabras; en estos casos será necesario dar unas instrucciones muy específicas:

- La persona deberá parar inmediatamente el pensamiento repetitivo en el momento en que sea consciente que se está produciendo.
- En ese momento se pondrá en marcha un mecanismo de autohablarse donde se rememora deliberadamente el pensamiento obsesivo.
- Para compensarlo y reducir la ansiedad sentirá la necesidad de empezar a repetirse el pensamiento compensatorio o bueno (compulsión).
- La práctica encubierta del impedimento del ritual consistirá en negarse intencionadamente a realizar la compulsión.

Un ejemplo de este tipo de práctica sería en el caso de un pensamiento obsesivo: «puedo haber ofendido a alguien» y una compulsión que consista en «rezar repetidamente pidiendo perdón por la posible ofensa».

En este caso podemos pedir al paciente que piense en una situación en la que haya podido ofender a alguien. La respuesta posterior debe ser: *bueno, así son las cosas..... he ofendido a alguien y debo asumir las consecuencias*. En este caso debía imaginar el grado de ofensa realizado, así se veía obligado a afrontar su angustia.

Otra técnica efectiva podría consistir en anotar los pensamientos obsesivos o

verbalizaciones una y otra vez durante un período largo de tiempo. El acto de escribir o repetir es incompatible con la realización de los rituales mentales.

David presenta dos tipos de rituales mentales: uno consiste en repetir unas palabras determinadas (el nombre de su padre Antonio) un número concreto de veces (cuatro veces); y el otro, consiste en pensar una serie de imágenes mentales que deben seguir un orden estricto, y que están relacionadas con su hermano.

Para tratar los rituales mentales tales como rezar, contar números, repetir letras o palabras, se utilizan distintas herramientas que ya han sido comentadas con anterioridad: parada de pensamiento, habla constructiva, y práctica encubierta de la prevención de respuesta.

Desde el momento en que la persona sea consciente de que se está produciendo el pensamiento repetitivo, debe intentar parar inmediatamente dicho pensamiento gritando: *¡Stop!* o *¡Basta!*, y casi simultáneamente hacer chasquear una goma elástica contra el puño izquierdo. Es importante remarcar la necesidad de recordar que es el TOC que está jugando con él otra vez, y utilizar todo lo que haya aprendido sobre el habla constructiva. Verbalizaciones del tipo: *¡Déjame en paz TOC! Yo soy el que mando aquí. O ¡No me cogerás esta vez, TOC!*, son de gran utilidad.

Seguidamente se rememorarán deliberadamente el pensamiento desencadenante, hecho que, tal y como es de esperar, generará ansiedad al niño. Para compensarlo y reducir la ansiedad sentirá la necesidad de empezar a repetirse el pensamiento compensatorio o bueno (en este caso el ritual mental específico). La práctica encubierta del impedimento del ritual consistirá en negarse intencionadamente a realizar tal compulsión.

Para hacer eso más fácil, el niño debe desviar su atención con algo que compita con el pensamiento, como pensar un problema de matemáticas, recordar una poesía o leer una historia divertida. Tal y como ya hemos mencionado con anterioridad, la utilización de canciones o pensamientos que provoquen risa o sentimientos de amor pueden ser especialmente poderosos, porque reemplazan no sólo el pensamiento sino también el sentimiento que lo acompaña.

Otra técnica efectiva podría consistir en anotar los pensamientos obsesivos o verbalizaciones una y otra vez durante un período largo de tiempo. El acto de escribir o repetir es incompatible con la realización de los rituales mentales.

Siguiendo con el caso de David, vamos a poner un ejemplo de este tipo de práctica. Ante el pensamiento obsesivo: «no quiero ir al colegio», y la consiguiente necesidad de realizar el ritual mental (pensar en el nombre de su hermano, después imaginar su cara y su habitación, introducir el pensamiento «malo» («no quiero ir al colegio»), y volver a pensar en su hermano y en la fotografía que tienen los dos juntos), le planteamos la situación de la siguiente manera:

**Terapeuta:** *David, a menudo comentas que te cansas de tanto pensar, que hay algunos pensamientos que no te puedes quitar de la cabeza, y que para hacerlo debes pensar algo de una forma determinada. ¿Qué debes pensar?*

**David:** *Lo que me pasa más a menudo es que cuando pienso en el colegio o me encuentro a algún compañero por la calle, siento la necesidad de pensar en mi herma-*

*no. Eso me tranquiliza. ¡Aunque a veces me pongo nervioso porque no consigo concentrarme!*

**Terapeuta:** *Hay una forma de controlar esta necesidad de pensar en tu hermano, y de evitar que te pongas tan nervioso. En realidad cuando te ocurre eso es el TOC que está jugando contigo.*

**David:** *Ya lo sé..., ¿qué tengo que hacer?*

**Terapeuta:** *Bien, lo primero que debes hacer en el momento que detectes que estás haciendo el ritual es intentar pararlo. Para ello grita ¡Basta! Y lo segundo, y muy importante, debes llevar una coma en el puño izquierdo, y debes tirar de ella y dejar que chasque en tu brazo. Es una forma de advertir a tu mente de que ese pensamiento no es bienvenido.*

**David:** *De acuerdo pero, ¿y después qué?*

**Terapeuta:** *Es muy importante que te recuerdes quién es el que te está molestando: sólo es el TOC, ya sé que no es importante, etcétera, y que intentes echarlo.*

**David:** *¿Que le diga que se vaya? O, que ¡aquí mando yo!*

**Terapeuta:** *¡Sí! Exactamente. Veo que te acuerdas muy bien de lo que hemos trabajado... Pero puede pasar que el nivel de ansiedad no te baje del todo, en este caso, intenta distraerte y ocupar tu mente con otra cosa. Por ejemplo, recita una poesía o una canción que te sepas. Verás que en poco tiempo el nivel de ansiedad va bajando. ¿Quieres que hagamos una prueba?*

**David:** *¡Vale!*

# Cuarta Parte



# Anexos

## de información:

### Material complementario

#### INFORMACIÓN PARA LOS PADRES SOBRE EL TRASTORNO OBSESIVO-COMPULSIVO

##### ¿Qué es esto a lo que llamamos trastorno obsesivo-compulsivo (TOC)?

El Trastorno Obsesivo-Compulsivo (TOC), es una enfermedad que se podría comparar con un intento de invasión del cerebro del niño, por algo que intenta controlar su manera de pensar y su manera de comportarse con las otras personas. A partir del momento en que el niño recibe los primeros ataques del TOC, algunas veces se portará y pensará de una manera extraña que las otras personas no podrán entender. Todo esto ocurrirá por culpa del TOC y el niño no podrá evitar que la enfermedad actúe por él, incluso en algunos momentos no se dará cuenta que el TOC está haciendo de las suyas. Este molesto personaje suele empezar a atacar cuando los niños llegan a la adolescencia o cuando empiezan a convertirse en adultos.

El TOC atacará de una manera muy clara, la enfermedad hará que aparezcan obsesiones y/o compulsiones en el niño. Estas características llevarán al niño a sentirse muy mal con él mismo y con la manera que tiene de portarse con las otras personas.

##### ¿Qué es una obsesión?

Por un lado, el TOC puede provocar la aparición de obsesiones en el niño. Las obsesiones son pensamientos que se repiten con mucha frecuencia y que pueden durar mucho tiempo. Las obsesiones pueden aparecer como imágenes o como pensamientos descontrolados que el niño no quiere tener y que le provo-

can una fuerte sensación de malestar. Muchas veces estas obsesiones no se parecen en nada a cómo ven las cosas las demás personas y además el niño las vive como algo muy importante.

Normalmente estas obsesiones tienen que ver con temas que se repiten en este tipo de enfermos.

*Los temas más típicos de las obsesiones son:*

- **Tengo miedo a contaminarme:** Algunas veces el niño puede tener un miedo muy exagerado a infectarse o a que le peguen alguna enfermedad. Normalmente piensan en la posibilidad de infectarse con gérmenes, con las cosas que están sucias, con los excrementos, con la sangre, con una pintura o con otros muchos tipos de productos. El miedo puede hacer que el niño no pueda tocar algunas cosas o se limpie de una manera exagerada.
- **Tengo miedo a que me hagan daño:** Otras veces, el niño puede tener mucho miedo a que le pase algo a él mismo pero, sobre todo, a alguien a quien él quiere.
- **Tengo miedo a morirme o a que alguien se muera:** El niño no puede dejar de pensar en la muerte.
- **Los números y las cifras controlan mi vida:** Es muy típico en estos niños el pensar constantemente en números y tener que repetir las cosas un número determinado de veces.
- **Pienso constantemente en el sexo:** Piensan en las diferencias entre niños y niñas, muchas veces tienen pensamientos sexuales que no se pueden quitar de la cabeza pero creen que tener estas ideas no está bien.
- **Tengo miedo a no hacer las cosas**

**bien:** Muchas veces creen que nunca hacen bien las cosas, que lo que están haciendo no le va gustar a nadie, que el trabajo de la escuela no está bien terminado. Por lo tanto, repiten las cosas muchas veces o no pueden acabar nunca las tareas que les han mandado.

**¿Qué es una compulsión?**

Como ya hemos dicho antes, las obsesiones hacen que el niño se sienta muy mal y busque poder hacer algo para sentirse mejor.

Las compulsiones son aquello que utiliza el niño para sentirse mejor, normalmente son comportamientos que repite muchas veces o rituales mentales.

Igual que en el caso de las obsesiones, las compulsiones suelen ser las mismas en muchos niños.

*Las compulsiones más típicas son:*

- **No puedo parar de limpiarme:** Muchos de los niños que son atacados por el TOC sienten una necesidad incontrolable de lavarse, sobre todo las manos.
- **Tengo que comprobarlo todo:** Muchas veces tienen que comprobar si se han dejado el grifo abierto, si se han acordado de cerrar la puerta con llave, si la luz se ha quedado encendida. Estas comprobaciones se repiten y repiten sin que el niño consiga estar completamente seguro de haberlo hecho.
- **Tengo que repetir las cosas muchas veces:** Tienen la necesidad de repetir una acción un número determinado de veces. Abrir y cerrar la luz cuatro veces, levantarse y sentarse de una

silla, cerrar y abrir la puerta cinco veces...

- **Todo tiene que estar perfecto:** Tienen que conseguir que todas las cosas estén perfectas. Colocan los libros a la misma distancia, las cosas del colegio colocadas siempre en el mismo sitio, todo tiene que estar ordenado...

### *¿Por qué aparece el TOC?*

No se sabe, exactamente, cuál es el origen de la enfermedad pero algunas personas han intentado dar ideas sobre el camino que ha seguido el TOC hasta llegar a atacar a un niño en concreto.

Por un lado, se cree que en algunas familias una característica especial ha ido pasando de padres a hijos. Esta característica hace que el niño tenga menos defensas que las demás personas para luchar contra la aparición de la enfermedad, lo que hace que sea más fácil que el TOC intente invadir su territorio. En definitiva, podríamos decir que la mayoría de personas que, actualmente, intentan estudiar la enfermedad creen que existe una causa orgánica que explica la aparición de este tipo de problemas.

### *¿Hay muchos niños con TOC?*

Los estudios realizados sobre esta enfermedad parecen indicar que entre uno y tres de cada cien niños o adolescentes presentan algún tipo de característica relacionada con el TOC. Por otro lado, parece que la enfermedad afecta más a los niños que a las niñas, es decir que en el caso del TOC, cada dos niños que tienen la enfermedad sólo hay una niña que la tenga.

### *¿Cómo afecta el TOC a la vida del niño?*

Las características de esta enfermedad hacen que la vida del niño se vea afectada en relación a la escuela, a su vida familiar y a sus relaciones con otros niños.

La familia puede verse afectada por los pensamientos y comportamientos de este tipo de niños, la mayoría de las veces los padres no saben cómo reaccionar delante de un niño que hace cosas tan extrañas, de hecho, la mayoría de las veces, la conducta del niño influye decisivamente en la vida de los padres y del resto de miembros de la familia. En muchas ocasiones, los familiares se ven condicionados por el comportamiento del niño y acaban siguiéndole el juego a la enfermedad, hasta el punto de verse incluidos en las conductas extrañas del niño. Debemos pensar que la familia nunca es la responsable de la enfermedad pero si puede ayudar a reducirla o al contrario, puede aumentar la fuerza del TOC.

En la escuela, el TOC puede hacer que el niño no sea capaz de seguir el ritmo de los demás compañeros, ya que la enfermedad puede hacer que repita sus trabajos muchas veces, que nunca esté contento con la manera que tiene de hacer las cosas, que sea incapaz de entregar o acabar un examen porque cree que no lo está haciendo bien, y encontrarse en muchas situaciones en las que el TOC no le deja avanzar.

Lo mismo ocurre con sus compañeros, la mayoría de los niños intentará no relacionarse con un niño que tiene pensamientos y conductas tan extrañas. El niño con TOC no será capaz de seguir las reglas de juego, evitará el contacto físico y por él mismo se irá aislando del resto de sus compañeros.

### *¿Este problema, tiene solución?*

Existen diferentes cosas que podemos hacer para intentar ganarle la batalla a la enfermedad pero es importante que seamos conscientes que el niño con TOC tendrá que estar alerta durante toda su vida, ante un posible nuevo ataque de la enfermedad. El TOC y todos los problemas que supone pueden ser vencidos, en un momento determinado, consiguiendo la retirada del enemigo del campo de batalla pero siempre existe la posibilidad que el TOC intente contraatacar en un momento determinado. Lo importante en estos casos es que la enfermedad no nos coja desprevenidos, debemos estar alerta en todo momento.

Nuestra propuesta de lucha se basa en la utilización combinada de dos estrategias diferentes:

- **Tratamiento Farmacológico:** Utilizando, básicamente, aquellos medicamentos a los que nosotros llamamos ISRS (Inhibidores selectivos de la Recaptación de Serotonina) que ayudaran al niño a controlar la enfermedad.
- **Terapia Cognitivo-Conductual:** Se trata de un tratamiento psicológico donde, un profesional especializado, proporciona al niño estrategias para conseguir derrotar al TOC.

Utilizando estos dos campos de batalla unidos se ha demostrado que entre 40 y 60 de cada 100 niños consiguen mejorar de manera importante.

### *La unión hace la fuerza*

Con toda esta información que hemos presentado en las páginas anteriores queremos dejar claro que el TOC es un

enemigo muy poderoso y que para conseguir derrotarlo debemos unir todos nuestros esfuerzos. Será muy importante que padres, profesores, psicólogos, psiquiatras y el niño se unan para luchar de una manera más enérgica contra la enfermedad. Sólo conseguiremos una victoria importante si todos nos ponemos en contra de la enfermedad.

## **UNA GUÍA PRÁCTICA SOBRE LA TERAPIA COGNITIVO-CONDUCTUAL.**

### **INFORMACIÓN PARA PADRES**

Usted y su hijo están a punto de empezar un programa de tiempo limitado para niños y adolescentes con TOC.

Este programa, que en estudios de investigación ha demostrado ser efectivo en el tratamiento del TOC en jóvenes, ha sido utilizado por miles de profesionales en el mundo para ayudar a niños y adolescentes a eliminar el TOC.

El tratamiento consistirá en 12-20 sesiones de psicoterapia cognitivo-conductual.

La Terapia Cognitiva consiste en poder cambiar sus pensamientos y sentimientos cambiando primero su comportamiento. En la Terapia Cognitivo-Conductual (TCC), la Terapia Conductual consiste en exponerse uno mismo a las situaciones que nos dan miedo (exposición) y aguantarse para no realizar rituales (prevención de respuesta). La Terapia Cognitiva, que normalmente complementa la exposición y prevención de respuesta (E/PR), redirige el pensamiento catastrófico y el exagerado sentimiento de responsabilidad que se observa en pacientes con TOC.

Aunque el TOC en niños se parece al TOC en adultos, y responden ambos a la psicoterapia cognitivo-conductual y

a fármacos específicos, el TOC en niños posee un único tratamiento al ser personas jóvenes:

- Normalmente tiene más problemas para reconocer que sus obsesiones no tienen sentido y sus compulsiones son exageradas.
- Tienden a sentirse avergonzados por las obsesiones y compulsiones y por tanto tratan de mantenerlas en secreto.
- Tiene más dificultades para tolerar la ansiedad.
- Frecuentemente implican a los miembros de su familia en los rituales.

El programa de tratamiento incluye estrategias para controlar la ansiedad, aumentar la capacidad de introspección y trabajar con las familias con técnicas, principalmente de exposición y prevención de respuesta (E/PR), necesarias para eliminar los síntomas del TOC. Durante las sesiones, usted y su hijo/a recibirán información sobre el TOC, instrucciones sobre cómo manejarlo y un conjunto de técnicas para hacer frente a la ansiedad. Tendrán la oportunidad de practicar estas estrategias con el terapeuta y su hijo escogerá una serie de tareas para casa para ayudarle a manejar el TOC.

El programa también incluye sesiones para padres.

Contarán con una serie de hojas de instrucciones donde se explican elementos del programa, se ofrece información práctica y sugerencias sobre cómo participar en el proceso de tratamiento de su hijo/a.

Como complemento a esta terapia puede ser constructivo que intente seguir las siguientes pautas que pueden resultar muy positivas en la mejora de su hijo.

### **Convertir el TOC en el problema, no a su hijo/a**

Refuerce este mensaje y comuníquese-lo a su hijo/a. Una manera de hacerlo es llamar al TOC con un apodo despectivo o desagradable que su hijo/a escogerá en la 2ª sesión (los adolescentes suelen llamar al TOC por su nombre médico).

En este sentido, el TOC será el «chico malo» mientras que usted y su hijo/a son los «chicos buenos» que están trabajando para hacerle frente.

Las críticas y otras formas de castigo hacen difícil resistir el TOC. Por eso trabajar la generosidad, la amabilidad y la paciencia, mientras el terapeuta y usted ejecutan las estrategias del tratamiento, reducirá a largo plazo los síntomas del TOC.

### **El terapeuta como entrenador de su hijo/a**

Una vez que el TOC queda claramente definido y nombrado como problema, la dificultad del proceso de afrontar el TOC comienza.

El punto central del tratamiento es la exposición y prevención de respuesta (E/PR), con el terapeuta actuando como entrenador para facilitar la E/PR.

La exposición ocurre cuando el niño/a se expone al objeto, acción o pensamiento temido. La prevención de respuesta es el proceso de bloquear los rituales y/o minimizar la evitación de conductas que resultan de la exposición. Con la E/PR la ansiedad causada por las obsesiones y la asociada a los rituales disminuye y hasta desaparece.

Durante las sesiones, el terapeuta y su hijo/a decidirán qué tareas de

E/PR practicará diariamente entre sesiones.

El tratamiento incluye diferentes maneras de asegurar que la E/PR lleve a disminuir los síntomas.

Poner en práctica la E/PR es el trabajo de su terapeuta, quien entrena a su hijo/a para ganar la competición contra el TOC.

Si usted tiene preguntas sobre cómo van las cosas, pregunte a su terapeuta antes de que una pequeña cosa llegue a ser una grande, pero recuerde que su trabajo es dar apoyo a su hijo, no entrenarlo.

### **No dé consejos**

La mayoría de niños saben que el TOC no tiene sentido. Por eso recordar al niño que su conducta no tiene sentido o es tonta, normalmente le hará sentirse muy mal.

De igual manera, dar consejos como «para ya» tiene el mismo sentido; nadie odia más al TOC que el niño/a que lo padece.

### **Sea el animador de su hijo/a**

Como animador, usted puede ayudar motivando a su hijo/a a afrontar el TOC. Exhibir una actitud neutral de apoyo y seguridad puede ayudar a reducir la ansiedad de su hijo/a durante las tareas de exposición.

Las críticas o castigos empeoran el TOC, disminuyendo la motivación por resistir.

Recuerde también que la tarea escogida para E/PR puede verse como algo insignificante, pero es importante que las tareas de E/PR se realicen al ritmo del niño/a.

### **Aprenda todo lo que pueda sobre el TOC**

Si usted tuviera asma o una enfermedad cardiovascular querría saber cuanto más mejor sobre su enfermedad y los tratamientos posibles. Lo mismo ocurre con el TOC.

Afortunadamente hay muchos recursos que pueden ayudarles, como libros, la Fundación del TOC, el Centro de Información sobre el TOC, internet.

Recomendamos que las familias contacten con la Fundación del TOC, que apoya a los pacientes y a sus familias contra el TOC y trabaja para aumentar el conocimiento sobre el TOC, dando apoyo a investigaciones sobre sus causas y sus tratamientos.

### **«La caja de herramientas»**

Su hijo/a está aprendiendo a utilizar lo que nosotros llamamos «la caja de herramientas» para usarlas en las tareas de E/PR.

Consiste en técnicas específicas que su hijo/a puede utilizar para afrontar la ansiedad que produce las tareas de E/PR para realizar en casa. Usted debería animar a su hijo/a y recordarle que la utilice para el trabajo en casa, pero no será de ayuda si se insiste en que la utilice en áreas donde todavía no está preparado para resistir el TOC.

La caja de herramientas puede utilizarse en cualquier momento que el niño experimente ansiedad. Consiste en el mapa del TOC, el termómetro de miedos para graduar los sentimientos durante la E/PR y estrategias cognitivas. Según los síntomas, algunos niños pueden incluso utilizar técnicas de reducción de ansiedad, como la respiración diafragmática o la relajación muscular.

## Use el termómetro de miedos para saber cómo se siente su hijo/a

El termómetro de miedos, que mide la ansiedad del 1 (ninguna) al 10 (pánico intolerable), provee al niño/a de una herramienta para medir la ansiedad u otros sentimientos desagradables. El termómetro utiliza una escala numérica para ayudar al niño a ordenar los síntomas respecto a su potencial o dificultad de afrontamiento en las tareas de E/PR. También se utiliza durante las tareas de exposición para medir la ansiedad hasta que disminuye.

Con la ayuda del terapeuta, el termómetro puede llegar a ser una manera de que usted y su hijo se comuniquen sobre el grado en que el TOC causa miedo y perturbación. Es también un elemento importante para crear un mapa detallado del TOC.

## Contribuya en el mapa del TOC

El terapeuta ayudará a su hijo/a a graduar los síntomas del TOC desde el más fácil hasta el más difícil con el termómetro de miedos. Una vez graduado, es importante conocer qué territorio de la vida del niño está libre de TOC, dónde tanto el TOC como el niño ganan algunas veces y dónde, en que terrenos, el niño controla el TOC.

Llamamos a la región en la que el niño es capaz a veces de afrontar el TOC como zona de trabajo o transición.

La zona de transición ofrece una guía segura para usar cuando seleccione los objetivos para la E/PR.

El mapa sería como una lista de síntomas o una jerarquía de estímulos, es decir, una lista de síntomas graduados según la dificultad que presentan para la E/PR.

## Potencie el autodiscurso positivo

Motive a su hijo/a a hablarse de una forma positiva pero realista sobre sus esfuerzos para resistir el TOC. La mayoría de niños con TOC son muy críticos con ellos mismos, sobre todo cuando rinden mal en el colegio o hay problemas en casa.

Autohablarse de forma negativa contribuye a aumentar la ansiedad antes, durante y después de las tareas de exposición. Identificarlos y corregirlos es crucial para aumentar la motivación para realizar las tareas de E/PR.

## Hablarle al TOC

Otra forma de autodiscurso constructivo es externalizar el TOC, es decir, hacer del TOC un problema separado del niño. Esto incluye la conversación del niño/a con el TOC.

Su hijo/a y usted pueden conseguir no rendirse delante del TOC, hablándole de forma positiva, manteniéndolo externo al niño y aumentando la motivación para cumplir con las tareas de E/PR.

Afrontar el TOC con conversaciones puede ser difícil, especialmente cuando el niño/a cambia obsesiones por frases que ellas solas pueden causar síntomas de TOC, como «no me pondré enfermo si toco este papel».

Bajo estas circunstancias, a veces es de ayuda sugerirle que utilice frases más generales como «Tírate al lago TOC, yo soy el jefe» o «No has podido cogerme otra vez, TOC». Es importante que se haga sólo para las tareas seleccionadas para esa semana, sino le motivará para hacer algo imposible, escogiendo objetivos muy altos en la jerarquía de estímulos.

## Cultive el sentido de desvinculación con el TOC

Además de la confrontación del TOC a través de «hablarle» o la reestructuración cognitiva, existe una estrategia alternativa, popularizada por Jeff Schwartz en su libro *Brain Lock*, que consiste en cultivar la desvinculación con el TOC. Cultivar la desvinculación enlaza con hacer externo el problema, dando un nombre desagradable al TOC, útil sobre todo para aquellos pacientes que pierden perspectivas cuando están ansiosos.

La idea básica es simple: el TOC es simplemente «hipo» en el cerebro que va y viene, como «una nube en el cielo», o «un pez nadando en un acuario» o «un grupo de monos locos en un árbol».

Trabajar con el TOC de esta manera incluye enseñar al niño/a 4 frases sencillas.

Primera: algo como «es sólo el TOC otra vez». A veces generando un amigable «hola + apodo» ayuda a disminuir la tendencia del niño a reaccionar emocionalmente a los síntomas del TOC.

Segunda: «mi cerebro tiene hipo otra vez», explícita reconocer que lo que llamamos TOC ocurre por un fallo en los circuitos del Sistema Nervioso Central.

Tercera: «este hipo no es importante», no implica otra respuesta más que la paciencia ya que el TOC no tiene sentido.

Cuarta: quitarle importancia a los síntomas, que pasarán por sí solos si no se hace nada. «Prefiero hacer algo placentero mientras el TOC se va».

Cultivar la desvinculación le ayudará a evitar sentirse molesto por el TOC. Mientras espera que el TOC se vaya, su hijo/a y usted pueden hacer algo divertido juntos, como leer un cuento, pasear o jugar.

## Recompensas

El refuerzo positivo puede ser de gran ayuda para incrementar la motivación para resistir al TOC, sobre todo para los más jóvenes que se ven expuestos a comentarios negativos o a castigos por culpa de los síntomas del TOC.

Su terapeuta le ayudará a negociar una serie de recompensas, en forma de pequeños premios.

Recompensar tareas específicas también ayuda a mantener el foco de atención en el TOC como problema, incrementa la autoestima y la motivación de su hijo/a.

Resistir el TOC es un trabajo duro y es razonable recompensarlo como cualquier otro logro.

## Ayudando a su hijo/a a resistir el TOC

Los padres casi siempre sobreprotegen a su hijo/a con TOC, y a veces actúan como reforzadores de éste. Para que el niño/a pueda progresar contra el TOC, debe aprender a librarse del TOC. Puede jugar uno de los siguientes roles:

- Ayudante del TOC (rol no terapéutico)
- Animador del niño/a
- Coterapeuta (con el permiso del niño)

Obviamente, desaconsejamos el primero, fomentamos el segundo y cuidadosamente estructuramos el tercer rol.

## No sea un ayudante

Padres, familiares y amigos a menudo se ven involucrados en los rituales del niño/a. Es importante identificar la manera en que el TOC le implica, ya que

describir su apoyo al TOC es clave para el éxito del tratamiento.

Por esto el terapeuta necesita su información sobre la naturaleza de los síntomas de su hijo/a.

Incluimos a los padres en el tratamiento y les ayudamos, a ellos y a su hijo, a decidir cómo no participar en el TOC. Esto incluye que el niño/a elija objetivos para E/PR parental y el terapeuta ofrezca a los miembros de la familia que participan en los rituales un entrenamiento específico.

### **Animar es una buena manera de ayudar a su hijo/a**

Hasta que su hijo no esté listo para considerarle un coterapeuta, su rol como animador consiste en ofrecer apoyo y motivar. Esto contribuirá a incrementar la seguridad en el niño conforme vaya realizando las tareas de E/PR.

Como animador, sólo animará a su hijo/a a completar las tareas para casa y evitará presionarle para que haga tareas mucho más difíciles.

### **Como coterapeuta o entrenador ayude a su hijo/a en las tareas para casa**

Con el permiso de su hijo/a, y con un entrenamiento específico por parte del terapeuta, los padres pueden ser de gran ayuda actuando como coterapeutas. Es importante a la hora de realizar tareas de E/PR difíciles lejos de la consulta y sin la presencia del terapeuta para ayudarlo.

Por ejemplo, su niño le pide que mantenga cerrado el agua mientras esté realizando las tareas de contaminación en el baño de casa. Mientras que su hijo espera a que la ansiedad disminuya, le

puede animar diciéndole «Otra vez está el TOC intentando molestarte. Recuerda que la ansiedad desaparecerá. ¡Tú puedes hacerlo! Utiliza tu caja de herramientas». También puede preguntar a su hijo la temperatura del termómetro de miedos cada 1 o 2 minutos para que pueda observar el descenso de sus miedos o temores.

### **Más recompensas, ceremonias y notificaciones**

Las ceremonias (muestras simbólicas de éxito) y las notificaciones (dar a conocer a otras personas que su hijo/a está teniendo éxito, mejorando) son reminiscencias tangibles de que el TOC está saliendo de la historia de su hijo/a.

Las ceremonias, como cualquier otra recompensa, son moralmente estimulantes. Las notificaciones ayudan a los otros, que han considerado previamente que el niño se comportaba mal, a reconocer que actualmente él o ella está trabajando duro para recuperarse de una difícil enfermedad mental.

Junto con su hijo/a y el terapeuta ayudará a identificar aquellos objetivos, que conseguidos, se celebrarán con recompensas, ceremonias y notificaciones.

### **Retirar el acuerdo**

Cuando su hijo le insista para que participe en un ritual específico recuerde que usted no va a dejar que el TOC gane.

### **Motive a su hijo/a para resistir**

Motive a su hijo/a para que utilice su caja de herramientas para resistir.

### Use el termómetro de miedos

Revise el nivel de ansiedad de su hijo/a y anímelo a usarlo.

### Sea un animador/a

Felicite a su hijo/a cuando rechazar su participación en el ritual no produzca ansiedad. Establezca recompensas, ceremonias y notificaciones apropiadas para los desafíos que debe afrontar.

El proceso de entrenamiento es el mismo cada vez aunque se elijan diferentes estrategias, de acuerdo con las necesidades del niño. Recuerde que debe trabajar con tareas de E/PR decididas con su hijo/a y su terapeuta. Las E/PR prematuras inhiben el progreso y disminuyen la motivación del niño/a para cooperar en el tratamiento.

### No deje abruptamente de participar en los rituales

Una parada abrupta no ayuda nada ya que su hijo/a no tendrá estrategias trabajadas para manejar la angustia resultante; no reducirá aquellos síntomas que están «fuera del alcance de la vista» y, lo más importante, no ayudará al niño a interiorizar estrategias de por vida para hacer frente a síntomas del TOC.

### ¿Qué debería hacer si mi hijo/a, o yo, se siente abandonado?

Es normal tener dudas ocasionales e inquietud con respecto al tratamiento. Consulte todas sus dudas y preocupaciones con su doctor, terapeuta y otros miembros de su familia. Si usted cree que el tratamiento no funciona o no

causa efectos agradables, dígaselo a su doctor. No interrumpa la TCC o ajuste la medicación a su criterio.

Es duro mantener bajo control el TOC, no se arriesgue a una recaída por interrumpir el tratamiento sin antes consultar con su doctor o su terapeuta cognitivo-conductual. Si las cosas no están yendo bien, no sea tímido y busque una segunda opinión.

### Cuando el tratamiento finaliza

#### *¿Con qué frecuencia he de hablar con el doctor de mi hijola?*

Al comienzo del tratamiento muchas familias hablan con su doctor por lo menos una vez a la semana para controlar los síntomas, la dosis de medicación y los efectos secundarios. A medida que su hijo/a se vaya recuperando, el contacto es menos frecuente. Una vez bien, él o ella deben ver a su doctor, para una pequeña revisión durante algunos meses durante el primer año y después, una vez al año.

#### *Contacte con su doctor si observa en su hijola lo siguiente:*

- Síntomas graves y recurrentes del TOC.
- Empeoramiento de los síntomas de TOC que no responden a estrategias aprendidas en la TCC.
- Cambios en los efectos producidos por la medicación.
- Nuevos síntomas de otro trastorno, como el trastorno de pánico o la depresión.
- Un evento vital, como un problema en el colegio, que pueda empeorar el TOC.

### *¿Qué pasa con el resto de la vida de mi hijo/a?*

Mientras su hijo/a está trabajando duro para ponerse mejor, deje que se tome la vida como él quiera.

No le presione. Evite expectativas extremas. Recuerde que nadie odia más al TOC que el paciente, por eso apoye los esfuerzos por resistir más que criticar.

Una actitud paciente respecto a la escuela es importante. A menudo hay bajo rendimiento escolar. Dependiendo de la necesidad, su terapeuta le ayudará a trabajar con la escuela para que también formen parte del equipo de tratamiento.

### *¿Y si mi hijo no quiere hablar conmigo?*

Si su hijo/a ve su participación como una interferencia y no quiere hablarle sobre el TOC, recuerde que no es un rechazo hacia usted, es la forma de comunicarse de la enfermedad.

En este caso, llegará a ser obvio cuando el TOC alcance niveles clínicos severos o simplemente sea uno de esos episodios del desarrollo por los que pasan los niños, en este caso no tiene nada de qué preocuparse.

Si usted está inseguro, una llamada a su terapeuta puede ayudar a decidir si es necesaria una visita.

En general, es mejor tratar a su hijo/a de forma normal una vez recuperado, manteniéndose alerta a cualquier indicador de síntomas.

Aprenda a diferenciar entre un mal día y el TOC.

No atribuya todo lo que no funcione bien al TOC.

### *Cuídese usted mismo*

Si usted está ayudando a cuidar de alguien con TOC severo en casa, intente, si es posible, hacer turnos con otros familiares para atender las necesidades de su hijo/a, para que el TOC no «queme» a un miembro de la familia. Contacte con un grupo de apoyo, manera de compartir su problema y de recibir consejos útiles sobre cómo manejar el TOC.

## **INFORMACIÓN PARA PROFESORES SOBRE EL TRASTORNO OBSESIVO-COMPULSIVO**

### **Trabajando conjuntamente**

A menudo los profesores se convierten en una herramienta inestimable en el tratamiento de muchos trastornos psicológicos ya que pueden observar muchas conductas extrañas en sus alumnos, que en muchas ocasiones sólo aparecen en el contexto escolar. En infinidad de ocasiones logran identificar conductas extrañas que rompen la dinámica del grupo y que no saben cómo abordar.

Entre las enfermedades que pueden provocar este tipo de conductas extrañas se encuentra el Trastorno Obsesivo-Compulsivo (TOC).

El personal escolar tiene la oportunidad de observar e interactuar durante bastantes horas al día con estudiantes, por tanto, tienen una oportunidad única para identificar síntomas de TOC en niños en edad escolar.

Todo esto es importante porque estas personas aprenden a identificar síntomas de TOC en el contexto escolar, convirtiéndose en esenciales en el tratamiento apropiado de niños con esta enfermedad.

## Reconociendo el TOC en el contexto escolar

Como los niños y adolescentes con TOC mantienen el secreto acerca de la enfermedad, los síntomas puede que no sean obvios para un observador no entrenado.

Es esencial que el personal de las escuelas sea consciente y esté atento a los síntomas del TOC descritos en la siguiente sección. Las expresiones más serias de la enfermedad pueden hacer que el niño sea incapaz de ir a la escuela.

## Obsesiones

Las obsesiones son pensamientos, impulsos o imágenes persistentes y repetitivas que se introducen en el pensamiento individual de una persona. Las obsesiones son capaces de provocar una tremenda ansiedad o fuertes sentimientos de malestar.

### *Las principales obsesiones son las siguientes:*

**Miedo a contaminarse:** El miedo a contaminarse puede estar relacionado con los gérmenes, la suciedad, la pintura, los excrementos, las secreciones corporales, la sangre, los productos químicos y otras sustancias.

Una de las obsesiones de contaminación más comunes actualmente es la infección con el virus del sida.

La preocupación por la contaminación puede llevar al niño y al adolescente a evitar contaminantes sospechosos y/o a lavarse excesivamente.

**Miedo a que le hagan daño:** A las enfermedades y a la muerte: Niños y ado-

lescentes con TOC pueden experimentar miedo a ser dañados, a las enfermedades y a la muerte.

Estos miedos suelen aparecer en relación a su propia seguridad o a la seguridad de personas significativas para ellos. En muchos casos, la gente joven con TOC tiene miedo de lo que ellos puedan hacer, más que del daño que les puedan hacer. También pueden ser asaltados por pensamientos de ser envenenados, infectados gérmenes y ser atacados con objetos afilados.

**Obsesiones de tipo numérico:** Las obsesiones con los números son muy típicas en los niños pequeños. Sólo algunos números son considerados números «seguros» mientras que otros se consideran malos. La obsesión con un cierto número puede hacer que el niño tenga que repetir una acción un número determinado de veces o tener que contar repetidamente hasta cierto número.

**La escrupulosidad:** Algunos niños con ataduras religiosas importantes tienen un miedo obsesivo a que ellos puedan hacer algo pecaminoso o propio del diablo. Este síntoma del TOC llamado escrupulosidad lleva al niño a pensar constantemente que están cometiendo pecados y que por eso debe rezar o encontrar maneras de pagar por sus pecados. Algunos individuos crean sistemas elaborados para evitar ciertos pensamientos, recuerdos o acciones.

## Las manifestaciones comportamentales de las obsesiones

Las obsesiones pueden ser extremadamente intrusivas y pueden interferir con el proceso normal de pensamiento. Los estudiantes que experimentan obsesiones pueden quedarse colapsados o

parados, en cierto punto, y perder la necesidad o la habilidad para seguir adelante. La fijación en un trabajo puede causar distracción del mismo trabajo que se está realizando, lo que retrasa al estudiante en relación al ritmo de aprendizajes. También puede provocar una conducta perfeccionista que puede afectarle en sus trabajos dentro de la escuela. En el caso que se esté evaluando un fracaso escolar o un rechazo, debe ser evaluada la posibilidad de un TOC.

### Las compulsiones

Las compulsiones son comportamientos repetitivos o actos mentales que la persona siente la obligación de realizar en respuesta a una obsesión o de acuerdo a unas reglas que deben ser aplicadas de manera rígida. Los sujetos realizan estos actos o rituales para prevenir o reducir el malestar o prevenir eventos desagradables. Algunas de las compulsiones más comunes son:

**Rituales de lavado o limpieza:** En algún punto de su enfermedad, el 80% de los niños y adolescentes con TOC experimentan este tipo de rituales, el más común de ellos es la limpieza de las manos. Estos individuos se pueden sentir obligados a lavarse intensamente y de acuerdo a una prescripción propia durante minutos u horas.

Otros pueden estar fijados más en las veces que deben realizar la conducta, que en la intensidad y el tiempo que ha de durar la conducta.

El lavado y la limpieza compulsiva puede aparecer en el contexto escolar con comportamientos sutiles que no están obvia e inmediatamente relacionados con la limpieza o el lavado. Un

signo de una conducta de limpieza exagerada puede ser niños con las manos rojas, secas..... Mientras que el miedo a contaminarse, frecuentemente, está relacionado con una limpieza excesiva, también puede producir el efecto contrario y observarse niños con los zapatos sucios y desabrochados, con el pelo sucio... En este caso, el miedo a la contaminación se basa en que nadie, ni siquiera él mismo, toque sus objetos personales, por miedo a contaminarse.

**Rituales de comprobación:** Los rituales de comprobación son otro tipo de compulsiones que pueden experimentar los jóvenes con TOC. Estos rituales, que en muchas ocasiones pueden ser precipitados por temores de daño a uno mismo o a otros, incluyen comprobaciones de grifos, comprobaciones de maquinaria u objetos técnicos... Otros niños pueden estar afectados por dudas obsesivas y no por miedos a recibir daño. Las obsesiones de duda pueden ser particularmente fuertes. Los rituales de comprobación pueden crear serios problemas para los niños en edad escolar.

En el proceso de preparación para irse al colegio, el niño puede comprobar sus libros una y otra vez para ver si lleva todo lo necesario, hasta el punto de llegar tarde a la escuela. En alguna ocasión en la escuela, el niño puede sentir la necesidad de llamar o volver a casa para comprobar algo otra vez.

El personal de la escuela puede también estar alerta a rituales como la comprobación y recomprobación de respuestas en un examen hasta el punto de presentarlo tarde o no presentarlo.

Los rituales de comprobación también pueden interferir en la finalización de los deberes, los rituales de comprobación, a veces, hacen que el estudiante tenga que trabajar hasta altas horas de

la noche en tareas que podrían estar terminadas en un par de horas.

**Rituales de repetición:** Algunos TOC pueden sufrir la experiencia de que una acción tenga que ser completada del todo o encontrarse enganchado en la repetición de rituales. En otros casos, los rituales de repetición son provocados por la ansiedad. Los individuos con compulsiones de repetición pueden andar hacia delante y hacia atrás de una manera particular, levantarse y sentarse en una silla diferentes veces o ir de dentro a fuera de una puerta de manera propia hasta que se sienta bien. Los rituales de repetición, frecuentemente, están conectados con los rituales de contar en los que una acción debe ser repetida un cierto número de veces.

**Rituales de simetría y exactitud:** Las obsesiones relacionadas con la necesidad de conseguir la simetría entre las cosas puede provocar en el estudiante una necesidad de ordenar los objetos de la clase. Los rituales relacionados con la simetría también se pueden expresar por la necesidad del niño de tener los dos lados del cuerpo iguales o idénticos, hacer pasos que tengan la misma longitud o dar la misma fuerza en cada sílaba de una palabra.

### **Otras conductas compulsivas**

Los TOC también pueden sufrir pensamientos obsesivos que los llevan a realizar evitaciones compulsivas. En este caso, los sujetos pueden recorrer grandes distancias con el objetivo de evitar objetos, sustancias o situaciones que puedan causar miedo o mal estar. Por ejemplo, el miedo a contaminarse puede hacer que el niño evite objetos que co-

múnmente se encuentran en la clase como pintura, cola, barro, pasta, arcilla, tinta china. En estos casos, los niños pueden cubrir sus manos con ropa o guantes, también puede utilizar el puño de la camisa para abrir puertas o cerrar grifos. Un estudiante con obsesiones relacionadas con el miedo a sufrir algún daño puede evitar el uso de tijeras u otros utensilios afilados en la clase. También relacionado con este tipo de circunstancias, un niño puede evitar usar alguna de las puertas de la escuela porque pasar a través de ella puede provocar un ritual de repetición.

Los niños con TOC también pueden expresar una fuerte necesidad de seguridad, en relación a ciertos aspectos como el hecho de no haber realizado errores en sus trabajos.

### ***Condiciones de comorbilidad o enfermedades relacionadas***

También resulta importante que el personal de la escuela sea consciente de que otros trastornos pueden aparecer en el niño a la vez que el TOC. Por ejemplo, trastornos de ansiedad, de tipo fóbico que son muy típicos en los enfermos con TOC. Otros trastornos también se ha observado junto al TOC como los trastornos de tipo depresivo, trastornos oposicionistas desafiante y el síndrome de Gilles de la Tourette. El Síndrome de Gilles de la Tourette se caracteriza por la aparición de tics de tipo motor múltiple i tics fonatorios, estos tics de tipo fonatorio pueden hacer pensar al profesor que el niño se burla, insulta, que dice obscenidades, cuando en realidad son conductas incontrolables y explosivas que se escapan al control consciente del niño.

Los problemas de aprendizaje tam-

bién suelen ser comunes en los enfermos con TOC.

### **El rol del profesional de la escuela en la intervención con el TOC**

Para poder identificar de una manera correcta la patología del TOC en un contexto escolar es necesario que el personal de la escuela se convierta en un conocedor de la patología, al igual que actualmente lo son de otras.

Los profesores son uno de los puntos más importantes a tener en cuenta en este proceso de identificación de la patología en el medio escolar debido al tiempo que comparten con los estudiantes.

También están en posición de recibir información de otros alumnos sobre el comportamiento de un estudiante que pueda exhibir conductas parecidas a las del TOC.

Cuando un profesor identifica un niño con un posible TOC, el siguiente paso que debe dar es el compartir su información con el psicólogo de la escuela o con el servicio de estudiante.

La evaluación correcta consistirá en solicitar información de los padres, de otros profesores y también del joven involucrado.

### **Informar sobre el problema**

Si la información derivada del proceso de evaluación indica la posibilidad que el joven sufra un TOC será obligación del grupo de profesionales de la escuela el compartir la información con los padres y recomendar una evaluación externa por parte de un grupo de trabajo especializado en este tipo de patologías.

### **Tratamiento del TOC**

Una vez que el profesional de la salud mental ha diagnosticado al joven de TOC puede empezar a llevar a cabo uno de los diferentes tratamientos indicados para la enfermedad.

La terapia cognitivo-conductual sola o combinada con medicación representa el tratamiento que ha demostrado más eficacia con este tipo de patologías.

#### **La terapia Cognitivo-Conductual (TCC):**

La Terapia Cognitiva consiste en cambiar sus pensamientos y sentimientos cambiando primero su comportamiento. En la Terapia Cognitivo-Conductual (TCC), la Terapia Conductual consiste en exponerse uno mismo a las situaciones que nos dan miedo (exposición) y aguantarse para no realizar rituales (prevención de respuesta). La Terapia Cognitiva, que normalmente complementa la exposición y prevención de respuesta (E/PR), redirige el pensamiento catastrófico y el exagerado sentimiento de responsabilidad que se observa en pacientes con TOC.

Una vez el tratamiento ha sido establecido, los representantes escolares pertinentes pueden discutir con los profesionales de la salud mental, las bases de intervención escolar. Sin tener en cuenta el tipo de intervención seleccionada será muy importante una unión entre la escuela, el entorno familiar y la comunidad para conseguir un desarrollo y realización correcta de la intervención que pueda provocar el mayor beneficio posible al niño.

Es importante que el personal escolar reconozca que el TOC es un desorden neurocomportamental y que refleja un procesamiento anormal de la información en el sistema nervioso central y que no se trata de un comportamiento

oposicionista. El personal escolar debe ver a un niño con TOC como verían a otro niño con otro tipo de enfermedad como la diabetes o el asma. Finalmente, en el caso del TOC será necesaria una acomodación al aspecto crónico de la enfermedad, al igual que lo es en el caso de las enfermedades anteriormente mencionadas.

### **Sugerencias para manejar los síntomas del TOC en el contexto escolar**

El personal de la escuela puede jugar un rol muy importante no solo en el tratamiento del TOC, sino también en el manejo diario de los síntomas en el contexto escolar. Las siguientes estrategias pueden ayudar al personal escolar a facilitar el ajuste del niño o adolescente con TOC al contexto escolar:

- Intentar entender y proporcionar apoyo a los parientes y familiares de un estudiante con TOC.
- El personal escolar también puede realizar pequeños cambios específicos en el ambiente de aprendizaje para facilitar el rendimiento académico del estudiante:
- Para el estudiante con TOC que tiene dificultades para tomar notas, se pueden considerar facilidades como lecturas gravadas en cinta, proporcionar resúmenes de las lecturas.
  - Para el estudiante con compulsiones de lectura, el profesor puede gravar las lecturas en una cinta, permitir que otro estudiante lea los textos por él o mandar lecturas más cortas.
  - Para el estudiante que tiene dificultades para realizar los exámenes, el profesor puede: 1. Permitir descansos durante el examen; 2. Permitirle un tiempo extra para realizar el examen; 3. Permitir que el estudiante realice exámenes orales.
  - En algunas ocasiones puede resultar interesante que un compañero del niño participe en el tratamiento como coterapeuta, en este caso el papel facilitador del profesor será muy importante.
- Controlar el castigo al estudiante por culpa de situaciones o comportamientos sobre los que no tiene control.
  - Estar sensible ante las necesidades emocionales del estudiante con TOC. Muchas veces los estudiantes con TOC sufren de baja autoestima y dificultades de relación con los iguales o compañeros.

# Referencias bibliográficas

- ACHENBACH, T.M. (1991). *Integrative Guide for the 1991 CBC-L/ 4-18 years and TRF profiles*. University of Vermont Department of Psychiatry, Burlington.
- ADAMS, P.L (1973). *Obsessive Children*. Penguin, Nueva York.
- ADAMS, G.; WAAS, G.; MARCH, J.; SMITH, M. (1994). «Obsessive Compulsive Disorder in Children and Adolescents». *The role of the School Psychologist in identification, assessment and Treatment. School Psychol Quart*, 9(4): 307-311.
- ALDERMAN, J.; WOLKOW, R.; CHUNG, M.; JOHNSTON, H.F. (1998). «Sertraline treatment of children and adolescents with obsessive-compulsive disorder». *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*, 37: 386-394.
- ALLEN, J.J.; TUNE, G.S. (1975). «The Lynfield Obsessional Compulsive Questionnaire». *Scott Med J*, 1975. 20: 21-24.
- ALONSO, M.P.; MENCHON, J.M.; PIFERRER, J. (2001). «Estudio de la percepción del estilo educativo en el Trastorno Obsesivo-Compulsivo». *Psychiatry Biol*, 8: 93-98.
- American Academy of Child and Adolescent Psychiatry. (1997). «Practice parameters for the psychiatric assessment of children and adolescents». *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*, 36: 4-20.
- American Academy of Child and Adolescent Psychiatry. (1998). «Practice parameters for the Assessment and treatment of Children and Adolescents with Obsessive-Compulsive Disorder». *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*, 37(10): 27-45.
- American Academy of Child and Adolescent Psychiatry. (1998). «Practice Parameters for the Assessment and Treatment of Children and Ado-

- lescents with Obsessive-Compulsive Disorder». *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*; 37 (10): 27-45.
- American Psychiatric Association. (2002). «Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-IV-TR)». *American Psychiatric Association*, Washington, DC.
- APTER, A.; RATZONE, G.; KING, R.A. (1994). «Fluvoxamine open-label treatment of adolescents inpatients with OCD or depression». *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*, 33: 342-348.
- ÁVILA, A. (1986). «Una contribución a la evaluación de las obsesiones y compulsiones:revisión del inventario de obsesiones de Leyton (LOI) y del cuestionario obsesivo-compulsivo del Maudsley (MOCQ)». *Psiquis*, 7: 93-99.
- BASSAS, N.; TRIAS, M.; TOMÁS, J. (1994). «Estudio comparativo entre Trastorno Fóbico y Trastorno Obsesivo en niños y adolescentes». *Rev Psiq Inf*, 4: 264-276.
- BALLESTEROS, R. (2000). *Introducción a la evaluación psicológica*. Piramide, Madrid.
- BAXTER, L.R.; PHELPS, M.F.; MAZZIOTTA, J.E.; SCHWARTZ, J.M.; GERNER, R.H.; SELIN, C.E.; SUMIDA, R.M. (1985). «Cerebral metabolic rates for glucose in mood disorders: studies with positron emission tomography and fluorodeoxyglucose». *Arch Gen Psychiatry*, 42: 441-447.
- BAXTER, L.R.; PHELPS, M.F.; MAZZIOTTA, J.E.; GUZE, B.H.; SCHWARTZ, J.M.; SELIN, C.E. (1987). «Local cerebral glucose metabolic rates in obsessive compulsive disorder: a comparison with rates in unipolar depression and in normal controls». *Arch Gen Psychiatry*, 44: 211-218.
- BAXTER, L.R. (1992). «Neuroimaging studies of obsessive compulsive disorder». *Psychiatr Clin North Am*, 15: 871-884.
- BAXTER, L.R. (1994). «Positron emission tomography studies of cerebral glucose metabolism in obsessive compulsive disorder». *J Clin Psychiatry*, 55: 54-59.
- BAYSAL, Z.B.; ÜNAL, F. (1996). «Fluoxetine treatment of children and adolescent with obsessive-compulsive disorders: A open label trial». *European Neuropsychopharmacology*, 6(4): 142-143.
- BEHAR, D.; RAPOPORT, J.L.; BERG, C.J. (1984). «Computerized tomography and neuropsychological test measures in adolescents with obsessive-compulsive disorder». *Am J Psychiatry*, 141: 363-369.
- BERG, C.Z.; RAPOPORT, J.L.; WHITAKER, A. (1989). «Childhood obsessive compulsive disorder: a two year prospective follow-up of a community sample». *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*, 28: 528-533.
- BERMAN, L. (1942). «Obsessive-compulsive neurosis in children». *J Nerv Men Dis*, 95: 26-39.
- BLACK, A. (1974). «The natural history of Obsessional Neurosis». *Obs States*, 1: 19-55.
- BORCHERDING, B.; KEYSOR, C.; RAPOPORT, J.L.; ELIA, J.; AMASS, J. (1990). «Motor vocal tics and compulsive behaviors on stimulant drugs: is there a common vulnerability?». *Psychiatry Reserch*, 33: 83-94.
- BREITER, H. C.; RAUCH, S.L.; KWONG, K.K. (1996). «Functional magnetic resonance imaging of symptoms provocation in obsessive compulsive disorder». *Arch Gen Psychiatry*, 53: 595-606.
- CASAS, M.E.; ALVAREZ, P.; DURO, C.; GARCÍA RIBERA, C.; UDINA, C.; VELAT, A.; ABELLA, D.; RODRÍGUEZ ESPINOSA, J.; SALVA, P.; JANE, F. (1986). «Antian-

- drogenic treatment of obsessive compulsive neurosis». *Act Psychiatr Scand*, 73: 221-232.
- CALABRESE, G.; COLOMBO, C.; BONFANTI, A.; SCOTTI, G.; SCARONE, S. (1993). «Caudate nucleus abnormalities in obsessive compulsive disorder: measurements of MHI signal intensity». *Psychiatry Res*, 50: 89-92.
- CHAPMAN, A.H.; PILKEY, I.; GIBBONS, M.J. (1958). «A psychosomati study of eight children with Sydenham's chorea». *Pediatrics*, 21: 582-595.
- COHEN, D. J.; LECKMAN, J. F. (1994). «Developmental psychopathology and neurobiology of Tourette's syndrome». *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*, 33: 2-15.
- CORA-LOCATELLI, G.; GREENBERG, B.D.; HARMON, A.; MARTIN, J.; ZIEMANN, U.; WASSERMAN, E.; LEONG, Y.M.; MURPHY, D.L. (1998). «Cortical excitability and augmentation strategies in OCD». *Biol Psychiatry*, 43:77.
- CUMMINGS, J.L.; CUNNINGHAM, K. (1992). «Obsessive-compulsive disorder in Huntington's disease». *Biol Psychiatry*, 31: 263-270.
- DE LUCAS, M.T. (2002). «Sesión de protocolos: protocolos en psiquiatría del niño y del adolescente: Trastorno Obsesivo-compulsivo». *Rev Psiq Inf*, 5: 146-154.
- DEN BOER, J.; WESTENBERG, H.; KAMERBEEK, W.; WERHOEEN, W.; KAHN, R. (1987). «Effect of serotonin uptake inhibitors in anxiety disorders: a double-blind comparison of clomipramine and fluvoxamine». *Int Clin Psychopharmacol*, 2: 21-32.
- DENCKLA, M.B. (1989). «The neurological examination. En Rapoport J.L. (ed), Obsessive compulsive disorder in children and adolescents». *American Psychiatric Press*, Washington D.C., Áags 107-118.
- DESPERT, L. (1955). «Differential diagnosis between obsessive-compulsive neurosis and schizophrenia in children». En Hoch, P.H. y Zubin, J. (Ed) *Psychopathology of childhood*. Grune and Stratton, Nueva York.
- DEVEAUGH-GEISS, J.; MOROZ, G.; BIEDERMAN, J. (1992). «Clomipramine in child and adolescent obsessive-compulsive disorder: a multicenter trial». *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*, 31: 45-49.
- EAPEN, V.; ROBERSON, M.M.; ALSOBROOK, J.P.II; PAULS, D.L. (1997). «Obsessive Compulsive symptoms in Gilles de la Tourette syndrome and Obsessive Compulsive disorder: differences by diagnosis and family history». *Am Med Genet*, 74:432-438.
- ESMAN, A. (1989). «Psychoanalysis in general psychiatry: obsessive-compulsive disorder as a paradigm». *J Am Psychoanal Assoc*, 37: 319-336.
- FIGUEROA, Y.; ROSENBERG, D.R.; BIRMAHER, B.; KESHAAN, M.S. (1998). «Combination treatment with clomipramine and selective serotonin reuptake inhibitors for obsessive-compulsive disorder in children and adolescents». *J Child Adolesc Psychopharmacol*, 8(1): 61-67.
- FITZGERALD, K.D.; STEWART, C.M.; TAWILE, V.; ROSENBERG, D.R. (1999). «Risperidone augmentation of serotonin reuptake inhibitor treatment of pediatric OCD». *J Child Adolesc Psychopharmacol*, 9(2): 115-123.
- FLAMENT, M.F.; RAPOPORT, J.L.; BERG, C.J. et al. (1985). «Clomipramine treatment of childhood obsessive-compulsive disorder». *Arch Gen Psychiatry*, 42: 977-983.
- FLAMENT, M.F.; RAPOPORT, J.L.; MURPHY, D.L.; BERG, C.L.; LAKE, R. (1987). «Biochemical changes during clomipramine treatment of childhood

- obsessive compulsive disorder». *Arch Gen Psychiatry*, 44: 219-225.
- FLAMENT, M. F.; MARTIN, F.; WHITAKER, A.; RAPOPORT, J.; DAVIS, M.; BERG, C.; KALIKOW, K.; SCEERY, W. (1988). «And Shaffer, D. Obsessive Compulsive Disorder in Adolescence». *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*, 27: 764-771.
- FLAMENT, M. F.; KOBY, E.; RAPOPORT, J.L. (1990). «Childhood obsessive-compulsive disorder: a prospective follow-up study». *J Child Psychol Psychiatry*, 31: 363-380.
- FOA, E.B.; Emmelkamp, P.M.G. (1983). *Failures in Behavior Therapy*. Wiley, Nueva York.
- FRANKEL, M.; CUMMINGS, J.L.; ROBERTSON, M.M.; TRIMBLE, M.R.; HILL, M.A.; BENSON, D.F. (1986). «Obsessions and compulsions in Gilles de la Tourette's syndrome». *Neurology* (NY), 36: 378-382.
- FRANKLIN; MARTIN, E.; KOZAK; MICHAEL, J. (1998). «Cognitive-Behavioral Treatment of Pediatric Obsessive-Compulsive Disorder: An Open Clinical Trial». *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*, 37 (4): 412-419.
- FRANKS; CYRIL, M. (1984). *New Developments in Behavior Therapy: From Research to Clinical Application*. The Haworth Press, Inc., New York.
- FREEMAN, J.; ARON, A.M.; COLLARD, J.; MACKAY, M.C. (1965). «The emotional correlates of Sydenham's chorea». *Pediatrics*, 35: 42-49.
- GARBER, H.J.; ANANTH, J.V.; CHIU, L.C.; GRISWOLD, V.J.; OLDENDORF, W.H. (1989). «Nuclear magnetic resonance study of obsessive-compulsive disorder». *Am J Psychiatry*, 46: 1001-1005.
- GELLER, D.A.; BIEDERMAN, J.; REED, E.D.; SPENCER, T.; WILENS, T. E. (1995). «Similarities in response to fluoxetine in the treatment of children and adolescent with obsessive-compulsive disorder». *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*, 34(1): 36-44.
- GEORGE, M.S.; LISANBY, S.H.; SACKEIM, H.A. (1999). «Transcranial magnetic stimulation: Applications in neuropsychiatry». *Arch Gen Psychiatry*, 56: 300-311.
- GIEDD, J.N.; RAPOPORT, J.L.; GARVEY, M.A. (2000). «MRI assesment of children with obsessive-compulsive disorders or tics associated with streptococcal infection». *Am J Psychiatry*, 157: 281-283.
- GILBERT, A.R.; MOORE, G.J.; KESHAVAN, M.S. (2000). «Decrease in thalamic volumes of pediatric patients with OCD who are taking paroxetine». *Arch Gen Psychiatry*, 57: 449-456.
- GOODMAN, W.K.; PRICE, L.H.; RASMUSSEN, S.A. (1989). «The Yale-Brown Obsessive-compulsive Scale, II: Validity». *Arch Gen Psychiatry*, 46: 1012-1016.
- GOODMAN, W.K.; MCDUGLE, C.J.; PRICE, L.H.; RIDDLE, M.A.; PAULS, D.L.; LECKMAN, J.F. (1990). «Beyond the serotonin hypothesis: a role for dopamine in some forms of obsessive compulsive disorder?». *J Clin Psychiatry*, 51: 36-43.
- GOODMAN, W.K.; WARD, H.; KABLINGER, A.; MURPHY, T. (1997). «Fluvoxamine in the treatment of obsessive-compulsive disorder and related conditions». *J Clin Psychiatry*, 58: 32-49.
- GREENBERG, B.D.; GEORGE, M.S.; DEARING, J.; BENJAMIN, J.; SCHLAEPFER, T.; ALTEMUS, W.; WASSERMANN, E.M.; HALLETT, M.; MURPHY, D.L. (1997). «Effect of prefrontal repetitive transcranial magnetic stimulation in obsessive-compulsive disorder: A preliminary study». *Am J Psychiatry*, 154: 867-869.
- GREIST, J.; CHOUINARD, G.; DUBOLF, E. (1995). «Double-blind parallel com-

- parison of three dosages of sertraline and placebo in outpatients with obsessive-compulsive disorder». *Arch Gen Psychiatry*, 52: 289-295.
- HALLETT, J.J.; HARLING-BERG, C.J.; KNOF, P.M. (2000). «Anti-Serotonin antibodies in Tourette Syndrome cause neuronal dysfunction». *J Neuroimmunol*, 111: 195-202.
- HANNA, G.L. (1995). «Demographic and clinical features of obsessive-compulsive disorder in children and adolescents». *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*, 34: 19-27.
- HATHAWAY, S.R.; MEEHL, P.E. (1951). *An Atlas for the clinical use of the MMPI*. University of Minnesota Press, Minneapolis.
- HIBBS, E.D.; HAMBURGER, S.D.; LENANE, M. (1991). «Determinants of expressed emotion in families of disturbed and normal children». *J Child Psychol Psychiatry*, 32: 757-770.
- HODGSON, R.J.; RACHMAN, S. (1977). «Obsessions and Compulsions complaints». *Behav Res Ther*, 15: 389-395.
- HOEHN-SARIC, R.; HARRIS, G.J.; PEARLSON, G.D.; COX, S.C.; MACHLIN, S.T.; CAMARGO, E.E. (1991). «A fluoxetine-induced frontal lobe syndrome in an obsessive compulsive patient». *J Clin Psychiatry*, 52: 131-133.
- HOLLINGSWORTH, C.; TANGUAY, P.; GROSSMAN, L. (1980). «Long-term outcome of obsessive compulsive disorder in childhood». *J Am Acad Child Psychiatry*, 19: 134-144.
- INSEL, T.R.; MUELLER, E.A.; ALTERMAN, I.; LINNOILA, M.M.; MURPHY, D.L. (1985). «Obsessive compulsive disorder and serotonin: is there a connection?». *Bio Psychiatry*, 20: 1174-1184.
- INSEL, T.R.; PICAR, D. (1983). «Naloxone administration in obsessive-compulsive disorder: Report of two cases». *Am J Psychiatry*, 140: 1219-1220.
- JUDD, LL. (1965). «Obsessive compulsive neurosis in children». *Arch Gen Psychiatry*, 12: 136-143.
- KANNER, L. (1935). *Child Psychiatry*. Charles C. Thomas, Springfield.
- KARNO, M.; GOLDING, J.; SORENSON, SB. (1988). «The Epidemiology of Obsessive-Compulsive Disorder in five US Communities». *Arch Gen Psychiatry*, 45: 1094-1099.
- KARNO, M.; AND GOLDING, J. (1990). *Obsessive-Compulsive Disorder. Psychiatric Disorders in America: Epidemiologic Catchment Area Study*. Free Press, New York.
- KEARNEY, C.A.; SILVERMAN, W.K. (1990). «Treatment of an adolescent with obsessive-compulsive disorder by alternating response prevention and cognitive therapy: an empirical analysis». *J Behav Ther Exp Psychiatr*, 21(1): 39-47.
- KING, R.A.; COHEN, D.J. (1994). «Psychotherapy with children and adolescents with neuropsychiatric disorders: ADHD, OCD, and Tourette's syndrome». En Oldham, J.M.; Riba, M.B. (ed). *Review of Psychiatry. American Psychiatric press*, Washington D.C., pages 519-539.
- KING, R.A.; RIDDLE, M.A.; CHAPPELL, P.B. (1991). «Emergence of self-destructive phenomena in children and adolescents during fluoxetine treatment». *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*, 30: 179-186.
- KING, R.A.; LEONARD, H.; MARCH, J. (1998). «Practice parameters for the assessment and treatment of children and adolescents with obsessive-compulsive disorder». *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*, 37: 27-45.
- KORAN, L.; MCELROY, S.; DAVIDSON, J.; RASMUSSEN, S.; HOLLANDER, E.; JENNILE, M. (1996). «Fluvoxamine versus clomipramine for obsessive-com-

- pulsive disorder: a double-blind comparison». *J Clin Psychopharmacol*, 16: 121-129.
- LENANE, M. (1989). «Families in Obsessive-Compulsive Disorder». *Am Psychiat Press*, 1: 237-249.
- LENANE, M.C.; SWEDO, S.E.; LEONARD, H.L. (1990). «Psychiatric disorders in first degree relatives of children and adolescents with obsessive compulsive disorder». *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*, 29: 407-412.
- LENANE, M. (1991). «Family therapy for children with obsessive compulsive disorder». En Pato, M.T.; Zohar, M. (ed). Current treatments of obsessive compulsive disorder: clinical practice. American Psychiatric Association, Washington D.C., pags 103-113.
- LEONARD, H.L.; SWEDO, S.E.; RAPOPORT, J.L. (1989). «Treatment of obsessive-compulsive disorder with clomipramine and desipramine in children and adolescents: a double-blind crossover comparison». *Arch Gen Psychiatry*, 46: 1088-1092.
- LEONARD, H.L.; SWEDO, S. E.; LENANE, M. C. (1991). «A double-blind desipramine substitution during long-term clomipramine treatment in children and adolescents with obsessive-compulsive disorder». *Arch Gen Psychiatry*, 48: 922-927.
- LEONARD, H.L.; LENANE, M. C.; SWEDO, S.E.; RETTEW, D.C.; GERSHON, E.S.; RAPOPORT, J.L. (1992). «Tics and Tourette's disorder: a 2 to 7 years follow-up of 54 obsessive-compulsive children». *Am J Psychiatry*, 149: 1244-1251.
- LEONARD, H.; RAPOPORT, J.; SWEDO, S. (1997). «Obsessive-Compulsive Disorder». En Wiener, Jerry, M. (Ed) *Textbook of Child and Adolescent Psychiatry*. American Psychiatric Press, Inc., Washington, DC, págs. 481-489.
- LÓPEZ-IBOR, J.J.; SAIZ, J. (1996). «Cottraux J. Double-blind comparison of fluoxetine versus clomipramine in the treatment of obsessive-compulsive disorder». *Eur Neuropsychopharmacol*, 5: 111-118.
- LUXENBERG, J.S.; SWEDO, S.E.; FLAMENT, M.F.; FRIEDLAND, R.P.; RAPOPORT, J.L.; RAPOPORT, S.I. (1988). «Neuroanatomic abnormalities in obsessive-compulsive disorder detected with quantitative x-ray computed tomography». *Am J Psychiatry*, 145: 1089-1093.
- MARCH, J.S.; MULLE, K.; HERBEL, B. (1994). «Behavioral psychotherapy for children and adolescents with obsessive-compulsive disorder: an open trial of a new protocol-driven treatment package». *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*, 33: 333-341.
- MARCH, John S. (1995). «Cognitive-Behavioral Psychotherapy for Children and Adolescents with OCD: A Review and Recommendations for Treatment». *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*, 34 (1):7-18.
- MARCH, J.; LEONARD, H. L. (1996). «Obsessive-compulsive disorder in children and adolescents: a review of the past 10 years». *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*, 35: 1265-1273.
- MARCH, J.S.; FRANCIS, A.; CARPENTER, D. (1997). «The expert consensus guideline series: Treatment of Obsessive-Compulsive Disorder». *J Clin Psychiatry*, 58 (4): 2-72.
- MARCH, JOHN S.; MULLEN, K. et al. (1998). *OCD in Children and Adolescents: A cognitive behavioral Treatment Manual*. The Guilford Press, New York.
- MARCH, JOHN S.; BIEDERMAN J.; WOLKOW, R. (1998). «Sertraline in children and adolescents with OCD. A multicenter randomized controlled trial». *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*, 280: 1752-1756.

- MARCH, JOHN S.; FRANKLIN, M.; NELSON, A.; FOA, E. (2001). «Cognitive-Behavioral Psychotherapy for Pediatric Obsessive-Compulsive Disorder». *J Clin Child Psychol*, 30 (1): 8-18.
- MARKOVITZ, P.; STAGNO, S.; CALABRESE, J. (1990). «Buspirone augmentation of fluoxetine in obsessive-compulsive disorder». *Biol Psychiatry*, 25: 186A.
- MARTIN, E.; FRANKLIN et al. (1998). «Cognitive- Behavioral Treatment of Pediatric Obsessive- Compulsive Disorder: An open Clinical Trial». *Child Adolesc Psychiatry*, 37, 4.
- MATAIX, D. (2001). «Neuroimagen y neuropsicología del trastorno obsesivo y compulsivo : avances recientes». *Psiquiatría biológica* ; 8, 2.
- MC DOUGLE, C.J.; GOODMAN, W.K.; LECKMAN, J.F. (1994a). «Haloperidol addition in fluvoxamine-refractory obsessive compulsive disorder: a double-blind, placebo-controlled study in patients with and without tics». *Arch Gen Psychiatry*, 51: 302-309.
- MILANFRANCHI, A. RAVAGLI, S.; LENSÌ, P.; MARAZZITI, D.; CASSANO, G.B. (1997) «A double-blind study of fluvoxamine and clomipramine in the treatment of obsessive-compulsive disorder». *Int Clin Psychopharmacol*, 12: 121-126.
- MURPHY, D.; ZOHAR, J.; PATO, M.; PIGOTT, T.; INSEL, T. (1989). «Obsessive compulsive disorder as a 5 HT subsystem behavioral disorder». *Brit J Psychiatry*, 155 (suppl): 15-24.
- NUÑEZ, R. (1979). *Aplicación del inventario Multifásico de la personalidad MMPI a la psicopatología*. El manual moderno, México.
- Organización Mundial de la Salud. *Clasificación estadística internacional de enfermedades y problemas de la salud (CIE-10)*.
- PAULS, D.L.; TOWBIN, K.E.; LECKMAN, J.F.; ZAHNER, G.E.P.; COHEN, D. (1986). «Gilles de la Tourette's syndrome and obsessive-compulsive disorder: evidence supporting a genetic relationship». *Arch Gen Psychiatry*, 43: 1180-1182.
- PIACENTINI, J.; BERGMAN, L. (2000). «Obsessive-ompulsive disorder in Children». En Sadock, Benjamin J.; Sadock, Virginia A. (Ed), *Comprehensive Text Book of Psychiatry*. Lippincott Williams and Wilkins, Philadelphia, págs 2758-2763.
- PEDREIRA, J.L.; FELIPE, E. (2000). «Trastorno obsesivo-compulsivo en la infancia y la adolescencia: psicopatología, manifestaciones clínicas e intervenciones». *Rev Psiq Inf*, 3: 130-140.
- PICCINELLI, M.; PINI, S.; BELLANTUONO, C.; WILKINSON, G. (1995). «Efficacy of drug treatment in obsessive-compulsive disorder: a meta-analytic review». *Br J Psychiatry*, 166: 424-443.
- PIGOTT, T.; PATO, M.; BERNSTEIN, S. (1990). «Controlled comparisons of clomipramine and fluoxetine in the treatment of obsessive-compulsive disorder». *Arch Gen Psychiatry*, 47: 926-932.
- PIGOTT, T.A.; ZOHAR, J.; HILL, J.L.; BERNSTEIN, S.E.; GROVER, G.N.; MURPHY, D.L. (1991). «Obsessive compulsive disorder». *Bio Psychiatry*, 29: 418-426.
- PRAT, J.; VALLEJO, J.; PORTA, A. (1971). «Terapéuticas biológicas». En Montserrat-Esteve, S. et cols (dir): *Patología obsesiva*. XI congreso Nacional de Neuropsiquiatría, Málaga.
- PRICE, L.; GOODMAN, W.; CHARNEY, D. (1987). «Treatment of severe obsessive-compulsive disorder with fluvoxamine». *Am J Psychiatry*, 144: 1059-1061.
- RACHMAN, S.; DE SILVA, P. (1978). «Abnormal and normal obsessions». *Behav Res Ther*, 16: 233-248.

- RAPOPORT, J.L. (1986). «Annotation: childhood obsessive-compulsive disorder». *J Child Psychol Psychiatry*, 27: 289-296.
- RAPOPORT, J.L. (1991). «Recent advance in obsessive compulsive disorder». *Neuropsychofarmacol*, 5: 1-9.
- RAPOPORT, J.; SWEDO, S.; LEONARD, H. (1994). «Obsessive-Compulsive Disorder». En Rutter, M., Taylor, E., Hersov, L. (Ed), *Child and Adolescent Psychiatry* (3ª edición). Blackwell Science, Ltd Oxford, págs 441-454.
- RAPOPORT, J.L.; INOFF-GERMAIN, G. (2000). «Treatment of Obsessive-Compulsive Disorder in Children and Adolescents». *J Child Psychol Psychiatry*, 41: 419-431.
- RASMUSSEN, S. (1984). «Lithium and tryptophan augmentation in clomipramine-resistant obsessive compulsive disorder». *Am J Psychiatry*, 141: 1283-1285.
- RASMUSSEN, S.; EISEN, J. (1992). «The epidemiology and clinical features of obsessive compulsive disorder». *Psychiatr Clin North Am*, 5: 743-758.
- RAUCH, S.L.; JENIKE, M.A. (1994). «Regional cerebral blood flow measured during symptom provocation in obsessive compulsive disorder using oxygen 15-labeled carbon dioxide and positron emission tomography». *Arch Gen Psychiatry*, 51: 52-70.
- RIDDLE, M.; SCAHILL, L.; KING, R.; HARDIN, M.; TOWBIN, K. (1990). «Obsessive compulsive disorder in children and adolescents: Phenomenology and family history». *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*, 29:766-778.
- RIDDLE, M.A.; KING, R.A.; HARDIN, M.T.; SCAHILL, L.; ORT, S.I.; LECKMAN, J.F. (1991). «Behavioral side effects of fluoxetine in children and adolescents». *J Child Adolesc Psychopharmacol*, 1: 193-198.
- RIDDLE, M.A.; SCAHILL, L.; KING, R.A. (1992). «Double-blind, crossover trial of fluoxetine and placebo in children and adolescents with obsessive-compulsive disorder». *J Am Acad Child Adolesc*, 31: 1062-1069.
- RIDDLE, M.A.; CLAGHORN, J.; GAFFNEY, G. (1996). «Fluvoxamine for children and adolescents with obsessive-compulsive disorder: a controlled multicenter trial». *Europ Neuropsychopharmacol*, 3: 179-185.
- RIDDLE, M.A.; REEVE, E.A.; YARYURATOBIA, J.A.; YANG, H.M.; CLAGHORN, J.L.; GAFFNEY, G.; GREIST, J.H.; HOLLAND, D.; MC CONVILLE, B.J.; PIGOTT, T.; WALKUP, J.T. (2001). «Pluvoxamine for children and adolescents with obsessive-compulsive disorder: a randomized controlled, multicenter trial» I. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*, 40: 222-229.
- ROS, S.; GARCÍA, R.; RODRÍGUEZ, R. (1998). *Terapéutica de los trastornos obsesivos*. Promedi, Madrid.
- ROSENBERG D.R., MC MASTER F.P., KESHAVAN M.S. «Decrease in caudate glutamatergic concentrations in pediatric OCD patients taking paroxetine». *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*, 2000, 39(9): 1096-1103.
- RUBIN R.T., VILLANUEA-MEYER J., ANANTH J. «Regional Xe 133 cerebral blood flow and cerebral technetium 99m HMPAQ uptake in unmedicated patients with obsessive compulsive disorder and matched normal control subjects». *Arch Gen Psychiatry*, 1992, 49: 695-702.
- SCAHILL, L., VITULANO, LAWRENCE A., BRENNER, Eliot M., LYNCH, Kimberly A. and KING, Robert. «A Behavioral Therapy in Children And Adolescents with Obsessive-Compulsive Disorder: A pilot Study». *J Child*

- Adolesc Psychopharmacol*, 1996, 6 (3): 1991-2002.
- SCAHILL, L.; RIDDLE, M.A.; KING, R.A. (1997). «Fluoxetine has no marked effect on tic symptoms in patients with Tourette's syndrome: a double-blind placebo-controlled study». *J Child Adolesc Psychopharmacol*, 7 (2): 75-85.
- SCAHILL, L.; RIDDLE, M.A.; MC SWIGGIN-HARDIN, M. et al. (1997b). «Children's Yale-Bron Obsessive-Compulsive Scale: Reliability and Validity». *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*, 36 (6): 844-852.
- SHAPIRA, N.A.; KECK, P.E.; GOLDSMITH, T.D.; MCCONVILLE, B.J.; EIS M.; MCELROY, S.L. (1997). «Open-label pilot study of tramadol hydrochloride in treatment-refractory obsessive-compulsive disorder». *Depression and Anxiety*, 6: 170-173.
- STEIN, D.J.; SPADACCINI, E.; HOLLANDER, E. (1995). «Meta-analysis of pharmacotherapy trials for obsessive-compulsive disorder». *Int Clin Psychopharmacol*, 10: 11-18.
- SUBIRÀ MÉNDEZ, D.; LLOPART CAPDEVILA, O.; GRISALES VALENCIA, A.; BASSAS BOLÍVAR, N.; TOMÀS I VILATELLA, J. (2004). «Aspectos psicoeducativos en el abordaje del trastorno Obsesivo-compulsivo en niños y adolescentes: Información para padres i maestros». *Rev Psiq Inf*; 1: 25-34.
- SWEDO, S. E.; RAPOPORT, J. L. (1989). «Phenomenology and differential diagnosis of obsessive-compulsive disorder in children and adolescents». En Rapoport, J. L. (Ed), *Obsessive-compulsive disorder in children and adolescents*. American Psychiatry Press, Washington.
- SWEDO, S.E.; LEONARD, H.L.; RAPOPORT, J.L.; LENANE, M.C.; CHESLOW, D.L.; GOLDBERGER, E.L. (1989a). «Clomipramine vs desmethylimipramine treatment of trichotillomania: a double-blind crossover comparison». *N Engl J Medicine*, 321: 497-501.
- SWEDO, S. E.; RAPOPORT, J. L.; LEONARD, H. (1989a). «Obsessive-compulsive disorder in children and adolescents». *Arch Gen Psychiatry*, 46: 335-341.
- SWEDO, S.; RAPOPORT, J.L.; LEONARD, H.L.; LENANE, M.; CHESLOW, D. (1989c). «Obsessive-compulsive disorder in children and adolescents: clinical phenomenology of 70 consecutive cases». *Arch Gen Psychiatry*, 46: 335-341.
- SWEDO, S.E.; SCHAPIRO, M.B.; GRADY, C.L.; CHESLOW, D.L.; LEONARD, H.L.; KUMAR, A.; FRIEDLAND, R.; RAPOPORT, S.L.; RAPOPORT, J.L. (1989d). «Cerebral glucose metabolism in childhood-onset obsessive-compulsive disorder». *Arch Gen Psychiatry*, 46: 518-523.
- SWEDO, S.E.; RAPOPORT, J.L. (1990). «Neurochemical and neuroendocrine considerations of obsessive compulsive disorders in childhood». En Deutsch, S. I.; Weizman, A.; Weizman, R. (ed), *Application of basic neurosciences to child psychiatry*. Plenum Medical Books, New York, págs 275-284.
- SWEDO, S.; LEONAR, H.L.; KRUESI, M.J.P.; RETTEW, D.; LISTWAK, S.J.; BERRETTINI, W.; STIPETIC, M.; HAMBURGER, S.; GOLD, P.W.; POTTER, W.Z.; Rapoport, J.L. (1992). «Cerebrospinal fluid neurochemistry of children and adolescents with obsessive-compulsive disorder». *Arch Gen Psychiatry*, 49: 29-36.
- SWEDO, S. E. (1993). «Trichotillomania». *Chil Adolesc Psychiatr Clin North Am*, 2: 685-694.
- SWEDO, S. E.; LEONARD, H.L.; GARVEY et

- al. (1998). «Pediatric autoimmune neuropsychiatric disorders associated with streptococcal infections: clinical description of the first fifty cases». *Am J Psychiatry*, 155: 264-271.
- TALLIS, F. (1999). *Trastorno Obsesivo Compulsivo: una perspectiva cognitiva y neuropsicológica*. Desclée de Brouwer, Bilbao.
- TARGET, M.; FONAGY, A. (1994). «Efficacy of psychoanalysis for children with emotional disorders». *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*, 33: 361-371.
- THOMSEN, P.H. (1997). «Child and Adolescent Obsessive-compulsive disorder treated with citalopram: findings from an Open trial of 23 cases». *J Child Adolesc Psychopharmacology*, 7(3): 157-166.
- THOMSEN, P.H. (1998). *Clinical Guidelines Obsessive Compulsive disorder in children and adolescent*. Clinical guidelines. *Child Adolesc Psychiatry* 7, 1.
- THOREN P.; ASBERG, M.; CRONHOLM, B.; JORNESTEDT, L.; TRASKMAN, L. (1980). «Clomipramine treatment of obsessive-compulsive disorder: a controlled clinical trial». *Arch Gen Psychiatry*, 40: 605-612.
- TOMÀS, J.; GASTAMINZA, X.; BASSAS, N. (1990). «Valoración evolutiva de los trastornos obsesivos de la infancia: pautas terapéuticas farmacológicas». *Rev Psiq Inf*, 1: 58-67.
- TOMÀS, J.; AMPUDIA, M.; BIELSA, N.; BASSAS, N.; GASTAMINZA, X. (1999). «Trastornos Obsesivo-Compulsivos». En J. Tomàs (Ed), *Actitudes educativas, trastornos del lenguaje y otras alteraciones en la infancia y la adolescencia*. Laertes, Barcelona, págs 265-288.
- TORO, J. (2001). *Trastorno Obsesivo-Compulsivo en niños y adolescentes: psicopatología y tratamiento*. Meeting and Congress, Barcelona.
- TOWBIN, KE.; RIDDLE, MA. (2002). «Obsessive-Compulsive Disorders». En Lewis, M. (Ed) *Child and Adolescent Psychiatry* (3ª edición). Lippincott Williams and Wilkins, Philadelphia, págs 834-847.
- TOWEY, J.; HOLLANDER, E.; FRIEDMAN, D. (1990). «Endogenous event-related potentials in obsessive compulsive disorder». *Biol Psychiatry*, 28: 92-98.
- VACAS, R.; GASTAMINZA, X.; BARGADA, M.; ALVARADO, H.; AMPUDIA, MS.; TOMÀS, J.(2000). «El TOC en la infancia y la adolescencia». En J. Tomàs (Ed), *Trastornos de conducta social y Trastornos psicóticos en la infancia y la adolescencia*. Laertes, Barcelona, págs 185-207.
- VALLEJO RUILOBA, J. (1995). *Estados Obsesivos* (2ª edición). Masson, S.A., Barcelona.
- VALLEJO, J.; ALONSO, M. (2001). «Estudio de la percepción del estilo educativo en el trastorno obsesivo compulsivo». *Psiquiatría biológica*; 8, 3.
- VERDES, M.C.; BIELSA, A.; TOMÀS, J.; LOMBARDÍA, C. (1998). «Aproximaciones al enfoque neurobiológico del trastorno obsesivo compulsivo en paidopsiquiatría». *Rev psiq inf*, 3:171-178.
- VON ECONOMO, C. (1931). *Encephalitis Lethargica: its sequelae ant treatment*. Oxford University Press, London.
- WEISS, E.L.; POTENZA, M.N.; MC DOUGLE, C.J.; EPPERSON, C.N. (1999). «Olanzapine additon in obsessive-compulsive disorder refractory to selective serotonin reuptake inhibitors. An open label case series». *J Clin Psychiatry*, 60: 524-527.
- WISE, S.; RAPOPORT, J.L. (1989). «Obsessive-compulsive disorder: is it Ganglia Bassal dysfunction?». En Rapoport, J.L. (Ed). *Obsessive compulsive disorder in children and adolescents*. American Psychiatric Press, Washington D.C., págs 327-347.

- WOLFF, R.; WOLFF, L. (1991). «Assesment and treatment of obsessive-compulsive disorder in children». *Behav Modificat*, 15(3): 372-393.
- WOLKOW, R.; ALDERMAN, J.; JOHNSTON, S. (1996). *Sertraline treatment of children and adolescents with obsessive-compulsive disorder or depression*. 9th congress poster European College of Neuropsychopharmacology, 21-25 septiembre.
- YARYURA-TOBIAS, J.A.; GRUNES, M.S.; WALZ, J.; NEZIROGLU, F. (2000). «Parental OCD as a prognostic factor in a year long fluvoxamine treatment in childhood and adolescent OCD». *Int Clin Psychopharmacol*, 15: 163-168.
- ZIMMERMAN (1988). *Interpretación clínica de la Escala de Inteligencia para niños*. Tea ediciones, Madrid.
- ZIMMERMAN, Woo-Sam (1997). *Interpretación clínica de la escala de inteligencia de Wechsler para adultos*. Tea Ediciones, Madrid.
- ZOHAR, J.; MUELLER, E.A.; INSEL, T.R.; MURPHY, D. (1987). «Serotonergic responsivity in obsessive compulsive disorder: comparison of patients and healthy controls». *Arch Gen Psychiatry*, 44: 946-951.
- ZOHAR, J.; INSEL, T.R.; BERMAN, K.F.; FOA, E.B.; HILL, J.L.; WEINBERG, D.R. (1989). «Anxiety and cerebral blood flow during behavioral challenge. Dissociation of central from peripheral and subjective measures». *Arch Gen Psychiatry*, 46: 505-510.
- ZOHAR, J.; JUDGE, R. (1996). «Paroxetine versus clomipramine in the treatment of obsessive-compulsive disorder». *Br J Psychiatry*, 169: 468-474.





