



## Revista Electrónica de Psicología Iztacala



Universidad Nacional Autónoma de México

Vol. 22 No. 4

Diciembre de 2019

# TERAPIA COGNITIVO-CONDUCTUAL EN EL TRATAMIENTO DE UN ADOLESCENTE CON TRASTORNO OBSESIVO COMPULSIVO

Alejandra Viridiana Gutiérrez García<sup>1</sup> y Angélica Riveros Rosas<sup>2</sup>  
Hospital Psiquiátrico Infantil “Dr. Juan N. Navarro”  
México

### RESUMEN

Debido a que el Trastorno Obsesivo Compulsivo genera un deterioro en el funcionamiento global de quien lo padece, el objetivo de este trabajo es mostrar los resultados del tratamiento multimodal (farmacoterapia y Terapia Cognitivo Conductual –TCC-) en un adolescente de 17 años de edad diagnosticado con este trastorno. Se empleó un diseño AB con seguimientos telefónicos y revisión de su expediente clínico posterior a su alta por 11 meses y hasta la fecha. A través del reporte verbal del paciente, el estudio de una gráfica de evolución y el cálculo del Nonoverlap of All Pairs (NAP), cuyo efecto de la intervención se cataloga como fuerte, se observa una reducción de los síntomas durante el tratamiento psicoterapéutico, y 11 meses después para las compulsiones, pero no así para la ansiedad.

**Palabras clave:** Trastorno Obsesivo Compulsivo, Adolescente, Terapia Cognitivo Conductual, Cambio Individual a través del tiempo, Farmacoterapia.

<sup>1</sup> Hospital Psiquiátrico Infantil “Dr. Juan N. Navarro”. Unidad Adolescentes Mujeres, San Buenaventura 86, Col. Belisario Domínguez Secc. 16, Alcaldía Tlalpan, 14080, Ciudad de México, México. Correo Electrónico: [alejandragnetzg@hotmail.com](mailto:alejandragnetzg@hotmail.com)

<sup>2</sup> Universidad Nacional Autónoma de México, División de Investigación, Facultad de Contaduría y Administración, Cubículo 31, Circuito exterior s/n, Ciudad Universitaria, Alcaldía Coyoacán, 04510, Ciudad de México, México. Correo Electrónico: [ariveros@fca.unam.mx](mailto:ariveros@fca.unam.mx)

# COGNITIVE-BEHAVIORAL THERAPY TREATMENT IN AN ADOLESCENT'S OBSESSIVE-COMPULSIVE DISORDER

## ABSTRACT

Due to Obsessive Compulsive Disorder generates an overall deterioration functioning of the sufferer, the objective of the present case study was to examine the results of multimodal treatment (pharmacotherapy + Cognitive Behavioral Therapy – CBT-) for a 17-year old adolescent diagnosed with this condition. An AB design was employed with both phone calls as well as the review of patient's clinical file since his discharge and for eleven months up to date.

Based on patient's verbal report, the graphic analysis of the patient's evolution, and Non-overlap of All Pairs (NAP) results that showed a clinical effect that can be classified as strong, a very effective reduction of the symptoms is observed in the results. The reduction of the compulsions was maintained for 11 months after treatment finished, however, anxiety increased in this period of time.

**Keywords:** Obsessive Compulsive Disorder, Adolescent, Cognitive Behavioral Therapy, Non-overlap of All Pairs, Pharmacotherapy.

El Trastorno Obsesivo Compulsivo (TOC) es una enfermedad mental que se caracteriza por la presencia de pensamientos e imágenes recurrentes manifestados de forma intrusiva y que generan ansiedad y malestar emocional en el individuo, los cuales reciben el nombre de obsesiones, por lo que el sujeto intenta eliminarlos a través de otros pensamientos o actos, comúnmente llamados compulsiones, cuyo fin es disminuir la aparición de dichos síntomas (American Psychiatric Association [APA], 2014).

En niños y adolescentes este trastorno se manifiesta con características similares, pues a través de imágenes o ideas se interrumpe la actividad mental del individuo y al ser de contenido violento, obsceno o carente de sentido, éste busca alejarse de ellos (Organización Mundial de la Salud [OMS], 2001); sin embargo, los niños pequeños por su nivel de desarrollo cognoscitivo, no suelen articular la irracionalidad de dichas ideas ni el objetivo de las compulsiones, sino que únicamente las identifican como disparadoras de miedo (APA, 2014). La mayor parte de las obsesiones en niños y adolescentes están relacionadas con ideas de

contaminación y contagio debido a la suciedad o los gérmenes, obsesiones de agresión y obsesiones somáticas, y las menos, se relacionan con las obsesiones de contar y atesorar (Ballesteros-Montero y Ulloa-Flores, 2011).

De acuerdo con Eisen et al. (2006), la severidad de los síntomas puede generar una disfunción importante y un decremento en la calidad de vida del individuo, manteniendo una afectación a nivel físico, mental y social, lo que puede manifestarse con una tendencia al empeoramiento y en ocasiones generar deserción escolar o inactividad.

A pesar de que las cifras actualizadas son escasas al respecto de este padecimiento y este grupo de edad, la literatura reporta que entre el 0.25% y el 4% de niños y adolescentes son afectados por este trastorno (Geller y March, 2012; Torp et. al., 2015) y cerca del 75% padece un trastorno comórbido, entre los que destacan los episodios depresivos, los trastornos de ansiedad, el trastorno por déficit de atención con hiperactividad y los trastornos de conducta (Geller et al., 2001). En la población adulta, se reconoce que entre la mitad y un tercio de quienes lo padecen iniciaron los síntomas en la infancia, comenzando con obsesiones a los 7.8 años de edad y con compulsiones a los 9.3 años (Pauls, Alsobrook, Goodman, Rasmussen y Leckman, 1995; Rosario-Campos et al., 2001). Se ha detectado que el trastorno se presenta de manera más común entre los 7 y los 12 años de edad (Stewart, Geller y Jenike, 2004), siendo así esta edad un foco importante de atención en salud mental. En México se observó que, de una muestra de 2220 pacientes atendidos en el Hospital Psiquiátrico Infantil “Dr. Juan N. Navarro” por un periodo de siete meses, el 2.3% presentó un diagnóstico de TOC (Ballesteros-Montero y Ulloa Flores, 2011), y entre los años 2016 a 2017, fueron atendidos 30 pacientes incluyendo a hombres y mujeres por este trastorno, siendo más prevalente en los primeros que en las segundas al atenderse una cantidad de 21 y 9 casos respectivamente (Hospital Psiquiátrico Infantil “Dr. Juan N. Navarro”, 2017). Sin embargo, aún no se cuentan con cifras exactas al respecto de las estadísticas de morbilidad de este padecimiento en población pediátrica mexicana (Vargas-Álvarez, 2008).

Al respecto de la etiología de este padecimiento, estudios recientes han señalado que infecciones causadas por estreptococos pueden generar alteraciones neuropsiquiátricas y por tanto manifestar los síntomas, reconociendo entonces que puede ser de naturaleza autoinmune (Orlovska et al., 2017; Swedo, Leckman y Rose, 2012). Se puntualiza también la influencia de las características genéticas, explicando alrededor del 45% al 65% de la variabilidad del trastorno en gemelos y apuntando hacia un nivel alto de heredabilidad (Pauls, 2008; Van Grootheest, Cath, Beekman y Boomsma, 2005). El efecto de las características familiares y ambientales es un tema aun no bien estudiado y pocos estudios han sido llevados a cabo con esta población (Krebs y Heyman, 2015).

En cuanto a los tratamientos para este diagnóstico, se ha enfatizado la importancia de la atención multimodal que incluye fármacos de primera línea de elección y la psicoterapia que ha demostrado ser altamente efectiva. En cuanto a la primera, se reconoce que los tratamientos a base de Inhibidores Selectivos de la Recaptura de Serotonina (ISRS), principalmente Sertralina, han demostrado buenos resultados para la reducción de síntomas (Bloch y Storch, 2015; March, 2004). Sin embargo, March (2004) detectó que cuando se usa este fármaco como tratamiento unimodal, los resultados no son tan satisfactorios como cuando se emplea en compañía de la Terapia Cognitivo Conductual -TCC-, encontrando incluso que al implementar únicamente ésta última, los resultados son similares a cuando se utiliza la combinación de ambos. De acuerdo con Grant (2014), entre el 50 y el 80% de los individuos que se someten a tratamientos a base de ISRS y TCC obtienen mejoría.

Específicamente, en cuanto a este tipo de terapia, se puntualiza que la utilización de técnicas como la Exposición y Prevención de la Respuesta (EPR) ha sido efectiva para la reducción de síntomas (Calaprice, Tona y Murphy, 2018; Geller y March, 2012; McGuire, Piacentini y Lewin, 2015; National Institute for Health and Care Excellence [NICE], 2006). Algunos estudios, han señalado que la combinación de este tipo de terapia con tratamientos farmacológicos basados en inmunomoduladores ha resultado de gran utilidad, sin embargo, aún no es suficiente la evidencia pues dichos estudios no han contado con controles

experimentales suficientes que permitan su generalización (Nadeau et al., 2015; Storch et al., 2006).

Como parte de la TCC, se sugiere que en pacientes adolescentes se les brinde Psicoeducación al respecto de su padecimiento para que reconozcan la necesidad de llevar a cabo un tratamiento; además, es importante que se les entrene en la identificación de pensamientos y situaciones disparadoras de ansiedad y evocadoras de rituales, involucrando también a los miembros de la familia y los cuidadores primarios a fin de que brinden un soporte adecuado y un manejo conductual óptimo de la sintomatología (Wells, *s. f.*). Técnicas como la Reestructuración Cognitiva, el Debate de los Pensamientos, la Comprobación de las Creencias y su Experimentación, así como el Uso del Humor, tal como lo señalan autores clásicos como Ellis y Grieger (1981) y Beck (2000), forman parte de un tratamiento a base de TCC para el TOC (Burns, 2006). Además de lo anterior, estrategias conductuales como la Exposición, el Control de Estímulos y el Reforzamiento de Conductas Incompatibles, complementan y brindan soporte al tratamiento psicológico planteado (Kazdin, 2000).

Debido a la relevancia de la atención psiquiátrica y psicológica de los adolescentes que cursan con este trastorno, y como una forma de guiar las intervenciones psicológicas en México, con base en los hallazgos de la literatura y el abordaje que ésta sugiere, se ha propuesto el presente estudio de caso cuyo objetivo es mostrar los resultados del tratamiento multimodal (TCC + farmacoterapia) sobre el TOC de un adolescente de 17 años de edad, paciente de una institución de tercer nivel de atención psiquiátrica en la Ciudad de México.

## Método

### Diseño.

Se estableció un diseño AB con seguimientos para el estudio del caso de un adolescente que cursa con TOC. La etapa A corresponde al establecimiento de la Línea Base respecto a la frecuencia de las compulsiones realizadas, y obtenida durante tres sesiones, y la B alude al tratamiento cognitivo conductual llevado a cabo durante 32 sesiones, una vez por semana, y cinco más realizadas cada 15

días como introducción a los seguimientos. La duración total del proceso fue de 40 sesiones.

Se calculó la Evaluación del Cambio Individual a través del tiempo (NAP, por sus siglas en inglés) (Parker y Vannest, 2009) para identificar el efecto de los cambios.

Para monitorear el mantenimiento de los cambios, se realizaron cinco seguimientos: tres telefónicos a los cuatro, seis y siete meses posteriores a su alta; y dos revisiones de su expediente clínico a los ocho y 11 meses posteriores a ésta.

### Participantes

1. Adolescente masculino de 17 años de edad quien fue diagnosticado con TOC por un médico psiquiatra especialista en la infancia y adolescencia, en una institución pública especializada en trastornos psiquiátricos en esta población y ubicada en la Ciudad de México. A la edad de 13 años comenzó a presentar un incremento de ansiedad excesiva por ideas relacionadas con la irrealidad de sus papás, el pensar que ellos no eran sus padres, el temor al “mal” sic. pac. y al diablo, y a una sensación continua de vivir en una fantasía por presentar dichos pensamientos. Refiere que desde los 5 años de edad se consideraba como un niño que se preocupaba por situaciones cotidianas, supersticioso y al sufrir una caída de las escaleras asoció que estos pensamientos incrementaron por el temor a sufrir de nuevo un accidente. A los 13 años los síntomas incrementaron, presentando pensamientos que difícilmente podía quitarlos de su cabeza y que consideraba “imposibles de controlar” sic. pac., dejando de acudir a la escuela y manteniéndose en casa ayudando a las labores domésticas, pero debido a que la ansiedad era excesiva, comenzó a realizar compulsiones para su disminución, como repetir varias veces cualquier acción que realizaba como cerrar la llave de la regadera, no pisar las líneas del suelo, regresarse varias veces y volver a caminar el mismo trayecto a fin de hacerlo con exactitud, pues de lo contrario pensaba que sus pensamientos al respecto de sufrir un daño por el diablo se harían realidad. Sus padres refieren que el paciente la mayor parte del día se encontraba

repitiendo dichas acciones, mostrándose alterado e irritable cuando alguien intentaba dar término a dicha conducta, por lo cual decidieron llevarlo a la institución para recibir atención médica y psicológica.

2. En algunas sesiones acudían ambos padres del menor para recibir indicaciones del manejo conductual que se requería con su paciente, lo cual dependía de la estrategia que se estuviera implementando, por ejemplo, cuando se le entrenó en el Control de Estímulos, en el Reforzamiento de Conductas Incompatibles y en la Exposición y Prevención de la Respuesta; o bien, cuando ellos presentaban preocupaciones o inquietudes al respecto del tratamiento.

### Herramientas

A lo largo del procedimiento se emplearon dos herramientas:

1. Formato de Registro de Frecuencia: En donde se escribía el día, la hora y la cantidad de veces que el paciente realizaba una compulsión en ese momento. Durante la sesión se contabilizaba el total por semana.

2. Libro Adiós Ansiedad. Cómo superar la timidez, los miedos, las fobias y las situaciones de pánico (Burns, 2006). Este libro fue usado a partir de la sesión número 20.

3. Papelería: Una hoja de papel bond y marcadores de colores para que el paciente realizara la gráfica de retroalimentación semanal de acuerdo con los autorregistros llevados a cabo.

### Procedimiento

El menor fue referido a atención psicológica por parte del servicio de consulta externa de paidopsiquiatría para complementar su tratamiento. Para la primera sesión se dio cita a ambos padres y al paciente para llevar a cabo una entrevista inicial y conceptualizar las variables involucradas en el caso. Posteriormente, se brindaron citas una vez por semana con una duración de 60 minutos cada una llevada a cabo únicamente con el menor, y en algunas sesiones se comentaba, con ambos padres o únicamente con el padre, su evolución, alcances del tratamiento y se otorgaban indicaciones sobre el manejo conductual para complementar alguna estrategia en la que se le estaba entrenando, por

ejemplo, en el entrenamiento en el Control de Estímulos, el Reforzamiento de Conductas Incompatibles y la Exposición y Prevención de la Respuesta.

En la primera sesión se le explicó al menor de forma breve cuáles eran las características principales de su padecimiento, particularmente la diferencia entre obsesiones y compulsiones. Se identificaron junto con él las conductas que se catalogan como compulsiones y se le pidió que en una hoja en blanco comenzara a registrarlas a diario, a fin de establecer una gráfica de retroalimentación semanal. Dicha gráfica la realizaba el paciente al inicio de cada sesión, posterior a que la terapeuta revisara los autorregistros llevados a cabo; este procedimiento se llevó a cabo desde el inicio y hasta su alta del programa.

En la etapa A se emplearon técnicas relativas a entrevista psicológica inicial y entrevistas semiestructuradas para hacer la valoración de la situación actual, así como el establecimiento de la Línea Base de las compulsiones realizadas. Tuvo una duración de tres sesiones. Durante la etapa B se llevaron a cabo distintas técnicas, como la Psicoeducación, en donde se le explicaron los elementos que conforman su diagnóstico, la importancia de los pensamientos –realistas y no- y su rol en la generación de emociones, enfatizando particularmente en la ansiedad. Se llevó a cabo también la Biblioterapia mediante la lectura del libro Adiós Ansiedad. Cómo superar la timidez, los miedos, las fobias y las situaciones de pánico (Burns, 2006) como tarea para casa; la Respiración Diafragmática como una técnica de relajación incompatible con la ansiedad; la Detención del Pensamiento a través de la palabra “Alto” al tiempo de dar un golpe suave a la mesa a fin de redireccionar los pensamientos y reacciones fisiológicas propias de la ansiedad; todo ello complementándolo con estrategias de Reestructuración Cognitiva como la comprobación y experimentación de los pensamientos, su diferenciación entre realistas, lógicos y congruentes, con aquéllos distorsionados y sin una base en la realidad. Se buscaba continuamente que el menor asumiera un locus de control interno de los síntomas, a fin de que adquiriera la responsabilidad de llegar a conclusiones por sí mismo y actuara en consecuencia, para a su vez evitar generar dependencia de la aprobación y desaprobación del terapeuta por las dudas que le surgían en cuanto al contenido del pensamiento.



Así mismo, se llevaron a cabo también estrategias conductuales como la Exposición y la Prevención de la Respuesta acompañada del Control de Estímulos y el Costo de Respuesta, que consistían en establecer criterios específicos de repetición, como el tener que cambiarse de ropa para poder realizar una compulsión, hacerlo a determinada hora y con un límite de frecuencia específico, aumentando con esto el requisito de respuesta para la emisión de la conducta, para incrementar la tolerancia a la ansiedad al tener que esperar para poder realizar la compulsión y a su vez reducir las posibilidades de repetición. Asimismo, se empleó el Reforzamiento de Conductas Incompatibles estableciendo un repertorio de conductas a realizar que permitían la disminución de pensamientos distorsionados y la reducción de ansiedad, por ejemplo, hablar en voz alta sobre un tema diferente mientras tenía una obsesión. Como medio de prevención de recaídas, se realizó una serie de fichas que contenían las técnicas cognitivo conductuales aprendidas y los momentos en los cuáles podrían usarse. La duración de la Fase B fue de 37 sesiones debido a la alta frecuencia e intensidad –valorada por el propio paciente– con las que los síntomas se presentaban; las primeras 32 se programaron una vez por semana, y las últimas cinco fueron cada 15 días como una forma de comenzar a introducirlo a los seguimientos que se tenían programados.

Cuatro, seis y siete meses después de la alta terapéutica, por medio de una llamada telefónica, se realizaron seguimientos para conocer la evolución de los alcances obtenidos. La elección de este periodo de tiempo fue al azar, debido a lo que el paciente comentaba al respecto de sus avances mediante el reporte verbal. A los ocho y 11 meses posteriores al alta, cuando el paciente tenía consulta programada con su médico psiquiatra tratante, se revisó el expediente clínico para el monitoreo de los síntomas.

## Resultados

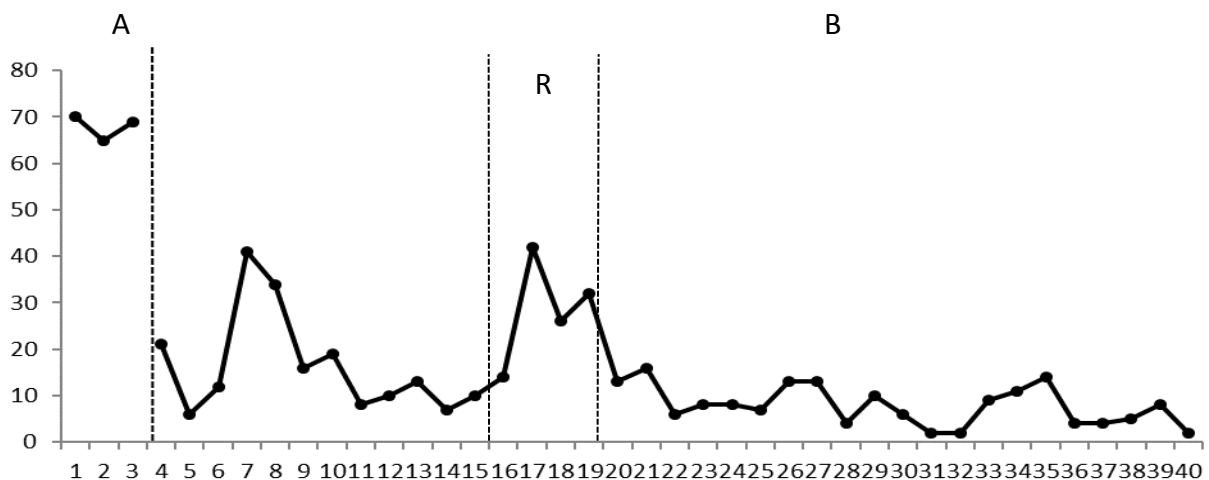
Desde el primer contacto con el paciente se le indicó un tratamiento farmacológico a base de Sertralina, Risperidona y Clonazepam, éste último empleado sólo en caso necesario, cuando el paciente reportara sentirse “extremadamente ansioso” de acuerdo con una escala subjetiva del 0 al 10 –

siendo 0 “nada ansioso” y 10 “lo más ansioso que se pudiera imaginar”- y que percibiera una falta de control al respecto de su ansiedad.

La dosis de Sertralina –tabletas 50mg- inició en 1-0-0 y se mantuvo en 2-0-2, ésta última dosis inició dos meses antes de comenzar con la terapia psicológica y se mantuvo en condiciones iguales a lo largo del proceso interventivo, sin embargo, para el seguimiento número cuatro, la dosis incrementó a 2-0-2 ½ por un estado ansioso que el paciente reportó en su consulta subsecuente. La dosis de Risperidona –tabletas 2mg- inició en 0-0-1/4 e incrementó primeramente a 0-0-1/2 dos meses antes de iniciar el proceso de psicoterapia, y durante la intervención, aproximadamente durante la semana 19, subió a 1/2 -0-1/2, debido a que el menor presentó un incremento de ansiedad caracterizada por sentimientos de irrealidad y requirió el servicio de Urgencias.

Los resultados obtenidos en relación a la frecuencia de las compulsiones realizadas por el menor a lo largo del proceso se muestran en la Figura 1, en donde es posible observar que de encontrarse en una Media Aritmética ( $\bar{X}$ ) = 68 para la Fase A, pasó a una ( $\bar{X}$ ) = 12.86 durante la Fase B, concluyendo el proceso en una frecuencia semanal de 2 compulsiones.

Figura 1  
Resultados obtenidos durante el proceso



Nota: En esta figura se observa la frecuencia de las compulsiones realizadas por el paciente a lo largo del proceso, mostrándose en la ordenada la frecuencia de las compulsiones y en la abscisa el número de sesión correspondiente. Se identifica una reducción considerable en la Fase B en comparación con la Fase A.

El segmento ocurrido entre las sesiones 16 y 19, divididas por dos líneas punteadas verticales marcadas con una R, se refiere a la Reversión accidental ocurrida durante el proceso por el cambio de metas de intervención, en donde es posible observar un incremento en la frecuencia de las compulsiones. A partir de la sesión 20, cuando nuevamente se retomaron las metas bajo estrategias cognitivo conductuales, es posible notar que se recupera la tendencia a la baja de las compulsiones.

De acuerdo con la Evaluación de significancia clínica del Cambio Individual a través del tiempo (NAP) (Parker y Vannest, 2009), se obtuvieron los resultados que se muestran en la Tabla 1, en donde se ilustran los valores obtenidos por la Fase A en cada sesión y éstos se comparan con los de la Fase B, para posteriormente calcular el coeficiente con base en una fórmula establecida para tal fin y después interpretarlo evaluando la fortaleza con la que ocurrieron los cambios después de la intervención clínica.

Tabla 1  
Cálculo del NAP para la evaluación de los resultados

Fase A	Fase A vs Fase B	NAP	Interpretación
Sesión 1: 70 compulsiones	21(0), 6(0), 12(0), 41(0), 34(0), 16(0), 19(0), 8(0), 10(0), 13(0), 7(0), 10(0), 14(0), 42(0), 26(0), 32(0), 13(0), 16(0), 6(0), 8(0), 8(0), 7(0), 13(0), 13(0), 4(0), 10(0), 6(0), 2(0), 2(0), 9(0), 11(0), 14(0), 4(0), 4(0), 5(0), 8(0), 2(0)	NAP = Diferencia / Total de valores Fase A y Fase B	
		Total de valores Fase A y Fase B = (3) * (37)=111	
Sesión 2: 65 compulsiones	21(0), 6(0), 12(0), 41(0), 34(0), 16(0), 19(0), 8(0), 10(0), 13(0), 7(0), 10(0), 14(0), 42(0), 26(0), 32(0), 13(0), 16(0), 6(0), 8(0), 8(0), 7(0), 13(0), 13(0), 4(0), 10(0), 6(0), 2(0), 2(0), 9(0), 11(0), 14(0), 4(0), 4(0), 5(0), 8(0), 2(0)	Diferencia = Total de valores Fase A y Fase B - $\Sigma$ valores mayores a la Fase A	
		$\Sigma$ valores mayores a la Fase A = 0	Efecto fuerte
Sesión 3: 69 compulsiones	21(0), 6(0), 12(0), 41(0), 34(0), 16(0), 19(0), 8(0), 10(0), 13(0), 7(0), 10(0), 14(0), 42(0), 26(0), 32(0), 13(0), 16(0), 6(0), 8(0), 8(0), 7(0), 13(0), 13(0), 4(0), 10(0), 6(0), 2(0), 2(0), 9(0), 11(0), 14(0), 4(0), 4(0), 5(0), 8(0), 2(0)	Diferencia = 111-0 = 111	
		NAP = Diferencia / Total de valores Fase A + Fase B	
		NAP = 111/111 = 1	

*Nota:* En la primera columna se establece la cantidad de compulsiones presentadas por el menor durante cada sesión de la Fase A. En la segunda columna se señala la cantidad de compulsiones presentadas para cada sesión de la Fase B y se compara con los valores obtenidos durante la Fase A. El número que se encuentra entre paréntesis indica la comparación del valor obtenido en la Fase B con la Fase A, en donde: 0: el valor es menor al indicado en la Fase A, 1: el valor es mayor al indicado en la Fase A, y 0.5: el valor es igual al indicado en la Fase A. En la tercera columna se calcula el NAP con base en la fórmula:

$$\text{NAP} = \text{Diferencia} / \text{Total de valores obtenidos en la Fase A y la Fase B}$$

En donde: Diferencia = Total de valores obtenidos en la Fase A y la Fase B -  $\sum$  valores mayores al obtenido en la Fase A.

El símbolo  $\sum$  corresponde a sumatoria.

En la última columna se describe la interpretación del efecto del cambio clínico.

Con base en lo reportado en la Tabla 1, es posible observar que ningún valor de la Fase B estuvo igual o por encima de los valores establecidos en la Fase A, por lo que según este coeficiente, el efecto del cambio clínico obtenido por el paciente se cataloga como *fuerte*, pues el resultado del NAP fue 1 y se encuentra dentro de los límites establecidos por Parker y Vannest (2009) como puntos de corte, referentes a valores entre .93 y 1.

En cuanto al tratamiento psicoterapéutico, por criterios institucionales, la atención del menor se llevó a cabo por dos terapeutas, primero uno -especialista en TCC- y después el otro -psicólogo general-, pero en las sesiones con éste último (16 a 19) se presentó un incremento de las compulsiones coincidente con la modificación de metas de la intervención hacia la mejora de la autoestima, autoconfianza y seguridad en sí mismo, en lo cual se trabajaba en detectar cómo el ámbito familiar había influido en estas creencias y la manera en la que él podía comenzar a construir otras nuevas. A partir del resultado de esto, se decidió retomar la intervención del primer terapeuta, quien siguió el diseño de intervención cognitivo conductual establecida en un inicio.

A pesar de que en la Fase A el menor ya contaba con ajustes farmacológicos, reportó sentirse “extremadamente ansioso” sic. pac., percibiendo sensaciones de “volverse loco” sic. pac. en momentos reiterados y acudiendo al servicio de Urgencias de la institución en dos ocasiones. Conforme el inicio del tratamiento psicoterapéutico, dicha sensación comenzó a decrementar de manera intermitente; pero a partir de la sesión 17 y hasta la 19, cuando la intervención del segundo terapeuta modificó las metas, la frecuencia de las compulsiones incrementó hasta alcanzar los niveles presentados al inicio del tratamiento, pero sin alcanzar los referidos durante la Línea Base. Por este motivo se decidió

retomar el plan de intervención diseñado en un inicio y llevado a cabo por el terapeuta especialista. A partir de la sesión 20, cuando se observó la tendencia manifestada en la gráfica, se hizo más énfasis en la integración de las técnicas cognitivas y conductuales reportadas por la literatura, por lo que la frecuencia de las compulsiones comenzó a reducirse de manera más estable y retomó el curso que presentó en la sesión 9. El paciente comentó sentirse más seguro, en control de sus pensamientos y con mayores herramientas para afrontar situaciones de ansiedad.

Sesión a sesión se le entrenaba en el manejo de pensamientos intrusivos haciendo uso del Debate Lógico, Empírico y Pragmático, se empleaba la Comprobación, Experimentación y Exposición de sus creencias erróneas y la Prevención de la Respuesta como medio de evitación de compulsiones. Así mismo, se buscaba que el menor comenzara a generar un mayor empoderamiento y un locus de control interno al respecto de los síntomas, esto debido a que durante las sesiones fue observado que el menor buscaba continuamente aprobación y validación por parte del terapeuta en cuanto a sus decisiones y pensamientos, presentando un control fuera de sí y mostrándose dependiente del otro. Para evitar continuar generando dependencia, se le orillaba a tomar conclusiones de sus pensamientos y optar por alguna decisión, descatastrofizando el cometer posibles errores.

Aunado a lo anterior, el Control de Estímulos era empleado cuando la ansiedad era catalogada como inmanejable –de acuerdo con la escala subjetiva del 0 al 10 que él formuló-, estableciendo criterios de control para la realización de compulsiones, por ejemplo: cambiarse a una ropa exclusiva para la repetición, a cierta hora, en un lugar específico y con un límite de repeticiones, considerando la cantidad registrada en su gráfica de retroalimentación durante la sesión previa como número máximo para llevarlas a cabo. Así, pasó de repetir las compulsiones toda vez que él lo deseaba y en una cantidad elevada hasta que él se sintiera satisfecho, a realizarlo sólo en momentos determinados y con un límite de repeticiones previamente establecido, de modo tal que se incrementara el requisito de respuesta y por tanto se comenzara a desvanecer la conducta repetitiva. La

gráfica de retroalimentación que se realizaba cada sesión de acuerdo con la frecuencia de compulsiones, se formulaba como criterio de establecimiento de metas que le motivara al mantenimiento y reducción de dicha frecuencia, lo que generaba un mayor reforzamiento de sí mismo y un empoderamiento sobre su mejoría.

Todo esto fue acompañado de la lectura del libro *Adiós ansiedad. Cómo superar la timidez, los miedos, las fobias y las situaciones de pánico* (Burns, 2006), el cual explica de forma sencilla y concreta un conjunto de estrategias cognitivas reportadas por la literatura como funcionales para los pacientes que sufren ansiedad. Se estableció como lectura de base debido a que el paciente expresó su gusto por leer y por mantenerse investigando en internet mayor información respecto a las técnicas cognitivas que se implementaban en las sesiones. Esto ocurrió a partir de la sesión 20, y durante las consultas se comentaba y reafirmaba el contenido leído. Se hacía especial énfasis en el apartado de Prevención de la Respuesta, que pese a que presentaba resistencia por llevarlo a cabo debido a la generación de ansiedad -normal y esperada-, logró convencerse de la funcionalidad de la misma posterior a la lectura. Particularmente, en las estrategias de Control de Estímulos, Reforzamiento de Conductas Incompatibles y Exposición y Prevención de la Respuesta, se dieron recomendaciones breves a los cuidadores primarios sobre el procedimiento para llevarlo a cabo, solicitándoles vigilar que los requerimientos se llevaran a cabo. Sin embargo, el menor reportó que él lo hacía por sí mismo sin apoyo de los cuidadores.

Durante la última sesión se realizaron fichas de cada una de las técnicas empleadas a lo largo del tratamiento, las cuales contenían la descripción de la técnica y los principales momentos para usarla, a fin de acudir a ellas en caso de recaídas.

Durante la Fase B el menor reportó sentirse más tranquilo en comparación con la Fase A, la sensación de irrealidad y la intrusión de los pensamientos negativos fue cada vez menor, sin requerir el servicio de Urgencias en más que en una ocasión –sesión 19, cuando el paciente presentó ansiedad excesiva debido a

que las estrategias interventivas del segundo plan de tratamiento no le estaban resultando funcionales-. Así mismo, en la gráfica de retroalimentación notaba que la frecuencia de las compulsiones era menor y se motivaba a continuar manteniéndola en niveles bajos, aunque en ocasiones mencionó que lo hacía sin darse cuenta debido a que éstas estaban establecidas como hábitos de repetición. Al notar su mejoría clínica y la disminución de la frecuencia de las compulsiones en la Fase B en comparación con la Fase A, se decidió espaciar las últimas cinco sesiones cada 15 días para observar cómo era su avance en ausencia del tratamiento psicoterapéutico constante, así como para incitarlo a que él asumiera el control de su sintomatología y evitar generar dependencia. Luego de lo anterior, y al observar que el paciente contaba con las herramientas necesarias para una solución de problemas efectiva, se decidió su Alta del programa, enfatizando que el control de sus pensamientos y sus emociones se encontraba en él mismo.

En cuanto a los seguimientos, al respecto de las compulsiones el menor reportó en todos ellos no haber emitido ninguna acción repetitiva durante los 11 meses posteriores a su Alta terapéutica. En cuanto a la ansiedad, en el primer seguimiento -cuatro meses después-, comentó haberse sentido emocionalmente estable durante los primeros tres, pero en el último tuvo un pensamiento intrusivo referente al mantenimiento de la ansiedad en su cuerpo, pensando que ésta se quedaría con él “todo el tiempo” sic. pac. y que “nunca podría eliminarla” sic. pac., por lo que se proporcionó la recomendación de acudir a las fichas que se realizaron al respecto de las técnicas aprendidas para así manejar la ansiedad, además de asumir la responsabilidad de su propio bienestar sin requerir la validación del otro. Se planteó un segundo seguimiento telefónico dos meses después -mes número seis posterior a su alta-, en donde mencionó la presencia del mismo pensamiento intrusivo y una incapacidad para manejarlo, solicitando que el terapeuta aprobara o desaprobara sus pensamientos y con base en ello tener control al respecto. Se recordaron junto con él las estrategias cognitivas, enfatizando en el Debate Lógico, Empírico y Pragmático, así como en las herramientas de Detención Cognitiva, buscando también que el paciente asumiera responsabilidad en cuanto al manejo de los síntomas y echara mano de las

estrategias ya aprendidas. Se cuidó no responder a la demanda que el paciente tenía para ser validado por el terapeuta, evitando así reforzar positivamente la conducta.

Un mes después –mes número siete posterior al Alta-, se retomó un tercer seguimiento telefónico, en donde mencionó que el pensamiento intrusivo aún continuaba, pero tenía el deseo de resolverlo por sí mismo sin acudir a consultas con psicología o con psiquiatría, evitando hacerse dependiente. Decidió que, en caso de no lograrlo, durante su consulta próxima con el psiquiatra le solicitaría su reenvío al servicio de psicología de la institución. Así mismo, mencionó que se inscribió a distintas actividades, adicionales a sus estudios escolares como el gimnasio, en donde puede tomar distintas clases como natación, kick boxing, box, dance fitness, ciclismo, entre otras. En esta ocasión se recordaron nuevamente las estrategias y se le indicó mantener dichas actividades para una mejor distracción de su pensamiento; se hacía particular énfasis en el locus de control interno y en la confianza en sí mismo para resolver la situación. Se revisó el expediente clínico un mes después –mes número ocho posterior a su alta, seguimiento número cuatro-, cuando fue su cita con el psiquiatra tratante dentro de la institución, y se identificó en el expediente que éste le recordó las estrategias cognitivas ya aprendidas para el control de su pensamiento, desaprobó sus ideas y posteriormente le sugirió acciones de manejo. Esto le generó la seguridad que buscaba, disminuyendo su estado displacentero y evitando solicitar su reenvío al servicio de psicología. Afirmó darse cuenta de que tenía las herramientas necesarias para hacer frente y reconoció que debe continuar desarrollando el manejo de sus pensamientos y acciones sin requerir la aprobación de los otros. El psiquiatra a su vez indicó un aumento de dosis de Sertralina (50mg) a 2-0-2 ½. Tres meses después –mes número 11 posterior al alta, seguimiento número cinco-, se revisó de nueva cuenta el expediente clínico por otra consulta con el psiquiatra, en donde se valoraron los síntomas y se determinó estabilidad en su afecto, por lo cual su esquema farmacológico se mantuvo estable.

Si bien la sintomatología del paciente ha presentado modificaciones, y se ha mantenido estable para los últimos tres meses, aún no es concluyente que esto



se mantenga en lo posterior, debido a que continúa buscando una validación al respecto de las herramientas de manejo. Así, se ha decidido continuar su seguimiento bajo el mismo esquema terapéutico y haciendo énfasis en la confianza en sí mismo, así como su resolución de problemas.

#### Discusión

El objetivo de este trabajo fue mostrar los resultados del tratamiento multimodal (TCC + farmacoterapia), sobre el TOC de un adolescente de 17 años de edad. Con base en los hallazgos obtenidos, es posible aseverar que las diversas técnicas cognitivas y conductuales empleadas, así como el esquema farmacológico llevado a cabo, fueron funcionales para el paciente durante el proceso interventivo, pues lograron una reducción considerable de la Fase B con respecto de la Fase A, en donde hubo una reducción del 81%, y para los seguimientos, fueron funcionales para el mantenimiento a la baja de las compulsiones, más no así para la ansiedad.

Los hallazgos positivos a este respecto se corroboran con los datos numéricos arrojados por el cálculo del Cambio Individual a través del tiempo (NAP), cuyo efecto fue catalogado como *fuerte*, sin embargo, es necesario señalar que este resultado podría haber sido diferente de contar con más mediciones de Línea Base, pero la gravedad de los síntomas llevó al inicio de la intervención lo antes posible. Otro aspecto que brindó evidencia de un efecto positivo atribuible a la intervención fue que mientras el paciente se encontraba en un entrenamiento cognitivo conductual, la tendencia de las compulsiones comenzó a reducirse de manera drástica, pero cuando el tratamiento enfatizó otros elementos que no están señalados por la literatura como variables de intervención, particularmente aquéllos dirigidos a ponerse atención a sí mismo, se registró un disparo de las compulsiones realizadas, probablemente por implicar un nivel de abstracción mayor, y al alejarse del nivel concreto y tangible, generó mayor incertidumbre y duda, y por tanto mayor ansiedad. Cuando nuevamente se retomó el tratamiento a base de técnicas cognitivas y conductuales, acompañado de un ajuste farmacológico del antipsicótico –Risperidona- como medio de manejo para los sentimientos de irrealidad, la frecuencia de los síntomas presentó nuevamente una

tendencia a la baja. En el tratamiento, el cambio de aproximación de las variables independientes funcionó de manera accidental y por criterios institucionales como un diseño de reversión, en donde al entrenar al paciente primeramente mediante técnicas cognitivas y conductuales señaladas por la literatura se generó una disminución de la frecuencia de las compulsiones realizadas, pero al dar un giro a dicha aproximación y atender variables más de tipo introspectivo, se observó un incremento en su frecuencia, para posteriormente observar nuevamente una tendencia a la baja cuando se retomó el curso del tratamiento inicial. Esto sugiere entonces un efecto positivo de la TCC en la manifestación de síntomas ansiosos y compulsivos asociado al incremento de Risperidona, la cual impactó de manera directa para reducir la sensación de irrealidad, por lo que la mejoría del paciente fue todavía mayor.

Entre las estrategias psicoterapéuticas llevadas a cabo, destacan la Psicoeducación, la Exposición y Prevención de la Respuesta, la Reestructuración Cognitiva, la Respiración Diafragmática, la Detención del Pensamiento, la Extinción y la Biblioterapia. Esto es coincidente con lo que la literatura ha señalado respecto al tratamiento del TOC en población pediátrica, pues diversos autores señalan que el empleo de dichas técnicas es funcional para la reducción de síntomas (Calaprice, Tona y Murphy, 2018; Geller y March, 2012; McGuire, Piacentini y Lewin, 2015; NICE, 2012; Wells, *s. f.*).

En relación a la farmacoterapia, de acuerdo con lo reportado por la OMS (2010), cuando los síntomas del padecimiento se encuentran en términos elevados e incapacitantes, conviene la administración de los Inhibidores Selectivos de la Recaptación de Serotonina, cuya función es disminuir la recaptura de dicho neurotransmisor, que se encuentra disminuido en este tipo de trastornos (Chávez-León, Ontiveros y Serrano, 2008). Cuando el proceso sucede, las funciones cerebrales se encuentran en condiciones más óptimas y estables, lo que favorece la activación de mejores respuestas en el organismo y el aprendizaje de estrategias cognitivas y conductuales que le permitan hacer frente al padecimiento (Lorenzo et al., 2008). Esto apunta entonces hacia la importancia de la

combinación de ambos tipos de tratamiento para el bienestar del paciente (Grant, 2014).

Así, es posible notar que en la Fase A, aun cuando el paciente había iniciado el incremento de la dosis del ISRS dos meses atrás, los síntomas permanecieron en niveles elevados y el paciente continuaba presentando malestar emocional, a pesar de que el efecto del fármaco surtió efecto entre cuatro y seis semanas posteriores a su ingesta (Martínez-Ortiz, Fernández, Navarro y Martínez-Martínez, *s. f.*), siendo hasta el inicio de la TCC cuando se comenzó a hacer visible una reducción de los síntomas. Esto sugiere que la caracterización sintomatológica antes de iniciar con la farmacoterapia estaba en niveles incluso mayores a los reportados durante la Fase A, y tal como lo propone March (2014), los alcances obtenidos únicamente bajo el tratamiento farmacológico son parciales y no eliminan el malestar emocional que el paciente presenta; sin embargo, sí logra crear funciones cognitivas más óptimas que permitan un aprendizaje mejor de estrategias cognitivas y conductuales (Lorenzo et al., 2008).

Es importante señalar también la mejoría subjetiva que el paciente reportó a lo largo del tratamiento, explicando que se sentía en mayor control de sus propios síntomas, lograba darse cuenta de la irracionalidad de sus pensamientos y era capaz de controlarlos mediante distintas técnicas cognitivas, lo que permitió la reducción de emociones displacenteras; sin embargo, es preciso hacer notar que a lo largo de las sesiones, aun cuando ya tenía un aprendizaje fortalecido de las estrategias aprendidas, preguntaba continuamente al terapeuta para que le validara sus respuestas y el manejo de la ansiedad que estaba llevando a cabo. Para evitar generar dependencia, y de acuerdo con los resultados de la Fase B en comparación de la Fase A, se decidió dar de Alta con la finalidad de que él tomara responsabilidad de sus decisiones y fortaleciera estrategias basadas en un locus de control interno, pero continuando con un monitoreo espaciado a través de los seguimientos. Sin embargo, esta característica continuó mostrándose a lo largo de los meses de seguimiento y puede explicar que, al experimentar ansiedad ante pensamientos negativos y no obtener la validación del terapeuta, la ansiedad fuera en incremento y generara una recaída en cuanto al malestar emocional que

experimentó durante algunos meses, pero no así para las compulsiones; mientras que, cuando se le aprobaron sus pensamientos en la consulta psiquiátrica, dicho malestar desapareció de inmediato. El objetivo de los seguimientos por parte del terapeuta fue la guía hacia una resolución de problemas efectiva desde un locus de control interno (Nezu, Nezu y D’Zurilla, 2014; Weiner, 1986); sin embargo, el método de solución que le fue otorgado en su cita con el médico psiquiatra tratante, funcionó como reforzador positivo a su conducta de búsqueda de validación y como estrategia para la eliminación inmediata del malestar emocional que había presentado meses atrás, lo que a largo plazo, según Ribes (1974/2013), genera que la conducta continúe repitiéndose en el futuro y el menor continúe fortaleciendo la dependencia. Esto también pudo ser enfatizado por la ingesta de medicamento y por el aumento de dosis que le fue administrado, en donde se refuerzan positivamente (Ribes, 1974/2013) las creencias de incapacidad del menor y un locus de control externo (Weiner, 1986) en torno al manejo de sus pensamientos y sus emociones, lo que vuelve más resistente la sintomatología. De este modo, se atribuye el incremento en ansiedad durante cinco de los 11 meses de seguimiento, a las características dependientes del paciente, y no así al pobre funcionamiento de las técnicas implementadas, pero es necesaria la consideración de una mayor cantidad de pacientes que permitan la mejor formulación de controles metodológicos y el posterior esclarecimiento de los hallazgos encontrados en este caso.

Es importante hacer notar que, según Bloch (2017), algunos estudios metanalíticos han señalado que cerca del 53% de los adultos que padecen TOC, presentan únicamente una remisión parcial de los síntomas a largo plazo, y sólo el 6% presenta una remisión completa. Además, los casos que presentan este trastorno a edades tempranas están asociados con menores probabilidades de remisión de las características del trastorno, por lo que los alcances obtenidos por este paciente, si bien fueron favorables durante el procedimiento llevado a cabo, a prospectiva es probable que continúe con síntomas a lo largo de su vida, que requiera apoyo psicológico más adelante, esperando que esté en mejor control de ellos y que se faciliten procesos posteriores debido a las estrategias aprendidas.

En cuanto a los cuidadores primarios, fueron de importancia para fortalecer el Control de Estímulos, la Exposición y la Prevención de la Respuesta, así como para el Reforzamiento de Conductas Incompatibles, pero la mayor parte del entrenamiento el paciente lo realizó por sí solo debido a que contaba con un nivel alto de adherencia al tratamiento, además de que su edad cronológica y las funciones de su desarrollo se lo permitían. Así, los resultados sugieren que de existir una óptima adherencia al tratamiento y siempre y cuando el paciente se encuentre en condiciones adecuadas para llevar a cabo el tratamiento por sí mismo, la función de los cuidadores primarios se disminuye y adquiere menor importancia; sin embargo, esto no puede generalizarse a todas las etapas del desarrollo ni a pacientes privados de sus capacidades biológicas y psicológicas, en donde se espera que la función de los cuidadores sea de vital prioridad.

Debido a que fue un estudio de caso, es posible plantear algunas interrogantes en torno a los hallazgos obtenidos y la formulación de líneas de investigación futuras, tales como la generalización de los resultados a población pediátrica, el seguimiento a un largo plazo mayor al planteado por este documento y, además, la posibilidad de reducir la cantidad de sesiones llevadas a cabo para el logro de los mismos objetivos. Así, para futuros estudios se sugiere considerar mayores controles metodológicos al respecto de la evaluación, tratamiento y seguimiento, a través de distintos instrumentos de medición válidos y confiables, que permitan tener un criterio externo de comparación de los resultados encontrados.

#### Referencias bibliográficas

- American Psychiatric Association. (2014). **Guía de Consulta de los Criterios Diagnósticos del DSM-5**. Washington: American Psychiatric Publishing.
- Ballesteros-Montero, A. y Ulloa-Flores, R. (2011). Estudio comparativo de las características clínicas, demográficas y el funcionamiento familiar en niños y adolescentes con trastorno obsesivo-compulsivo leve a moderado vs. Grave. **Salud Mental**, 34(2), 121-128.
- Beck, J. (2000). **Terapia cognitiva**. Barcelona: Editorial Gedisa. (Trabajo original publicado en 1995).

- Bloch, M. (2017). Natural history and long-term outcome of OCD. En: C. Pittenger, ***Obsessive-Compulsive Disorder. Phenomenology, Pathophysiology, and Treatment*** (pp. 47-56). New York: Oxford University Press.
- Bloch, M. y Storch, E. (2015). Assessment and management of treatment-refractory obsessive-compulsive disorder in children. ***Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry***, 54(4), 251-262. doi: 10.1016/j.jaac.2015.01.011.
- Burns, D. (2006). ***Adiós ansiedad. Cómo superar la timidez, los miedos, las fobias y las situaciones de pánico*** (Trad. A. Pareja). Buenos Aires: Paidós.
- Calaprice, D., Tona, J. y Murphy, T. (2018). Treatment of pediatric acute-onset neuropsychiatric disorder in a large survey population. ***Journal of Child and Adolescent Psychopharmacology***, 28(2), 92-103. doi: 10.1089/cap.2017.0101
- Chávez-León, Ontiveros y Serrano (2008). Los antidepresivos inhibidores selectivos de recaptura de serotonina (ISRS, ISR-5HT). ***Salud Mental***, 31(4), 307-319.
- Eisen, J., Mancebo, M., Pinto, A., Coles, M., Pagano, M., Stouf, R. y Rasmussen, S. (2006). Impact of obsessive compulsive disorder on quality of life. ***Comprehensive Psychiatry***, 47(4), 270-275. doi: 10.1016/j.comppsy.2005.11.006
- Ellis, A. y Grieger, R. (1981). ***Manual de Terapia Racional Emotiva, Volumen 1***. España: Desclée De Brouwer.
- Geller, D., Biederman, J., Faraone, S., Agranat, A., Cradock, K., Hagermoser, L., Kim, G., Frazier, J. y Coffey, B. (2001). Developmental aspects of obsessive-compulsive disorder: findings in children, adolescents, and adults. ***Journal of Nervous and Mental Disease***, 189(7), 471-477
- Geller, D. y March, J. (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.
- Grant, J. (2014). Clinical practice: obsessive-compulsive disorder. ***New England Journal of Medicine***, 371(7), 646-653. doi: 10.1056/NEJMcp1402176

- Hospital Psiquiátrico Infantil “Dr. Juan N. Navarro”, (2017). **Morbilidad de Consulta Externa, enero-diciembre 2017**. Recuperado de la base de datos de la división de mejora continua de la calidad.
- Kazdin, A. (2000). **Modificación de conducta y sus aplicaciones prácticas**. México: Manual Moderno.
- Krebs, G. y Heyman, I. (2015). Obsessive-Compulsive disorder in children and adolescents. **Archives of Disease in Childhood, 100**, 495-499. doi: 10.1136/archdischild-2014-306934
- Lorenzo, P., Moreno, A., Lizasoain, I., Leza, J. C., Moro, M. A., Portolés, A. (2008). **Velázquez, Farmacología básica y clínica**. Madrid: Editorial Médica Panamericana.
- March, J. (2004). Cognitive-Behavior Therapy, Sertraline and Their Combination for Children and Adolescents With Obsessive Compulsive Disorder. The pediatric OCD Treatment Study (POTS) Randomized Controlled Trial. **JAMA Psychiatry, 292**(16), 1969-1976. doi:10.1001/jama.292.16.1969
- Martínez-Ortiz, A., Fernández, A. C., Navarro, M. I. y Martínez-Martínez, M. (sin año). **Guía clínica. Diagnóstico y manejo de los trastornos de ansiedad. Guías clínicas del Hospital Psiquiátrico Infantil “Dr. Juan N. Navarro”**. México: Secretaría de Salud.
- McGuire, J., Piacentini, J., Lewin, A., Brennan, E., Murphy, K. y Storch, E. (2015). A meta-analysis of cognitive behavior therapy and medication for child obsessive compulsive disorder: moderators of treatment efficacy, response, and remission. **Depression and Anxiety, 32**, 580–93.
- Nadeau, J., Jordan, C., Selles, R., Wu, M., King, M. Patel, P., Hanks, C., Arnold, E., Lewin, A., Murphy, T. y Storch, E. (2015). A pilot trial of cognitive-behavioral therapy augmentation of antibiotic treatment in youth with pediatric acute-onset neuropsychiatric syndrome-related obsessive-compulsive disorder. **Journal of Child and Adolescence Psychopharmacology, 25**(4), 337–343. doi: 10.1089/cap.2014.0149
- National Institute for Health and Care Excellence (2006). Obsessive-Compulsive disorder: core interventions in the treatment of Obsessive-Compulsive disorder and body dysmorphic Disorder. **National Collaborating Centre for Mental Health, 31**.
- Nezu, A., Nezu, C. y D’Zurilla, T. (2014). **Terapia de Solución de Problemas, Manual de tratamiento**. España: Descleé de Brouwer.



- Organización Mundial de la Salud (2001). **Clasificación multiaxial de los trastornos psiquiátricos en niños y adolescentes. Clasificación de la CIE-10 de los trastornos mentales y del comportamiento en niños y adolescentes.** Madrid: Editorial Médica Panamericana.
- Organización Mundial de la Salud (2010). **Tratamiento farmacológico de los trastornos mentales en la atención primaria de salud.** Washington, DC.: Organización Panamericana de la Salud.
- Orlovska, S., Vestergaard, C., Bech, B., Nordentoft, M., Vestergaard, M. y Benros, M. (2017). Association of streptococcal throat infection with mental disorders: testing key aspects of the PANDAS hypothesis in a nationwide study. **JAMA Psychiatry, 74**(7), 740-746. doi: 10.1001/jamapsychiatry.2017.0995
- Parker, R. y Vannest, K. (2009). An improved effect size for single-case research: nonoverlap of all pairs. **Behavior Therapy, 40**(4), 357-367. doi: 10.1016/j.beth.2008.10.006
- Pauls, D. (2008). The genetics of obsessive compulsive disorder: a Review of the evidence. **American Journal of Medical Genetics Part C Seminars in Medical Genetics, 12**(2), 149-163.
- Pauls, D., Alsobrook, J., Goodman, W., Rasmussen, S. y Leckman, J. (1995). A family study of obsessive-compulsive disorder. **American Journal of Psychiatry, 152**, 76-84.
- Ribes, I. E. (1974). **Técnicas de modificación de conducta. Su aplicación al retardo en el desarrollo.** México: Trillas (Reimpreso en 2013).
- Rosario-Campos, M., Leckman, J., Mercadante, M., Shavitt, R., Prado, H., Sada, P., Zamignani, D. y Miguel, E. (2001). Adults with early-onset obsessive-compulsive disorder. **American Journal of Psychiatry, 158**, 1899-1903.
- Stewart, S., Geller D. y Jenike, M. (2004) Long term outcome of pediatric obsessive-compulsive disorder: a meta-analysis and qualitative review of the literature. **Acta Psychiatrica Scandinavica, 110**, 4-13.
- Storch, E., Murphy, T., Geffken, G., Mann, G., Adkins, J., Merlo, L., Duke, D., Munson, M., Swaine, Z. y Goodman, W. (2006). Cognitive-behavioral therapy for PANDAS-related obsessive-compulsive disorder: findings from a preliminary waitlist controlled open trial. **Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry, 45**(10), 1171-1178.
- Swedo, S., Leckman, J. y Rose, N. (2012). From research subgroup to clinical syndrome: modifying the PANDAS criteria to describe PANS (pediatric



acute-onset neuropsychiatric syndrome). *Pediatrics and Therapeutics*, 2(2), 1-8. doi:10.4172/2161-0665.1000113

Torp, N., Dahl, K., Skarphedinsson, G., Compton, S., Thomsen, P., Weidle, B., Hybel, K., Valderhaug, R, Melin, K., Nissen, J., y Ivarsson, T. (2015). Predictors associated with improved cognitive-behavioral therapy outcome in pediatric obsessive-compulsive disorder. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 54(3), 200-207. doi: 10.1016/j.jaac.2014.12.007

Van Grootheest, D., Cath, D., Beekman, A. y Boomsma, D. (2005). Twin studies on obsessive-compulsive disorder: a review. *Twin Research and Human Genetics*, 8, 450-458.

Vargas-Álvarez, L. (2008). Trastorno obsesivo compulsivo en niños y adolescentes: Una actualización. Primera parte. *Salud Mental*, 31, 173-179.

Weiner, B. (1986). *An attributional theory of motivation and emotion*. Nueva York: Springer-Verlag.

Wells, J. (sin año). Complicated OCD: Issues of comorbidity and clinical challenges. *Psychlopedia*. [Consultado el 03 mayo 2018]. Disponible en: <http://www.cmeinstitute.com/psychlopedia/Pages/specialtopic/7ocd/sec3/section.aspx>