

**REVISIÓN TEÓRICA DEL TRATAMIENTO COGNITIVO
CONDUCTUAL PARA EL TRASTORNO OBSESIVO-COMPULSIVO
EN ADOLESCENTES**

Trabajo Fin de Grado de Psicología

Aitana Fajardo Jorge

Alexandra del Carmen Ortiz Arvelo

Alba Rodríguez Mesa

Tutorizado por

Marisela López Curbelo

Ignacio J. Ibáñez Fernández

Curso Académico 2022-23

Índice

Resumen:.....	3
Introducción.....	5
Resultados.....	15
Discusión y conclusiones.....	19
Bibliografía.....	22

Resumen:

El trastorno obsesivo compulsivo (TOC) es el cuarto trastorno psicopatológico más común en el mundo, con una prevalencia del 1 al 3 % de la población, el cual provoca un gran impacto biopsicosocial. Las dos principales vías de tratamiento son el farmacológico y la terapia cognitivo conductual (TCC). Este último se caracteriza por ser un tratamiento breve, directivo, estar orientado a objetivos, centrarse en la modificación de cogniciones y conductas, y por utilizar frecuentemente "tareas para casa". A lo largo del trabajo, y como objetivo del mismo, se intentará responder de forma más detallada a la incógnita sobre cuáles son las distintas formas de aplicar la terapia cognitivo conductual (TCC), el nivel de adecuación de la TCC como tratamiento para el TOC en adolescentes y su eficacia comparada con otros tratamientos. Además, se buscará mostrar las características principales de los adolescentes diagnosticados con TOC.

Palabras clave: TOC, tratamiento, trastorno obsesivo compulsivo, terapia cognitivo conductual, TCC, adolescentes.

Abstract:

Obsessive compulsive disorder (OCD) is the fourth most common psychopathological disorder in the world, with a prevalence of 1-3 % of the population, which has a major biopsychosocial impact. The two main avenues of treatment are pharmacological and cognitive behavioural therapy (CBT). The latter is characterised by being brief, directive, goal-oriented, focusing on cognitive and behavioural modification, and frequently using "homework". The aim of this paper is to provide a more detailed answer to the question of what are the different ways of applying cognitive behavioural therapy (CBT), the appropriateness of CBT as a treatment for OCD in adolescents and its efficacy compared to other treatments. In addition, it will seek to show the main characteristics of adolescents diagnosed with OCD.

Keywords: OCD, treatment, obsessive compulsive disorder, cognitive behavioral therapy, CBT, adolescent.

Introducción

Para establecer un contexto previo, primero vamos a definir qué es el trastorno obsesivo compulsivo (TOC). Según la Organización Mundial de la Salud (World Health Organization, 1999) el TOC es uno de los trastornos psicopatológicos más incapacitantes, encontrándose entre las veinte primeras causas de incapacidad general, lo que lo convierte en un trastorno difícil de tratar. No obstante, y pese a las interferencias que genera a la hora de desarrollar las actividades de la vida diaria con normalidad, solo entre un 35% a 40% de los pacientes busca un tratamiento y menos de un 10% ha recibido el tratamiento adecuado (APA, 2013). Esto se debe a que los trastornos obsesivos se encuentran con un déficit de profesionales capacitados para su atención, además de que son la cuarta psicopatología más frecuente, considerándose como uno de los trastornos más complejos y resistentes a la intervención terapéutica (Rodríguez, 2015).

El TOC suele ser crónico y se caracteriza por una baja remisión espontánea (APA, 2013). Sus sintomatología característica son las obsesiones y/o compulsiones que las personas que lo padecen experimentan de forma recurrente. Sin embargo, no es necesario que ambas aparezcan, ya que en múltiples ocasiones se diagnostica el trastorno aún presentando un único síntoma, siendo lo realmente relevante el que generen un malestar en el individuo y que interfiera en su normal desarrollo de tareas cotidianas (APA, 2013).

Según el DSM-V (2013) una obsesión, pura o autógena, consiste en un pensamiento, imagen o impulso recurrente que se presenta de forma no deseada y que le resulta a la persona inaceptable, además de generar ansiedad y estrés. No obstante, y pese a que se experimentan sin querer, la persona sabe que sus obsesiones no son impuestas por su entorno, sino que es su propia mente la que crea estos pensamientos que no puede evitar

tener. Por ello, para intentar eliminarlos o disminuir a corto plazo el malestar que generan los neutralizan con ideas o actos que conforman los llamados rituales o compulsiones.

Las compulsiones se manifiestan con actos mentales repetitivos que la persona se ve obligada a realizar siguiendo unas reglas estrictas (APA, 2013). Es por ello, que la mayor dificultad de este trastorno y la parte más incapacitante reside en las compulsiones, ya que estas pueden ocupar demasiado tiempo en la vida de las personas e interferir en la realización de las actividades diarias (APA, 2013).

A su vez, el trastorno obsesivo compulsivo puede presentar un tercer componente denominado temores o cuasi fobias. Esto son versiones exageradas sobre preocupaciones como temor al daño a sí mismo o a otros, a la contaminación, a perder o tirar cosas importantes o a tener algún tipo de anomalía, entre otros. Todo ello puede manifestarse en personas que no tengan diagnosticado el trastorno, radicando la diferencia en que en la población con TOC se generan conductas de evitación y/o rituales para disminuir la angustia generada por esos pensamientos (APA, 2013).

Al igual que los temores, es oportuno mencionar que las obsesiones y compulsiones se presentan en la población en general, siendo los porcentajes del 21% y 25% respectivamente. No obstante, ninguno conlleva un nivel de malestar suficiente para que se llegue a diagnosticar como trastorno (APA, 2013).

El TOC presenta comorbilidad con otros trastornos como el negativista desafiante, trastornos del espectro autista, el trastorno por déficit de atención/hiperactividad (TDAH), tics, el trastorno de la Tourette o trastornos alimenticios (TCA). No obstante, los más comunes son los trastornos de depresión u otros trastornos de ansiedad (Carmenate, 2020; Geller et al., 2001; Rey y Wever, 1997).

Trastorno obsesivo compulsivo en la adolescencia

En primer lugar, es importante tener en cuenta que en la infancia los actos reiterativos, como rituales a la hora de acostarse, repetir canciones o jugar al mismo juego, forman parte del normal desarrollo de ese grupo de edad al tener un papel importante en el aprendizaje y en la socialización. Sin embargo, debe tenerse en cuenta que estos comportamientos pueden volverse obsesivos y únicamente ser realizados para calmar la ansiedad sentida, dejando de contribuir al correcto desarrollo de la etapa evolutiva (Boileau, 2011; Carmenate, 2020). Esto puede generar, en algunas ocasiones, aislamiento social, agresividad e irritabilidad si llegan a interrumpirse.

Aquellos niños y adolescentes diagnosticados con TOC se caracterizan por tener obsesiones agresivas o dañinas (Carmenate, 2020; Geller, 2006). Centrándonos en los adolescentes, encontramos que la mayoría de sus obsesiones son de índole sexual, religiosas y de contaminación, así como de simetría o exactitud. La compulsión de comprobación es la menos común en este grupo de edad (Butwicka et al., 2010; Carmenate, 2020). Todo esto puede convertirse en algo grave y hacer que el rendimiento escolar disminuya, así como que aparezca un deterioro en el ámbito familiar y social del adolescente (Carmenate, 2020; Piacentini et al., 2007).

Asimismo, cuando un adolescente es diagnosticado con trastorno obsesivo compulsivo, hay que tener en cuenta que, la mayoría de ellos, no se sienten apoyados emocionalmente por sus familias (Valleni-Basile, 1995). Al igual, los padres brindan una menor confianza hacia el menor y hacia la independencia del mismo, siendo menos propensos a resolver los problemas de forma positiva y presentando acomodación a los rituales realizados por sus hijos (Turner, 2006). No obstante, hay casos en los que existe un buen apoyo y cohesión familiar, no

existiendo conflictos a destacar entre los miembros de la misma, teniendo así el tratamiento recibido una mayor tasa de respuesta (Franklin et al., 2015).

Se ha comprobado que el 50% de las personas que padecen TOC tuvieron las primeras manifestaciones durante la infancia y la adolescencia (Rapoport, 1991). Un dato relevante es que en esta última etapa suele ser común tener obsesiones sin compulsiones (Geller et al., 2001).

Centrándonos en la población adolescente, de la cual hablaremos a partir de ahora, suelen padecer TOC entre el 1-3% de los jóvenes (APA, 2013; Canals et al., 2012; Sanz y Fernandez-Cuevas, 2015), estando entre las principales causas factores como la predisposición genética, la incapacidad para tolerar la incertidumbre, las relaciones parentales negativas o excesivamente represivas y la actitud de los padres hacia sus hijos (Guevremont y Spiegler, 2010). Un aspecto a resaltar en este grupo de edad, es que los síntomas obsesivos-compulsivos suelen ser minimizados por quienes lo padecen, mientras que sus progenitores los maximizan (Canavera et al., 2009).

El TOC provoca un deterioro funcional en el paciente que afecta a su vida social, a su rendimiento académico y a su familia. Los factores que se relacionan en mayor medida con este deterioro son la baja introspección, la significativa evitación, indecisión, lentitud omnipresente y el excesivo sentido de la responsabilidad. Esto es algo importante a tener en cuenta, ya que la mejoría clínica de la gravedad del TOC se relaciona con el deterioro funcional de la persona (Lewin et al., 2010). El papel del insight bajo lo engloba el funcionamiento intelectual, la menor percepción de control sobre el entorno, menor edad, niveles más altos de síntomas depresivos y niveles más bajos de adaptación. Cuando la persona tiene una buena introspección entiende que lo que piensa es exagerado y desproporcionado, aunque no pueda evitar hacerlo. Por el contrario, si la persona tiene poca introspección suele creer que si no lleva

a cabo el ritual probablemente ocurrirá algo malo. En este grupo se encuentra entre el 15 al 36% de los afectados (Boileau, 2011).

Como consecuencia al significativo deterioro que experimentan los jóvenes con TOC, se ha alentado el desarrollo de intervenciones y evaluaciones adaptadas a esta población, y la efectividad de los programas ha sido probada en varios estudios en las últimas décadas (Rapp, et al., 2016).

Tratamiento

Primero que nada, es necesario saber que el tratamiento principal para el TOC se basa en la terapia cognitivo conductual (TCC) y en el uso de psicofármacos, siendo estos últimos inhibidores de la recaptación de serotonina (IRSS) o Clomipramina (en caso de no ver mejoría tras 2-3 semanas de tratamiento con IRSS) (Rodríguez, 2015). En un principio, si los síntomas son muy leves y la interferencia en la cotidianidad no es severa, se puede comenzar a registrar y controlar las obsesiones, iniciando la TCC (Carmenate, 2020). No obstante, cuando no es posible realizar TCC se lleva a cabo un tratamiento farmacológico exclusivo (denominado SRI), aunque este en combinación con la TCC se recomienda en pacientes con síntomas de moderados a graves o que presenten resistencia al tratamiento (AACAP, 2012).

Existen características comunes en niños, adolescentes y adultos, pero hay particularidades del proceso evolutivo que modifican el tratamiento con la terapia cognitivo conductual (TCC) (Carmenate, 2020), por lo que este tipo de terapia es el tratamiento de elección en niños y adolescentes cuando su nivel de desarrollo cognitivo y emocional lo permite (Caja, 2016). Por ello, a la hora de plantear esta terapia, deben tenerse en cuenta aspectos como la edad, la inmadurez emocional y cognitiva y el medio familiar (Carmenate, 2020).

Como tratamiento del TOC, la TCC implica exposición y prevención de respuesta (EPR), terapia cognitiva (CT) o una combinación de ambas (Öst et al., 2016). No obstante, y al igual que en los adultos, el componente central de las intervenciones es la exposición con prevención de respuesta (EPR), que suele ir acompañada de técnicas complementarias como la psicoeducación, el entrenamiento cognitivo y la prevención de recaídas (American Academy of Child and Adolescent Psychiatry Committee on Quality Issues -AACAP-, 2012), de las cuales se hablará más adelante.

El tratamiento cognitivo conductual debe ser individualizado y adaptado a cada paciente, teniendo presente, a la hora de iniciar la intervención, la gravedad, intensidad, frecuencia de los síntomas y la comorbilidad con otros trastornos (Carmenate, 2020). Sin embargo, estos factores no presentan evidencia suficiente para incluirlos como factores críticos en la toma de decisión (O'Kearney et al., 2006).

Recapitulando, en el tratamiento del TOC suelen utilizarse técnicas de terapia conductual cuyo principio consiste en prevenir los pensamientos obsesivos del individuo y la ansiedad causada por estímulos a través de una serie de prácticas. Con ello, se aprende a identificar y modificar creencias distorsionadas que consisten en la comprensión básica de uno mismo, del mundo y de otras personas. Según Beck (1970), estas creencias distorsionadas influyen en la manera en la que se trabaja y percibe la información, dando lugar a dichos pensamientos distorsionados.

De acuerdo con Rodríguez (2015), hay diversas técnicas cognitivo-conductuales que existen hoy en día para ayudar a los pacientes a cambiar estas cogniciones, conductas y emociones, siendo alguna de ellas las siguientes:

Terapia Constructivista: proporciona experiencias nuevas que permiten desarrollar nuevos patrones de pensamiento, abordando así los procesos de asignación de significado que no le permiten al sujeto solucionar sus problemas (Mahoney, 2003).

Terapia meta-cognitiva: se basa en la teoría del modelo de Función Ejecutiva Autorregulada. Pretende clasificar los procesos meta-cognitivos para cambiar el modo en que los pacientes experimentan y regulan sus pensamientos, logrando flexibilizar las creencias de tipo pensamiento-acción. También enseña a los sujetos habilidades alternativas para experimentar sus pensamientos, con técnicas como entrenamiento en atención, alteración de las creencias metacognitivas o pensamientos que causan una preocupación excesiva o no pueden ser controlados (Wells y Matthews, 1994). Asimismo, se disminuyen las creencias relacionadas con la responsabilidad patológica, control de pensamiento e importancia otorgada a los pensamientos intrusivos, lo que evidencia un cambio cognitivo importante respecto a las obsesiones (Wells y Matthews, 1994).

Exposición y Prevención de la Respuesta (EPR): Abarca dos componentes interrelacionados: la "exposición" (confrontación paulatina de los pensamientos, imágenes, objetos, y/o situaciones que generan ansiedad); y la "prevención de respuesta" (no realizar el ritual o evitación a la hora de enfrentarse al estímulo elicitor de la ansiedad) (Meyer, 1974). Esta técnica consiste en introducir estímulos en el paciente de forma gradual (bien de manera directa o bien a través de la imaginación), desde el estado menos ansioso hasta el más ansioso basándose en la sensación de control presentado, pretendiendo así reducir el malestar generado. Para ello se crea una jerarquía de situaciones graduadas según el nivel de ansiedad que dispara en el adolescente (Kafes, 2021). Todo ello logra disminuir la gravedad del trastorno y mejorar la calidad de vida del paciente, pero manteniendo aún síntomas leves del trastorno, Por ello, la EPR se suele utilizar para evitar las posibles recaídas causadas por la medicación (Abramowitz et al., 2005). Esta técnica está especialmente indicada en los casos de

compulsiones de limpieza, repeticiones, comprobaciones y rituales de simetrías (Carmenate, 2020; Turner, 2006). En la actualidad, los dispositivos tecnológicos como los software especiales o vídeos adaptados para ser visualizados con gafas de realidad virtual, se han incluido dentro de la técnica de exposición (Anderson et al., 2013).

Las terapias mencionadas ayudan al menor a tolerar mejor el malestar, provocando situaciones y pensamientos que, sin el uso de conductas compulsivas que le permitan manejar su ansiedad, le enseñen a identificar y desafiar sus pensamientos desadaptativos (O'Kearney et al., 2006).

La TCC consta de tres pilares fundamentales: psicoeducación, entrenamiento para manejo de la ansiedad y terapia cognitiva. La psicoeducación pretende ayudar al menor y a la familia a aprender todo lo posible sobre el TOC, mostrándoles las causas, la prevalencia, el pronóstico, y los factores de mantenimiento y los tratamientos efectivos para este trastorno (March y Mulle, 1998). Esta parte, junto con la participación activa de los padres en el tratamiento como coterapeutas fuera de la terapia, es fundamental para que el tratamiento sea efectivo (Mendlowitz et al., 1999).

En cuanto al entrenamiento para el manejo de la ansiedad se incluyen en algunos protocolos para aumentar la disposición y la capacidad del adolescente para tolerar los sentimientos intensos asociados con la técnica de exposición y prevención de respuestas (March, 1995). Estas herramientas terapéuticas permiten al menor manejar mejor los cambios afectivos que ocurren antes, durante y después de la exposición (March et al., 1994). Las intervenciones más comunes son el entrenamiento en técnicas de relajación y de autocontrol para evitar escapar del miedo de la situación.

Toda terapia cognitivo conductual presenta una parte cognitiva, siendo esta la modificación de creencias o pensamientos distorsionados, cuyo objetivo es cuestionar las

creencias subyacentes y los pensamientos de los pacientes (Mendlowitz, 2007), logrando así modificar las valoraciones realizadas a los pensamientos y que se comprenda que el problema no radica en los pensamientos intrusivos, sino en la interpretación de los mismos (Williams et al., 2002). Para ello se integran estrategias cognitivas que ayuden a la modificación de evaluaciones de riesgo y responsabilidad, junto con experimentos de comportamiento diseñados para poner a prueba sus valoraciones (Turner, 2006). Con esto se busca cambiar las creencias para hacerlas más adaptativas, de forma que si los pensamientos no se vinculan a la responsabilidad autoimpuesta del daño que se puede causar, habrá una menor necesidad de llevar a cabo los rituales compulsivos (Salkovskis, 1999).

La parte más conductual de la TCC, y la segunda parte de la terapia, se basa en crear situaciones que disparen la ansiedad del paciente, invitándolo a realizar el comportamiento compulsivo. Para prevenir este comportamiento, existen técnicas como la exposición con prevención de respuesta (EPR) mencionada anteriormente (O'Kearney et al., 2006).

Hay diferentes formas de aplicar la terapia cognitivo conductual (TCC) entre las que se encuentran la TCC individual, la grupal, la intensiva, la ambulatoria y la hospitalaria, entre otras (Fullana et al., 2012; Marien et al., 2009). Tanto los jóvenes como las familias suelen preferir el tratamiento ambulatorio intensivo al hospitalario, ya que lo consideran menos invasivo y permite a los adolescentes permanecer con las familias a lo largo de la semana (Marien et al., 2009). Asimismo, que el tratamiento sea diario permite a los adolescentes y los padres centrar la atención en mayor medida en el tratamiento y en aprender comportamientos más adaptativos que pueden practicar antes de regresar a su entorno familiar, siendo este indicado cuando los síntomas son graves. Sin embargo, este tipo de tratamiento no es apropiado para todas las personas, por lo que se puede llegar a requerir de una intervención residencial en un centro reconocido para el TOC. Esto se encuentra en los casos más extremos, donde existen

problemas de conducta marcados, síntomas depresivos o abuso de sustancias (Marien et al., 2009).

Para la realización de esta revisión teórica se realizó, a principios del mes de marzo, una búsqueda bibliográfica en diferentes bases de datos proporcionadas por la Universidad de la Laguna y de libre acceso. Estas fueron las siguientes: Google Académico, Scopus, Punto Q de la Biblioteca de la Universidad de La Laguna, EbscoHost, PsycArticles y Pubmed.

Los criterios de inclusión establecidos durante el proceso fueron: revisiones teóricas, sistemáticas y meta-análisis, tanto en inglés como en español, publicados desde el año 2000 hasta el año 2023 que abordan el uso de las Terapias Cognitivo Conductuales (TCC) para el tratamiento del Trastorno Obsesivo Compulsivo (TOC) en niños y adolescentes. Para ello, se utilizaron los conectores “AND” Y “OR”, en aquellos buscadores que lo permitieran. Posteriormente se decidió delimitar aún más la edad, seleccionando únicamente aquellos artículos que mencionan a los adolescentes de edades comprendidas entre los 13 y los 18 años. Se obtuvo un total de 183 artículos.

Tras la búsqueda, para el proceso de organización y selección de artículos se compuso un registro en Excel con toda la documentación extraída de las múltiples bases de datos. Se componía del título, tipo de artículo, año de publicación, base de datos del que se extrajo y el resumen. A cada uno se le otorgaba la categoría de “aceptado” o “descartado”. Para ello se comenzó descartando los documentos duplicados o aquellos que no fueran el tipo de documento buscado, y se continuó leyendo los resúmenes de todos los demás para comprobar si cumplían con los criterios de inclusión antes expuestos. Con ello se eliminaron 154 artículos. Una vez finalizada esta labor, se leyeron los 19 artículos aceptados.

Resultados

Los tratamientos más utilizados para el TOC en la adolescencia son las terapias cognitivo conductuales (TCC) y los medicamentos. A continuación se presenta la información recabada a través de los artículos seleccionados, lo cual se divide en los siguientes apartados:

Terapia cognitivo conductual

La estrategia de prevención de respuestas (EPR) es la más recomendada para el tratamiento del Trastorno Obsesivo Compulsivo (TOC) en adolescentes debido a su éxito con la población adulta (Kobak, 1998). Sin embargo, hay estudios que están en contra de esta postura por las existentes diferencias cognitivas entre ambos grupos de edad (O'Kearney et al., 2006). Cabe destacar que hay hallazgos que sugieren que la EPR tiene un beneficio superior a la medicación, pero es algo que a día de hoy no se puede afirmar con rotundidad, pues otros estudios insinúan que no hay diferencias significativas entre ambos procedimientos, sobre todo cuando se mide la ansiedad y la depresión (March, Francis, et al., 1997). Asimismo, como la técnica de exposición y prevención de respuesta se ha mostrado como un tratamiento eficaz para el TOC en niños y adolescentes por sí sola, se ha planteado la duda de qué beneficio adicional ofrecen los procedimientos de terapia cognitiva (Turner, 2006).

Un beneficio de la terapia grupal es el aprovechamiento que conlleva la observación de los compañeros y la retroalimentación de los mismos. Se animan a desafiar los pensamientos obsesivos y se ayudan a diseñar planes de exposición con prevención de respuesta (EPR). Tanto el entrenamiento en estrategias de afrontamiento como las técnicas de reestructuración cognitiva son decisivas para manejar el TOC (Mendlowitz, 2007).

Estas opciones de tratamiento están limitadas por la accesibilidad, disponibilidad y calidad de la atención. Es por ello que las nuevas tecnologías ofrecen la posibilidad de abordar

al menos algunos de estos problemas. Los programas iCBT (terapia cognitivo conductual vía internet) han demostrado ser eficaces para el tratamiento de la ansiedad, y por ello se han puesto a prueba para el tratamiento del TOC (Storch et al. 2007).

Este tipo de terapia presenta una serie de ventajas, entre las que se encuentran la reducción del costo y la carga de los servicios, el aumento de sitios donde se puede llevar a cabo la terapia, incrementar la privacidad (lo que posiblemente reduzca los estigmas individuales asociados al tratamiento), y mejorar la calidad del tratamiento mediante la realización de exposiciones en escenarios naturalistas (Storch et al., 2011). Aunque los terapeutas informaron de ciertas dificultades para adaptarse a esta modalidad de tratamiento (como por ejemplo, mayor dificultad para establecer la alianza terapéutica), los padres generalmente comunicaron una alta satisfacción con este tipo de tratamiento (Franklin et al., 2015). No obstante, debido al constante cambio y evolución de las tecnologías, es necesario ampliar la investigación en este ámbito para ver qué modalidades y componentes son más eficaces en relación a cada caso (Babiano-Espinosa et al., 2019).

A nivel práctico, la principal desventaja de la TCC es la alta tasa de rechazo y abandono al tratamiento (O'Kearney et al., 2006), mientras que a nivel teórico el principal problema es la comprensión de los procesos cognitivos relevantes para el TOC infantil (Turner, 2006).

Eficacia de la terapia cognitivo conductual como tratamiento del TOC adolescente

Debido a los pocos artículos actuales encontrados que estudian la eficacia de la terapia cognitivo conductual (TCC) en adolescentes, se mencionan los resultados obtenidos en una revisión del año 2006 (O'Kearney et al., 2006), pese a la antigüedad del mismo, y en un artículo publicado en el año 2012 (Fullana et al., 2012) con la finalidad de conocer la eficacia de la TCC frente a otros tratamientos en el TOC.

A través de ellos, se obtuvo que la terapia cognitivo conductual (TCC) para tratar el TOC en adolescentes muestra una disminución de la gravedad del trastorno y un menor riesgo de continuar con el mismo tras el tratamiento en comparación con la píldora de placebo o la lista de espera (Fullana et al., 2012). Sin embargo, no se encontraron pruebas de que la eficacia de la monoterapia con TCC difiera, en términos de gravedad, síntomas posteriores y padecimiento del trastorno, de la eficacia del tratamiento exclusivamente con medicamentos (O'Kearney et al., 2006). A su vez, se encontró evidencia de que el tratamiento combinado con TCC y fármacos, era igual de beneficioso que la monoterapia con TCC, (Fullana et al., 2012) pero no más que la terapia exclusiva con medicamentos (O'Kearney et al., 2006). En la tabla 1 se puede ver un resumen de los resultados obtenidos.

Tabla 1

Comparación de la eficacia de los tratamientos para el TOC adolescente

Trastorno	Terapia cognitivo conductual frente a...			
	Tratamiento farmacológico	Tratamiento combinado	Placebo farmacológico	Lista de espera
Trastorno obsesivo compulsivo	TCC = TFA (antidepresivos)	TCC = TCO (antidepresivos)	TCC > PLF	TCC > LE

El signo = indica que no hay diferencias entre la eficacia de cada tratamiento. El signo > indica mayor eficacia de la TCC con respecto a otro tratamiento.

TCC: terapia cognitivo conductual; TFA: tratamiento farmacológico; TCO: tratamiento combinado; PLF: placebo farmacológico; LE: lista de espera.

Con respecto al seguimiento realizado en pacientes, algunos datos indican que la terapia cognitivo conductual podría mantener los beneficios logrados a largo plazo (desde 3

hasta 24 meses), en comparación con los fármacos cuya eficacia se asocia con síntomas que vuelven a aparecer tras cierto tiempo (Fava et al, 2004; Turner, 2006), hablando de una remisión de los síntomas del 53% con el tratamiento con terapia cognitivo conductual (TCC) y de un 49% con un tratamiento combinado (Öst et al., 2016).

En relación a la eficacia de la TCC como tratamiento de adolescentes con TOC, y como continuación de lo expuesto anteriormente, cabe mencionar que aunque la terapia cognitivo conductual no ha mostrado una superioridad significativa frente al tratamiento farmacológico, la primera se prefiere tanto en términos de tasa de respuesta como en la reducción de la gravedad de los síntomas para el tratamiento del trastorno obsesivo compulsivo en adolescentes (Abramowitz et al., 2005) al producir resultados prometedores en los adolescentes con TOC (Franklin et al., 2015; O'Kearney, 2008). Esto se debe a que el uso de inhibidores de recaptación de serotonina (ISRS) puede generar, en los menores, efectos secundarios como la desinhibición conductual, la inquietud motora e hipomanía (Privat y Santacana, 2014).

De la misma forma, hay datos que indican que la TCC disminuye las obsesiones y compulsiones del TOC y la ansiedad relacionada a ellos (Mendlowitz, 2007), siendo las tasas de remisión entre el 40% y el 88% (Barrett et al., 2004). Asimismo, la forma de aplicación de la terapia (individual, grupal, intensiva, semanal, etc.) no influye en los datos mencionados anteriormente (Franklin et al., 1998).

Además, cuando los adolescentes presentan antecedentes familiares de TOC, la TCC sola puede no ser tan efectiva para ellos (Franklin et al., 2015). En esos casos se añade al tratamiento un inhibidor selectivo de la recaptación de serotonina (ISRS) (García et al., 2010). Por otro lado, la presencia de síntomas de ansiedad, depresión u otro trastorno mental en el paciente no modera la respuesta del mismo a la TCC si se compara con otro tratamiento (Geller

et al., 2003), pero sí predijeron una peor respuesta general, tanto con TCC como con ISRS (Geller et al., 2003).

Discusión y conclusiones

Como se ha ido diciendo a lo largo del trabajo, el trastorno obsesivo compulsivo tiene graves consecuencias en la vida diaria de un individuo (American Psychiatric Association, 2013), y puede ser tratado de diferentes formas. Las más comunes para ello son los psicofármacos y las denominadas terapias cognitivo conductuales (TCC). Estas últimas tienen entre sus objetivos lograr un cambio sintomático, su uso puede llegar a suprimir los síntomas del trastorno y no solo el malestar generado por el mismo (Fullana et al., 2012).

Esta revisión teórica se centró en conocer la eficacia que presentan las TCC en el tratamiento del TOC en adolescentes, encontrando diversos resultados. La combinación de ambos tratamientos (TCC e ISRS) no presenta diferencias significativas si se compara con el uso de monoterapias con terapias cognitivo conductuales (TCC) (O'Kearney, 2008), de la misma forma que la TCC es tan eficaz como el tratamiento farmacológico solo (O'Kearney, 2006). Con ello, se puede concluir que los tratamientos más eficaces para el TOC son la terapia cognitivo conductual y los inhibidores de la recaptación de serotonina (ISRS). No obstante, se prefiere el tratamiento exclusivo con TCC, o que los ISRS se combinen con TCC debido a que esta última tiene menor tasa de abandono (12.7%) y una mayor tasa de respuesta, tanto sola como combinada (70% y 66% respectivamente), en comparación con la monoterapia con ISRS (tasa de abandono del 23.5% y tasa de respuesta del 49%) (Öst et al., 2016).

No obstante, usar la TCC como único tratamiento para el TOC tiene varias limitaciones, entre las que se encuentran el bajo número de profesionales que poseen experiencia en ello, el rechazo de los pacientes o sus familias por considerarlo “difícil” o por parte de los terapeutas a usar este método con niños (Goldfried et al., 2014; Lewin et al., 2005; Valderhaug et al., 2004).

Otra limitación encontrada es el común abandono tras haber comenzado el tratamiento con TCC en algunos pacientes que se sienten angustiados por enfrentarse a ciertos pensamientos y situaciones no agradables para ellos (Franklin et al., 2015). Todos estos motivos hacen que la elección del tratamiento se modifique según cada paciente, pudiendo este variar entre monoterapia con TCC, monoterapia con fármacos, o tratamiento combinado (Fullana et al., 2012). Por ello, y a pesar de la creciente base de evidencia de la eficacia de la TCC, la mayoría de los pacientes pediátricos con TOC tratados reciben monoterapia con un inhibidor selectivo de la recaptación de serotonina (ISRS) como tratamiento de primera línea (Franklin et al., 2015).

Del mismo modo, para mejorar la eficacia de la terapia cognitivo conductual sería efectivo agregar la entrevista motivacional (EM) como complemento, además de reducir el número de sesiones necesarias, minimizando así la carga para las familias y disminuyendo la probabilidad de desgaste del tratamiento (Merlo et al., 2010). De la misma forma, se considera fundamental que los padres se impliquen en el tratamiento, que brinden apoyo a sus hijos y que fomenten comportamientos de adaptación que reduzcan el proceso de habituación y por ende el riesgo al fracaso de la terapia (Iniasta-Sepúlveda et al., 2017).

Con todo lo expuesto, se concluye que es altamente importante la implicación y la necesidad de cambio experimentada por los pacientes para avanzar en su tratamiento, así como el seguimiento de las pautas propuestas en terapia, incluida la necesidad de realizar prácticas de recuerdo una vez finalizado el tratamiento, con el fin de solventar posibles problemas que pudieran aparecer y mantener los resultados alcanzados (Forteza, 2011).

Además de esto, es fundamental la colaboración estrecha y frecuente con el equipo educativo del centro escolar. Dicha coordinación se realiza con el contacto periódico entre

ambos. Por último, el apoyo familiar y la implicación en el tratamiento son cruciales (Fortea, 2011).

Bibliografía

- Abramowitz, J. S., Whiteside, S. P., Deacon, B. J. (2005). The effectiveness of treatment for pediatric obsessive-compulsive disorder: A meta-analysis. *Behavior therapy*, 36(1), 55-63. [https://doi.org/10.1016/s0005-7894\(05\)80054-1](https://doi.org/10.1016/s0005-7894(05)80054-1)
- American Academy of Child and Adolescent Psychiatry Committee on Quality Issues (AACAP) (2012). Practice parameter for the assessment and treatment of children and adolescents with obsessive–compulsive disorder. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 51(1), 98–113.
- American Psychological Association [APA]. (2013). Manual de diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (DSM-5).
- Anderson, P. L., Edwards, S. M., Price, M. Obasaju, M. A., Schmertz, S. K., Zimand, E., Calamaras, M.R. (2013). Virtual reality exposure therapy for social anxiety disorder: A randomized controlled trial. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 81(5), 751-760. <https://doi.org/10.1037/a0033559>
- Babiano-Espinosa, L., Compton, S., op de Beek, V., Pedersen, S. A., Skokauskas, N., Weidle, B., Wolters, L. H. (2019). Acceptability, feasibility, and efficacy of Internet cognitive behavioral therapy (iCBT) for pediatric obsessive-compulsive disorder: A systematic review. *Systematic Reviews*, 8, 1-16.
- Barrett, P., Healy-Farrell, L., & March, J. S. (2004). Cognitive–behavioral family treatment of childhood obsessive–compulsive disorder: A controlled trial. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 43, 46–62.
- Beck, A. T. (1970) Cognitive therapy: nature and relation to behavior therapy. *Behavior Therapy*, 1(2), 184–200.

Boileau, B. (2011) A review of obsessive-compulsive disorder in children and adolescents.

Dialogues in clinical neuroscience, 13(4), 401-411.

Butwicka, A., Gmitrowicz, A. (2010). Symptoms clusters in obsessive-compulsive disorder:

influence of age and age of onset. *European Child & Adolescent Psychiatry*, 19, 365-370.

Caja, R. (2016). Evaluación de un caso de trastorno obsesivo compulsivo e intervención.

Clínica y Salud, 27, 23–28. <https://doi.org/10.1016/j.clysa.2016.01.003>

Canals, J., Hernández-Martínez, C., Cosi, S., Voltas, N. (2012). The epidemiology of

obsessive-compulsive disorder in Spanish school children. *Journal of Anxiety Disorders*, 26(7), 746–752.

Canavera, K. E., Wilkins, K. C., Pincus, D. B., Ehrenreich-May, J. T. (2009). Parent-child

agreement in the assessment of obsessive-compulsive disorder. *Journal of Clinical Child & Adolescent Psychology*. 38(6), 909-15.

Carmenate Rodriguez, I. (2020). Particularidades del trastorno obsesivo compulsivo en el niño y

el adolescente. *Medicentro Electrónica*, 24(1), 174-184.

Fava, G. A., Ruini, C., Rafanelli, C., Finos, L., Conti, S., & Grandi, S. (2004). Six-year outcome

of cognitive behavior therapy for prevention of recurrent depression. *American Journal of Psychiatry*, 161(10), 1872-1876. <https://doi.org/10.1176/ajp.161.10.1872>

Fernández-Cuevas, A. & Sanz Velloso, P. (2015) Trastorno obsesivo compulsivo.

Enfermedades psiquiátricas (I): Trastornos de ansiedad y personalidad. 11(84), 5008-5014.

- Fortea, M., Arnás, I., Escandell, M. O. (2011). Intervención en una adolescente con trastorno obsesivo compulsivo. IX Congreso Nacional de Psicología Clínica
- Franklin, M. E., Kozak, M. J., Cashman, L., Coles, M., Rheingold, A., & Foa, E. B. (1998). Cognitive-behavioral treatment of pediatric obsessive-compulsive disorder: An open clinical trial. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 37 (4), 412-419. <https://doi.org/10.1097/00004583-199804000-00019>
- Franklin, M. E., Kratz, H. E., Freeman, J. B., Ivarsson, T., Heyman, I., Sookman, D., McKay, D., Storch, E. A., March, J. (2015). Cognitive-behavioral therapy for pediatric obsessive-compulsive disorder: Empirical review and clinical recommendations. *Psychiatry Research* 227(1) 78-92.
- Fullana, M. A., Fernández, de la C, L., Bulbena, A., y Toro, J. (2012). Eficacia de la terapia cognitivo-conductual para los trastornos mentales. *Medicina Clínica*, 138(5), 215-219.
- García, A., Sapyta, J., Moore, P., Freeman, J., Franklin, M., March, J., Foa, E., (2010). Predictors and Moderators of treatment outcome in the pediatric obsessive compulsive treatment study (POTS I). *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 49 (10), 1024-1033.
- Geller, D. A. (2006). Obsessive-compulsive and spectrum disorders in children and adolescents. *Psychiatric Clinics of North America*, 29 (2), 353-370.
- Geller, D., Biederman, J. J., Faraone, J. S., Agranat, J. A., Craddock, J. K., Hagermoser, J. L., & Coffey, J. B. (2001). Developmental aspects of obsessive compulsive disorder: Findings in children, adolescents, and adults. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 189(7), 471-477.

- Geller, D., Biederman, J., Stewart, S., Mullin, B., Farrell, C., Wagner, K., Emslie, G., Carpenter, D., (2003). Impact of comorbidity on treatment response to paroxetine in pediatric obsessive-compulsive disorder: ¿Is the use of exclusion criteria empirically supported in randomized clinical trials? *Journal of Child and Adolescent Psychopharmacology*. 13 (1), 19–29.
- Goldfried, M. R., Newman, M. G., Castonguay, L. G., Fuertes, J. N., Magnavita, J. J., Sobell, L., Wolf, A. W. (2014). On the dissemination of clinical experiences in using empirically supported treatments. *Behavior Therapy*, 45 (1), 3–6.
- Iniesta-Sepúlveda, M., Rosa-Alcázar, A. I., Sánchez-Meca, J., Parada-Navas, J. L., & Rosa-Alcázar, A. (2017). Cognitive-behavioral high parental involvement treatments for pediatric obsessive-compulsive disorder: A meta-analysis. *Journal of Anxiety Disorders*, 49, 53–64.
- Kafes, A. (2021). Behavioral Intervention Techniques Used in the Treatment of Obsessive Compulsive Disorder: Systematic Review. *Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar*, 13(4), 726-738.
- Kobak, K. A., Griest, J. H., JeFerson, J. W., Katzelnick, D. J., Henk, H. J. (1998) Behavioral versus pharmacological treatments of obsessive compulsive disorder: a meta-analysis. *Psychopharmacology*. 136 (3), 205-16.
- Lewin, A. B., Caporino, N., Murphy, T. K., Geffken, G. R., Storch, E. A. (2010). Understudied clinical dimensions in pediatric obsessive compulsive disorder. *Child Psychiatry & Human Development* . 41 (6), 675-691.
- Lewin, A. B., Storch, E. A., Adkins, J., Murphy, T. K., Geffken, G.R. (2005). Current directions in pediatric obsessive-compulsive disorder. *Pediatric Annals* 34 (2), 128–134.

- Mahoney, M. (2003). *Psicoterapia Constructiva*. Barcelona. Paidós
- March, J. S., Mullen, K., & Herbel, B. (1994). Behavioral psychotherapy for children and adolescents with obsessive-compulsive disorder: An open trial of a new protocol driven treatment package. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 33 (3), 333-341.
- March, J. S. (1995). Cognitive-behavioral psychotherapy for children and adolescents with OCD: A review and recommendations for treatment. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 34, 7-18.
- March, J. S., & Mullen, K. (1998). *OCD in children and adolescents: A cognitive-behavioral treatment manual*. New York, NY: Guilford Press.
- March, J., Frances, A., Carpenter, D., & Kahn, D. (1997). Expert Consensus Guidelines on obsessive-compulsive disorder. *Journal of Clinical Psychiatry*, 58(4).
- Marien, W. E., Storch, E. A., Geffken, G. R., Murphy, T. K. (2009). Intensive Family-Based Cognitive-Behavioral Therapy for Pediatric Obsessive-Compulsive Disorder: Applications for Treatment of Medication Partial- or Nonresponders. *Cognitive and Behavioral Practice*, 16(3), 304-316.
- Meyer, V., Levy, R. & Schnurer, A. (1974). The behavioral treatment of obsessive-compulsive disorders. *Obsessional States*. 233-258.
- Mendlowitz, S. (2007). Cognitive-behavior therapy and the treatment of childhood obsessive-compulsive disorder. In Richard, D. C, S. & Lauterbach, D. (eds.), *Handbook of Exposure Therapies* (pp.209-220).

- Mendlowitz, S. L., Manassis, K., Bradley, S., Scapillato, D., Mieziitis, S., & Shaw, B. F. (1999). Cognitive behavioral group treatments in childhood anxiety disorders: The role of parental involvement. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 38(10),1223–1229.
- Merlo, L. J., Storch, E. A., Lehmkuhl, H. D., Jacob, M. L., Murphy, T. K., Goodman, W. K., Geffken, G. R. (2010). Cognitive behavioral therapy plus motivational interviewing improves outcome for pediatric obsessive-compulsive disorder: a preliminary study. *Cognitive Behaviour Therapy*, 39, 24–27.
- O'Kearney, R. (2008). Beneficios de la terapia cognitiva-conductual para niños y jóvenes con trastorno obsesivo- compulsivo: reexaminando la evidencia (Pilar Aizpurua, Trans.) Evidencias en pediatría. (Trabajo original publicado en 2007).
- O'Kearney, R. T., Anstey, K., Von Sanden, C., Hunt, A. (2006). Behavioural and cognitive behavioural therapy for obsessive compulsive disorder in children and adolescents. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 4.
- Öst, L. G., Riise, E. N., Wergeland, G. J., Hansen, B., y Kvale, G. (2016). Cognitive behavioral and pharmacological treatments of OCD in children: A systematic review and meta-analysis. *Journal of Anxiety Disorders*, 43, 58-69.
- Rapp, A. M., Bergman, L., Piacentini, J., & McGuire, J. F. (2016). Evidence-based assessment of obsessive-compulsive disorder. *Journal of Central Nervous System Disease*, 8, 13–29.
- Rapoport J. L. (1991). *The Boy Who Couldn't Stop Washing*. New York, NY: Signet.
- Rodríguez, G. (2015). El Trastorno Obsesivo: una revisión teórica sobre los tratamientos más efectivos. *Eurythme*, 2(1), 6-19.

- Salkovskis, P. M. (1999). Understanding and treating obsessive–compulsive disorder. *Behaviour Research and Therapy*, 37, 529–552.
- Storch, E.A., Caporino, N.E., Morgan, J.R., Lewin, A.B., Rojas, A., Brauer, L., Larson, M.J., Murphy, T.K. (2011) Preliminary investigation of web-camera delivered cognitive-behavioral therapy for youth with obsessive-compulsive disorder. *Psychiatry Research* 189 (3), 407–412.
- Storch, E. A., Geffken, G. R., Merlo, L. J., Mann, G., Duke, D., Munson, M., Goodman, W. K. (2007). Family-based cognitive-behavioral therapy for pediatric obsessive-compulsive disorder. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 46 (4), 469–478.
- Piacentini, J., Peris, T. S., Bergman, R. L., Chang, S., & Jaffer, M. (2007). Functional impairment in childhood OCD: Development and psychometrics properties of the Child Obsessive-Compulsive Impact Scale—Revised. *Journal of Clinical Child and Adolescent Psychology*, 36 (4), 645–653. <https://doi.org/10.1080/15374410701662790>
- Privat, A. T., & Santacana, A. M. (2014). Manía inducida por antidepresivos en el trastorno obsesivo compulsivo. *Psiquiatría Biológica*, 21(2), 83-85.
- Turner, C. M. (2006) Cognitive-behavioural theory and therapy for obsessive-compulsive disorder in children and adolescents: Current status and future directions. *Clinical Psychology Review*. 26, 912–938.
- Valderhaug, R., Gunnar Gotestam, K., Larsson, B., (2004). Clinicians' views on management of obsessive-compulsive disorders in children and adolescents. *Nordic Journal of Psychiatry*. 58, 125–132.

Valleni-Basile, L. A., Garrison, C. Z., Jackson, K. L., Waller, J. L., McKeown, R. E., Addy, C. L., et al. (1995). Family and psychosocial predictors of obsessive–compulsive disorder in a community sample of young adolescents. *Journal of Child and Family Studies*, 4, 193–206.

Wells, A., Matthews, G. (1994). *Attention and emotion: A clinical perspective*. Hove, UK: Erlbaum.

Wever, C., & Rey, J. M. (1997). Juvenile Obsessive–Compulsive Disorder. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 31 (1), 105–113.
<https://doi.org/10.3109/00048679709073806>

World Health Organization (1999). ‘The “newly defined” burden of mental problems. Fact Sheets n°217. Geneva: WHO.