



Universitat
de les Illes Balears

TRABAJO DE FIN DE GRADO

En pacientes pediátricos con trastorno obsesivo compulsivo, ¿Cómo de efectivas son las terapias cognitivo-conductuales?

María Antonia Cardona Gelabert

Grado de Enfermería

Facultad de Enfermería Y Fisioterapia

Año Académico 2021-22

En pacientes pediátricos con trastorno obsesivo compulsivo, ¿Cómo de efectivas son las terapias cognitivo-conductuales?

María Antonia Cardona Gelabert

Trabajo de Fin de Grado

Facultad de Enfermería Y Fisioterapia

Universidad de las Illes Balears

Año Académico 2021-22

Palabras clave del trabajo:

Pediatría; terapias cognitivo-conductuales; trastorno obsesivo compulsivo.

Nombre Autora del Trabajo: María Antonia Cardona Gelabert

Nombre Tutora: Margalida Miró Bonet

Se autoriza la Universidad a incluir este trabajo en el Repositorio Institucional para su consulta en acceso abierto y difusión en línea, con fines exclusivamente académicos y de investigación

Autor		Tutor	
Sí	No	Sí	No
<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

RESUMEN

Introducción: El trastorno obsesivo compulsivo se caracteriza por la presencia de pensamientos involuntarios, irracionales, y repetitivos, llamados obsesiones y de compulsiones cuyo objetivo es neutralizar las sensaciones desagradables asociadas a las obsesiones. Es de vital importancia el conocer dicho trastorno de salud mental ya que si no se trata y no se le facilita ayuda a las personas que la demandan, la salud mental podría verse gravemente afectada dado que van empeorando las obsesiones y las compulsiones que tienen.

Objetivo: El objetivo general de esta revisión es analizar la evidencia científica de la efectividad de la terapia cognitivo-conductual en el tratamiento del trastorno obsesivo compulsivo en niños y adolescentes (edades pediátricas).

Metodología: Se hizo una búsqueda entre los años 2016-2021 en el metabuscador EBSCOhost y en las bases de datos PubMed y Cochrane. De la totalidad de artículos, se han seleccionado con los criterios de inclusión y exclusión.

Resultados: Se han seleccionado una totalidad de 24 artículos incluidos en los anexos.

Discusión: En esta revisión bibliografía trataremos la evidencia científica, aunque según indican todos los autores es limitada, acerca de las ventajas de la presencia de la familia durante el tratamiento con terapia cognitivo conductual para el trastorno obsesivo compulsivo juvenil, así como la combinación de esta terapia con farmacología o la existencia de este tipo de terapia a través de internet.

Conclusiones: Es muy importante la salud de la población en general. Cada persona es única y esto implica que no se padecen los trastornos de igual manera por lo que los tratamientos no deberían ser aplicados de igual manera. Se debería investigar más, encontrar más evidencia y personalizar dichos tratamientos a las necesidades de las personas que padecen trastornos mentales o incluso físicos.

Palabras clave: Pediatría, Trastorno Obsesivo Compulsivo, Terapia Cognitivo Conductual.

ÍNDICE

1. Introducción.....	3 – 5.
2. Objetivos.....	6.
3. Estrategias de búsqueda bibliográfica.....	6 – 7.
4. Resultados de búsqueda bibliográfica.....	7.
5. Discusión.....	7 – 16.
a. Describir la importancia de la familia en la terapia cognitivo conductual.....	7 – 10.
b. Identificar las ventajas de la combinación de la terapia cognitivo conductual con la farmacoterapia.....	10 – 13.
c. Describir la terapia cognitivo conductual que se ha desarrollado a través de la tecnología.....	13 – 16.
6. Conclusiones.....	16.
7. Bibliografía.....	17 – 20.
8. Anexos.....	20 – 28.

1. INTRODUCCIÓN

Según la *International Obsessive Compulsive Disorder Foundation*, el Trastorno Obsesivo-Compulsivo (TOC) es una condición de la salud mental con tres características principales:

Las personas que padecen de este trastorno experimentan pensamientos involuntarios, irracionales, y repetitivos, llamados obsesiones. Estas obsesiones generan ansiedad, angustia y miedo en el paciente, quien se ve compelido a realizar acciones compulsivas (compulsiones), en su intento por neutralizar las sensaciones desagradables asociadas a las obsesiones. El ciclo de obsesiones y compulsiones requiere mucho tiempo diario e inhibe la realización de actividades importantes para la persona (1).

Cabe tener en cuenta que no siempre lo que parecen obsesiones o compulsiones tienen porque serlo. Por tanto, como profesionales de la salud, al estar ante pacientes, ya sea para diagnosticar como para tratar, debemos ser capaces de diferenciarlo.

Es de vital importancia el conocer dicho trastorno de salud mental ya que si no se trata y no se le facilita ayuda a las personas que la demandan, la salud mental podría verse gravemente afectada dado que van empeorando las obsesiones y las compulsiones que tienen.

En cuanto a datos epidemiológicos, las estadísticas más confiables indican que 1 de cada 100 adultos tiene TOC y 1 de cada 200 niños y adolescentes que tiene TOC, casi el mismo número de niños que tiene diabetes (1).

Hay que destacar que el TOC no entiende de géneros, edades, orígenes, por lo que afecta de forma general y por igual sin ningún tipo de distinción (1).

El trastorno obsesivo-compulsivo puede empezar en cualquier momento, aunque hay una mayor prevalencia de aparición por primera vez entre un rango de edad de los 10 a los 12 años de edad y en los últimos años de la adolescencia y primeros de la adultez (1).

Los síntomas del TOC suelen comenzar progresivamente y varían en gravedad a lo largo de la vida. El tipo de obsesiones y compulsiones que se padecen también pueden cambiar con el tiempo. Los síntomas suelen empeorar cuando se experimenta un mayor estrés. El trastorno obsesivo compulsivo, que suele considerarse un trastorno de por vida, puede tener síntomas de leves a moderados o ser tan grave y prolongado que se vuelve incapacitante (2).

Para el trastorno obsesivo-compulsivo, el tratamiento que se ha mostrado más efectivo ha sido la terapia cognitivo-conductual (TCC). Existe, dentro de la terapia cognitivo-conductual, la terapia de Exposición y Prevención de la Respuesta (EPR) y debería combinarse junto a el uso de fármacos para un mejor tratamiento (1).

Una pequeña definición de lo que implica la EPR, por un lado la “Exposición” que se refiere a la confrontación de los pensamientos, imágenes, objetos, y situaciones a partir de los cuales el paciente se pone ansioso y, por otro lado, la “Prevención de la Respuesta” es cuando el paciente toma contacto con la cosa que lo pone ansioso, podrá escoger no hacer la acción compulsiva (1).

En conclusión en cuanto al tratamiento, el mejor tratamiento para la mayoría de las personas con TOC debería incluir al menos uno de los cuatro siguientes elementos: una intervención de TCC conocida como Exposición y Prevención de la Respuesta (EPR), un terapeuta calificado, terapia farmacológica, y el apoyo familiar junto con una psicoeducación adecuada (1).

El 70% de los pacientes con TOC se beneficiarán con la terapia cognitivo conductual (TCC) y/o el tratamiento farmacológico. Los pacientes que responden a la medicación usualmente muestran una reducción de síntomas de entre el 40% y el 60%, mientras que los que responden a la TCC habitualmente muestran un porcentaje de entre el 60% y el 80% en la reducción de los síntomas del TOC (1). Sin embargo, los pacientes deben tomar la medicación regularmente y participar activamente en la TCC para que los tratamientos funcionen. Desafortunadamente, los estudios muestran que al menos un 25% de los pacientes con TOC se niega a la TCC, y aproximadamente la mitad de los pacientes discontinúan la toma de los medicamentos debido a los efectos secundarios o por otras razones (1).

Centrándonos en edades pediátricas, es decir, en niños y adolescentes, hay que destacar que también padecen dicho tipo de trastornos y muchas personas que en edad adulta lo presentan ya lo presentaban desde jóvenes.

Al igual que en todas las edades, es importante saber diferenciar si lo que presentan los pacientes en edades pediátricas son obsesiones y compulsiones o si simplemente son manías, costumbres o tradiciones que hayan aprendido de sus padres. También, los niños y adolescentes tienen tendencia a imitar comportamientos y actitudes que ven en los mayores, por lo que puede que imiten conductas propias del trastorno obsesivo compulsivo que presente un adulto de su alrededor sin ellos ser los que verdaderamente lo padecen.

Centrándonos en las obsesiones comunes que pueden padecer, los niños pueden preocuparse por los gérmenes, ponerse enfermos, la muerte, que ocurran cosas malas o hagan algo mal, además de pensar que las cosas deben estar “perfectas” (3). Para aliviar dichas obsesiones, existen muchos rituales diferentes como el lavado y el aseo, la repetición acciones hasta la perfección, volver a empezarlas, hacer las cosas exactamente igual, borrar, rescribir, formular la misma pregunta continuamente, confesarse o disculparse, decir palabras o números al azar, revisar, tocar, pulsar, contar, rezar, ordenar, arreglar, y acumular objetos (3).

Al igual que sucede a la hora del tratamiento de adultos, para el tratamiento del TOC en niños y adolescentes, la terapia cognitivo-conductual (TCC) y los fármacos son eficaces para manejar estos síntomas. Siempre que sea posible, la TCC debería elegirse para tratar al niño antes que los fármacos (3).

Mi motivación personal que me ha llevado a la elección de dicho tema es que, por un lado, a pesar de mi temprana edad para poder valorarlo y entenderlo, mi padre tenía un nivel de TOC importante que, a medida que he crecido y me han ido contando y yo he podido recordar, me he dado cuenta de que sí que es una persona con dicho trastorno. Por otro lado, yo también tengo un mínimo nivel de obsesiones y compulsiones, aunque como bien he mencionado antes hay que tener en cuenta que no todo lo que creemos que son obsesiones y compulsiones, lo son verdaderamente y como todas las personas, tengo mis manías y costumbres.

2. OBJETIVOS

General:

- Analizar la evidencia científica sobre la terapia cognitivo-conductual para el tratamiento del trastorno obsesivo compulsivo en población pediátrica y adolescente.

Específicos:

- Describir la importancia de la intervención familiar como componente de la terapia cognitivo conductual para el tratamiento del TOC en estas edades.
- Describir las ventajas de la combinación de la terapia cognitivo conductual con la farmacoterapia.
- Describir la aplicación de la terapia cognitivo conductual para el tratamiento del TOC a través de las TICs.

3. ESTRATÉGIAS DE BÚSQUEDA BIBLIOGRÁFICA

Mi estrategia de búsqueda se ha basado en unos criterios donde he incluido las edades pediátricas, descartando así las edades adultas, independientemente del género de los pacientes. Otro criterio de inclusión ha sido el abordaje de las terapias cognitivo-conductuales presentes en los artículos.

Concretamente he centrado la búsqueda entre los años 2016 y 2021 a tal efecto de encontrarnos en un margen de unos 5 años de documentación. Además, los idiomas que he tenido presentes a la hora de elección de los artículos han sido castellano, catalán e inglés, aunque la inmensa mayoría se encuentran redactados en inglés.

Para la realización de la búsqueda bibliográfica me he centrado en:

- Metabuscadores: EBSCOhost.
- Bases de datos específicas: PubMed.
- Bases de datos revisiones: Cochrane.

Como primer nivel de búsqueda he utilizado la combinación de palabras que incluye *Obsessive-Compulsive Disorder* (trastorno obsesivo compulsivo en español) y *Cognitive Behavioral Therapy* (terapia cognitivo-conductual en español), unidos por el booleano *AND*. Para concretar las edades y como segundo nivel de búsqueda, uniéndolo a los

conceptos del primer nivel de búsqueda, he utilizado en algunas bases de datos los diferentes conceptos que hacen referencia a los niños y adolescentes (*children or adolescents or youth or child or teenager or pediatric or paedetric or kids*) dado que en los múltiples artículos se utilizan palabras diferentes para dirigirse al concepto de edades pediátricas y dichas palabras las he unido por el booleano *OR*. En otras bases de datos he optado por orientarme simplemente por los títulos de los diferentes artículos donde se incluían directamente los conceptos de juventud y sinónimos que he ido eligiendo para su posterior lectura crítica.

4. RESULTADOS DE BÚSQUEDA BIBLIOGRÁFICA

Tras la búsqueda bibliográfica en el metabuscador y en las bases de datos mencionadas anteriormente, he obtenido los siguientes niveles de resultados:

	EBSCOhost	PubMed	Cochrane
Primer nivel	1,082	398	7
Segundo nivel	551	170	3

De entre todos los artículos que he podido ver, he elegido un total de 24 artículos (Anexo 2), redactados en lengua inglesa, dado que eran aproximadamente por título y resumen tenían relación con mis objetivos específicos y entre ellos también están conectados. A la totalidad de artículos, les he pasado la plantilla CASPe de lectura crítica con el fin de comprobar la validez de estos para llevar a cabo mi revisión (Anexo 3).

Posteriormente a esta primera lectura comprobando la validez, he realizado otra lectura ya iniciando el proceso de subrayado para repetir una siguiente lectura de lo que he decidido elegir como materia para la redacción de mi discusión.

5. DISCUSIÓN

a. Importancia de la intervención familiar

Según un ensayo analizado en el estudio de Rozenman M., Piacentini J., et al., la terapia cognitivo conductual (TCC) para el TOC pediátrico que incluye un componente de intervención familiar reduce los síntomas de ansiedad y depresión antes y después del

tratamiento (4). La inclusión de la familia en la TCC es sugerida como un componente importante para el tratamiento eficaz del TOC pediátrico (5). La participación familiar más intensa, incluyendo la psicoeducación de los miembros para saber cómo tratar el TOC del niño, es favorecedor cuando los niveles de adaptación al tratamiento son altos (6). A parte de la psicoeducación para saber cómo tratar al niño, es importante una psicoeducación sobre los impactos del rechazo (p. ej., culpar, castigar injustamente o menospreciar al niño) en el bienestar del niño y su probable respuesta al tratamiento (7).

En ocasiones, los adolescentes responden de manera menos efectiva a la terapia cognitivo conductual en comparación con preadolescentes o niños dado que la participación de los padres es mayor (8). Además, la evidencia inicial del estudio realizado por Selles R., Belschner L., Negreiros J., et al., sugiere que la edad más joven y una menor gravedad inicial del TOC se asocia con una mayor probabilidad de remisión. Este hecho podría estar relacionado con un curso más corto y menos crónico de los síntomas en comparación con los jóvenes mayores y/o más severos y la participación de los padres en el tratamiento también puede haber contribuido a la relación con la edad, ya que las técnicas de los padres pueden haberse aplicado más fácilmente con jóvenes más jóvenes y menos dependientes. A pesar de todo lo mencionado, independientemente de la edad de los pacientes pediátricos, el éxito en el trabajo a domicilio podría ser un reflejo de una mayor disposición y motivación del niño/adolescente, y también el suficiente estímulo/ejecución de los padres, ya que es más probable que los jóvenes sin la participación de los padres eviten/olviden la tarea (5).

El hecho de incluir a los miembros de la familia en la terapia permite a los médicos el abordaje de barreras comunes a nivel familiar para la reducción de los síntomas como podrían ser la acomodación familiar y la dinámica familiar (5). La acomodación familiar, junto con otra serie de factores como la gravedad de los síntomas, el rechazo de los padres, los trastornos externalizantes comórbidos (TDHA y ODD), la depresión y el éxito en la tarea, pueden afectar los resultados del tratamiento y están asociados con la gravedad de los síntomas del TOC postratamiento (5,7). Los niños con un grado bajo de acomodación familiar tienen una respuesta temprana al tratamiento. Según el estudio realizado por Torp N., Weidle B., Thomsen P., et al., casi el 40 por ciento de los pacientes inscritos en programas de TCC respondieron y mejoraron pronto (dentro de las primeras 7 sesiones).

Estos pacientes se caracterizaron por una edad más joven, un TOC menos grave, menos comorbilidad y un menor grado de acomodación familiar (6). Por tanto, los mayores niveles de acomodación familiar en el pretratamiento se asociaron únicamente con una mayor gravedad de los síntomas del TOC a los 12 meses de seguimiento. Esto sugiere que los niños de familias que se adaptan más a los síntomas del TOC (p. ej., ayudar al niño con un ritual) tendrán una respuesta más pobre que los niños de familias que no se adaptan a sus hábitos o rituales. De aquí nace la necesidad de abordar los factores familiares adversos en el tratamiento, incluido el rechazo de los padres y la acomodación familiar (7). Todo lo mencionado anteriormente nos indica que la implicación de los padres en el tratamiento de pacientes pediátricos con trastorno obsesivo compulsivo es de vital importancia dado que influyen significativamente en el desarrollo del tratamiento y en los resultados de este.

Es importante destacar que cuando los pacientes y sus familias buscan tratamiento para la ansiedad y/o el TOC, a menudo experimentan una angustia considerable y desean un alivio inmediato. Por tanto, puede haber un aumento inicial de la angustia provocando una percepción de complejidad del tratamiento por ambas partes que, a medida que los pacientes aprenden a confrontar estímulos y situaciones angustiosas junto con el apoyo de los padres, esta angustia inicial disminuye y el tratamiento conduce a resultados positivos a largo plazo (9).

La integración de la familia en la TCC del TOC pediátrico puede darse de forma individual, que ha sido bien respaldada o cabe la posibilidad de que sea grupal, aunque esta versión ha sido menos estudiada. Hasta el momento, se han encontrado resultados positivos al examinar los protocolos de TCC grupal basada en la familia (GF-CBT) para jóvenes con TOC, y se ha encontrado que la GF-CBT tenía resultados equivalentes a la TCC familiar individual. Este tipo de tratamiento presenta unos beneficios que van más allá de la reducción de los síntomas, alcanzando así una reducción del deterioro funcional, de la acomodación familiar y de los comportamientos coercitivos/perturbadores, así como mejoras en el funcionamiento familiar. De forma general, los resultados obtenidos en el estudio de Selles R., Belschner L., Negreiros J., et al., confirman la efectividad de la terapia cognitivo conductual como tratamiento para los jóvenes con TOC y ofrecen

evidencia del beneficio a nivel mundial respecto de la TCC grupal basada en la familia (5).

Finalmente, mencionar que existe cierta controversia ante la participación de los padres. Según el metaanálisis analizado por Wergeland G., Riise E., Öst L., se halla que el grado de participación de los padres en el tratamiento estaba inversamente relacionado con el resultado, es decir, en tratamientos con baja participación de los padres, el niño puede sentirse más libre para probar varios comportamientos que provocan ansiedad bajo la guía del terapeuta. Por otro lado, una alta participación de los padres puede significar una continuación de los viejos patrones de interacción entre padres e hijos, lo que dificulta que el niño pruebe nuevos comportamientos que serán útiles para reducir la ansiedad (10). Añadir que la crianza ansiosa de las madres está asociada con síntomas de ansiedad en los niños (7).

b. Ventajas de la combinación de la TCC con la farmacoterapia

Para el tratamiento del TOC pediátrico se recomienda el uso de la TCC en casos de gravedad leve y moderada y se usaría junto a farmacología en caso de gravedad severa y, en ocasiones en gravedad moderada (9,11). Según las guías de consenso de expertos mencionadas por Melin K., Skarphedinsson G., et al., el tratamiento farmacológico con ISRS se utiliza cuando la respuesta de la TCC es insuficiente o si el trastorno TOC se considera grave. En los casos en que los ISRS (inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina) son insuficientes, el tratamiento se complementa con un antipsicótico de segunda generación (SGA) (12). Actualmente, los medicamentos ISRS tanto solos como en combinación con psicoterapia, son usados frecuentemente para el tratamiento inicial de jóvenes con TOC a pesar de tener una eficacia más modesta (pero mayor difusión) en relación con la TCC y el riesgo potencial de efectos secundarios (13,14). A menudo, el uso único de farmacoterapia podría suponer una continua experimentación de sintomatología por parte de los pacientes o bien una recaída durante o después del tratamiento. (12,14). A estas desventajas farmacológicas le podemos añadir los efectos adversos que pueden provocar o efectos desconocidos a largo plazo (15). Por tanto, la evidencia empírica sugiere que la TCC, tanto sola como con el uso de un inhibidor

selectivo de la recaptación de serotonina (ISRS), es la mejor opción para el tratamiento inicial del TOC pediátrico y suele ser efectiva y bastante positiva a largo plazo (8,14).

Según un ensayo controlado aleatorizado consultado por Lavell C., Farrell L., Waters A., Cadman J. (Equipo de estudio del tratamiento del TOC pediátrico, 2004), los pacientes pediátricos que recibieron terapia cognitivo conductual tanto sola como con medicación (sertralina, SRI), tuvieron reducciones significativas en la sintomatología después de doce semanas de tratamiento. Cierto es que hace mención de que la TCC sola produce mayor efecto en comparación con la medicación sola y, por tanto, hay una mayor tasa de remisión (7). En el estudio de Rozenman M., Piacentini J., et al., se hace referencia a un estudio en jóvenes que demostró que los síntomas depresivos del TOC se vieron reducidos durante el transcurso de la terapia combinada (TCC e ISRS) (4). Por tanto, la TCC y los ISRS pueden tener efectos comparables sobre la gravedad de los síntomas del TOC en jóvenes, aunque dichos efectos son beneficiosos sobre la remisión (16).

Es importante tener en cuenta que un trastorno mental como es el TOC puede tener afectaciones cerebrales. El estudio realizado por Vattimo E., Barros V., et al. sugiere que el TOC pediátrico está asociado con anomalías cerebrales potencialmente reversibles. Dichas anomalías pueden corresponder sustratos neuronales sobre los cuales los ISRS actúan con los efectos antiobsesivos (17). Añadir que existe la señalización del glutamato cerebral (Glu) que puede contribuir a la fisiopatología del TOC y a los resultados moderados de la TCC. El efecto predictivo de Glu sugiere que las intervenciones farmacológicas que modulan los sistemas glutamatérgicos pueden mejorar la respuesta de la terapia cognitivo conductual en el TOC. Según O'Neill J., Piacentini J., et al., hay informes que respaldan dicho hecho mencionado anteriormente dado que se identifican reducción de Glu después de la paroxetina (fármaco) o de la TCC (18).

Destacar la existencia de otro fármaco a parte de los inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina (ISRS) y de los antipsicóticos de segunda generación (SGA), la D-Cicloserina (DCS) que es un agonista parcial de NMDA. Dicho fármaco se sugiere ser administrado al final de las sesiones de TCC y evitar el uso de antidepresivos ya que se produce una interacción entre ellos (19). Además, la D-Cicloserina puede favorecer la

consolidación de la memoria. Este fármaco se utiliza en el TOC y también en trastornos de ansiedad y trastornos de estrés postraumático (20).

Indiciar que, dada la variedad de combinaciones existentes para el tratamiento del TOC pediátrico, se debe personalizar dicho tratamiento acorde con cada joven que lo necesita, conduciendo así a un mejor resultado clínico (19). Una opción de tratamiento sería la TCC más el uso de sertralina (ISRS), donde una dosificación más lenta del fármaco llega a ser poco efectivo y teniendo un peor resultado que el tratamiento de TCC sola o de TCC y sertralina regular completa (21). Otra opción de tratamiento podría hacer referencia al uso de la terapia cognitivo conductual vía online junto con fármacos o la terapia cognitivo conductual cara a cara más el uso de fármacos (14).

A pesar de la variedad de fármacos existentes y que pueden ser utilizados para el tratamiento de los diferentes trastornos de la salud mental, encontramos que, en el caso del TOC pediátrico, el fármaco de elección por su menor coste en relación con otras alternativas farmacológicas y debido a su amplia disponibilidad es la fluoxetina (ISRS) (13).

Finalmente decir que, en el estudio de Melin K., Skarphedinsson G., et al., el tratamiento para el trastorno obsesivo compulsivo pediátrico basado en la evidencia siguiendo las pautas de consenso de los expertos, es decir terapia cognitivo conductual (TCC) e inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina (ISRS) cuando este indicado, tiene un efecto positivo en la mayoría de los jóvenes a largo plazo dado que se mantienen las mejoras durante al menos un periodo de tres años y también hay mejoras en el funcionamiento psicosocial y en los síntomas depresivos (12).

Existe cierta predisposición al rechazo del uso de farmacología dado que, según Wolters L., de Beek V., Weidle B., Skokauskas N. en su artículo, no hay pruebas de que se produzca un efecto superior del tratamiento combinado (TCC + ISRS) respecto de la monoterapia con TCC. Se encontró que era igual de efectivo continuar solo con TCC que agregar un ISRS en pacientes que no respondieron inicialmente al tratamiento solo con

terapia cognitivo conductual. Además, los padres refieren ciertas dudas sobre la seguridad y el beneficio a largo plazo del uso de medicamentos. Por tanto, se destaca la necesidad de opciones alternativas a adición de medicamentos para la mejora de los tratamientos para el TOC pediátrico (15).

c. Aplicación de la TCC a través de las TICs

A día de hoy, gracias a la existencia de tecnologías modernas y el mayor acceso a Internet, surgen nuevas oportunidades para el abordaje de ciertas terapias de tal forma que son más interactivas, rentables y de fácil acceso (15,22,23). Este hecho favorece que las terapias se lleven a cabo en entornos naturales para el paciente como podría ser su hogar de tal forma que esto puede aumentar la validez de los tratamientos dado que en estos entornos es donde suceden la mayoría de los problemas (22,24). Además, se favorece la obtención por parte de los pacientes de los tratamientos que necesitan para su salud, fomentando aún más el cumplimiento y evitando el abandono. Concretamente, el tipo de pacientes más favorecidos por este tipo de tratamientos por internet son los niños y adolescentes dado que tienen un mayor manejo que favorece a un mejor y más fácil uso de las diferentes aplicaciones. Por tanto, mencionar que el uso de estas tecnologías puede resultar atractivo para los jóvenes de forma que es un método útil para administrar determinados tratamientos (15,25).

Es importante tener en cuenta que el TOC de los jóvenes requiere de ser tratado y el tratamiento de elección y de referencia es la terapia cognitiva conductual (23). A parte de la versión convencional de la TCC cara a cara, existe la terapia cognitiva conductual por Internet (iCBT, por sus siglas en inglés) que incluye intervenciones automatizadas y guiadas por un terapeuta que se administran mediante Internet y tecnología de la información basada en la terapia cognitivo conductual (22). Según el estudio realizado por Lenhard F., Ssegonja R., et al., ante situaciones en las que se complica el tratamiento mediante TCC cara a cara, la TCC por internet produce un mayor beneficio ya que los reduce costes para la sociedad y la sanidad, en comparación con pacientes que no son tratados. El riesgo de no recibir un tratamiento eficaz es destacable por lo que hay que tener en cuenta los beneficios potenciales de estas intervenciones a través de internet que permiten ahorrar costes (26).

Los programas de TCC administrados por internet muestran ser tan efectivos como las intervenciones cara a cara (22). En ambas condiciones de terapia cognitivo conductual (cara a cara o bien por internet) hay una disminución significativa de los síntomas del TOC juvenil (25,27). Este tipo de terapia online supone un ahorro notable de tiempo en comparación con la terapia presencial, además de que se da en pacientes que no recibirían tratamiento de otra forma (27).

Cabe tener en cuenta que la terapia cognitiva conductual basada en Internet (TCCi) garantiza el acceso a un tratamiento especializado para tratar los pacientes con TOC u otros trastornos de salud mental, e incluso otras patologías no mentales, independientemente del lugar donde vivan añadiendo los problemas de transporte, estigma y calidad de atención (24,25). En la última década ha habido un aumento sustancial en el desarrollo e investigación de salud mental electrónica, aunque la evidencia actual de la que se dispone respecto de la TCCi es limitada (22). A pesar de esta limitada evidencia, sí que se conoce la aceptabilidad del tratamiento por internet de padres y pacientes jóvenes. De forma general, en los diferentes artículos que estudian la terapia cognitivo conductual a través de internet, tanto los jóvenes como los padres muestran una gran satisfacción con el tratamiento dada la disponibilidad y el buen manejo que tienen, incluso de poder trabajar de forma independiente al terapeuta, es decir, realizar actividades y ejercicios de forma autónoma en el hogar con una posterior sesión de terapia tratando el resultado dichas actividades y ejercicios, pudiendo mejorar o modificarlos. Si que es cierto que a pesar de tener una mayor aceptación e integración que en la terapia cognitivo conductual cara a cara, mostraban cierto descontento con el poco contacto directo con el terapeuta, a parte de la existencia de mensajes, videollamadas o llamadas telefónicas, les hubiera gustado conocerlo de forma personal, cara a cara e incluso en ocasiones, llevar a cabo alguna terapia de forma presencial (15,22,25,27). Por tanto, algunos pacientes y padres prefieren que haya una combinación de elementos digitales con un contacto personal con el terapeuta. Este hecho se conoce como un tratamiento combinado. Este tipo de tratamiento incluye las ventajas que tiene la terapia cognitivo conductual mediante internet y, también, las ventajas que tiene el hecho de un contacto más personal, cara a cara, con el terapeuta (25).

El hecho de incorporar un terapeuta en la terapia cognitivo conductual, se mire por donde se mire, da resultados positivos tanto en valoraciones de los padres como en valoraciones y resultados de los jóvenes. Por tanto, implica que se den mejores efectos del tratamiento y, además, los terapeutas de forma directa abordan las necesidades individuales únicas que presentan los jóvenes, evitando también un estancamiento innecesario del proceso de mejora gracias al tratamiento. De esta forma, con un contacto con el terapeuta, este puede abordar las inquietudes e inconvenientes que los padres y los niños puedan tener sobre todo al inicio del tratamiento y a lo largo de todo el proceso (15).

Para finalizar, decir que la TCCi guiada por un terapeuta es una intervención eficaz, factible y segura para jóvenes con TOC. Esto se debe a que, por un lado, el tiempo que el médico invierte por paciente es menor que en la TCC cara a cara, por lo que supone un potencial aumento de la capacidad de los médicos para tratar a una mayor cantidad de pacientes, aumentando así los servicios y recursos de salud mental, y por otro lado, es más accesible si el paciente vive lejos y tiene problemas para transportarse dado que son jóvenes y menores de edad como para conducir o incluso desplazarse en transporte público solos (27).

En la totalidad de los artículos, los autores llegan a la misma conclusión que hace referencia a que existe muy poca investigación y evidencia actual respecto de dicho tema y que este factor limita muchas veces el poder hacer una valoración más plena de los tratamientos posibles para el trastorno obsesivo compulsivo pediátrico. Algunos de ellos incluso hacen mención de estudios del trastorno obsesivo compulsivo en adultos para aportar algo más de información e incluso también para indicar que en dicho campo también faltaría investigación y evidencia.

Las implicaciones del tema a tratar en dicha revisión bibliográfica son varias. El hecho de encontrar tratamientos que sean funcionales y válidos para las personas que padecen determinados trastornos, sobre todo los relacionados con la salud mental, es de vital importancia para la sociedad y la política dado que reducen los costes para la sanidad tanto pública como privada, mejoran la salud de la población y su calidad de vida, reducen las complicaciones y consecuencias de no ser tratados a largo plazo tanto de forma individual

para la persona que lo padece como para las personas que la rodean y, además, dado que hay determinados trastornos como sería el caso del trastorno obsesivo compulsivo que es el tratado en este trabajo, se reducirían las probabilidades de que el trastorno llegue a ser crónico de tal forma que es una ventaja para la persona que lo padece y que con adecuado tratamiento llegaría a remitir.

Para futuras investigaciones, propondría que se trabajen más los trastornos mentales, no tan solo el trastorno obsesivo compulsivo que también es importante y requiere de más investigación, sino que en general la salud mental es de vital relevancia y no merece ser dejada de lado. La sociedad necesita estar sana en todas las áreas (biopsicosocial), por lo que estudiar tratamientos para trastornos de la salud mental sería muy necesario y se requiere de una gran evidencia dado que cada persona es diferente y no todos reaccionamos igual ante los diferentes tratamientos por lo que es necesario la personalización de estos y para ello se requiere de tener el suficiente conocimiento para poder buscarlos, encontrarlos y aplicarlos.

6. CONCLUSIONES

Como conclusión, es muy importante para la salud de la población en general y esto implica que respecto de las diferentes enfermedades, trastornos y problemas de salud se debería estar en constante investigación y búsqueda de evidencia para así poder mejorar la calidad de vida de las personas y evitar y prevenir determinadas situaciones de salud o en caso de que ya hayan ocurrido, poder dar alguna solución o remedio al problema o al menos poder prevenir complicaciones.

Cada persona es única y esto implica que no se padecen los trastornos de igual manera por lo que los tratamientos no deberían ser aplicados de igual manera a la población en general. Se debería investigar más, encontrar más evidencia y personalizar dichos tratamientos a las necesidades de las personas que padecen trastornos mentales o incluso físicos. Nunca se deberían dejar de lado determinadas enfermedades o trastornos dado que están implicadas vidas humanas que sufren y padecen y que necesitan ayuda y tratamiento y si la sociedad no dispone de recursos y medidas de atención sanitaria, estas personas se encuentran desamparadas y sin saber que hacer ni que solución dar a como se sienten y como se encuentran.

7. BIBLIOGRAFÍA

1. International OCD Foundation. London; 2021. Disponible en: <https://iocdf.org/es/inicio/>
2. Trastorno obsesivo compulsivo (TOC). Mayo Clinic [Internet]. 1998-2021. Disponible en: <https://mayoclinic.org/es-es/diseases-conditions/obsessive-compulsive-disorder/symptoms-causes/syc-20354432>
3. Aureen Pinto Wagner (Dra, profesora clínica adjunta de Neurología, Facultad de Medicina y Odontología, Universidad de Rochester; Miembro, Consejo Consultivo científico de la International OCD Foundation). El trastorno obsesivo-compulsivo en los niños y adolescentes. International OCD Foundation [Internet]. 2021. Disponible en: <https://iocdf.org/wp-content/uploads/2014/10/OCD-in-Kids-Italian-Translation.pdf>
4. Rozenman M, Piacentini J, O'Neill J, Bergman RL, Chang S, Peris TS. Improvement in anxiety and depression symptoms following cognitive behavior therapy for pediatric obsessive-compulsive disorder. *Psychiatry Research*. 2019 Jun 1; 276:115–23.
5. Selles RR, Belschner L, Negreiros J, Lin S, Schuberth D, McKenney K, et al. Group family-based cognitive behavioral therapy for pediatric obsessive-compulsive disorder: Global outcomes and predictors of improvement. *Psychiatry Research*. 2018 Feb 1; 260:116–22.
6. Torp NC, Weidle B, Thomsen PH, Skarphedinsson G, Aalberg M, Nissen JB, et al. Is it time to rethink standard dosage of exposure-based cognitive behavioral therapy for pediatric obsessive-compulsive disorder? *Psychiatry Research*. 2019 Nov 1;281.
7. Lavell CH, Farrell LJ, Waters AM, Cadman J. Predictors of treatment response to group cognitive behavioural therapy for pediatric obsessive-compulsive disorder. *Psychiatry Research*. 2016 Nov 30; 245:186–93.
8. Jensen S, Højgaard DRMA, Hybel KA, Mortensen EL, Skarphedinsson G, Melin K, et al. Distinct trajectories of long-term symptom severity in pediatric obsessive-compulsive disorder during and after stepped-care treatment. *Journal*

- of Child Psychology and Psychiatry and Allied Disciplines. 2020 Sep 1; 61(9):969–78.
9. Mcguire JF. An Inhibitory Learning Approach to Cognitive-Behavioral Therapy for Children and Adolescents [Internet]. 2018. Available from: www.elsevier.com/locate/cabp
 10. Wergeland GJH, Riise EN, Öst LG. Cognitive behavior therapy for internalizing disorders in children and adolescents in routine clinical care: A systematic review and meta-analysis. Vol. 83, *Clinical Psychology Review*. Elsevier Inc.; 2021.
 11. Strimpfel JM, Neece JG, Macfie J. Flexible Manualized Treatment for Pediatric Obsessive–Compulsive Disorder: A Case Study. *Journal of Contemporary Psychotherapy*. 2016 Jun 1; 46(2):97–105.
 12. Melin K, Skarphedinsson G, Skärsäter I, Haugland BSM, Ivarsson T. A solid majority remit following evidence-based OCD treatments: a 3-year naturalistic outcome study in pediatric OCD. *European Child and Adolescent Psychiatry*. 2018 Oct 1; 27(10):1373–81.
 13. Fatori D, de Bragança Pereira CA, Asbahr FR, Requena G, Alvarenga PG, de Mathis MA, et al. Adaptive treatment strategies for children and adolescents with Obsessive-Compulsive Disorder: A sequential multiple assignment randomized trial. *Journal of Anxiety Disorders*. 2018 Aug 1; 58:42–50.
 14. Conelea CA, Selles RR, Benito KG, Walther MM, Machan JT, Garcia AM, et al. Secondary outcomes from the pediatric obsessive compulsive disorder treatment study II. *Journal of Psychiatric Research*. 2017 Sep 1; 92:94–100.
 15. Wolters LH, de Beek VO, Weidle B, Skokauskas N. How can technology enhance cognitive behavioral therapy: The case of pediatric obsessive-compulsive disorder? *BMC Psychiatry*. 2017 Jun 23; 17(1).
 16. Uhre CF, Uhre VF, Lønfeldt NN, Pretzmann L, Vangkilde S, Plessen KJ, et al. Systematic Review and Meta-Analysis: Cognitive-Behavioral Therapy for Obsessive-Compulsive Disorder in Children and Adolescents. Vol. 59, *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*. Elsevier Inc.; 2020. p. 64–77.
 17. Vattimo EFQ, Barros VB, Requena G, Sato JR, Fatori D, Miguel EC, et al. Caudate volume differences among treatment responders, non-responders and controls in children with obsessive–compulsive disorder. *European Child and Adolescent Psychiatry*. 2019 Dec 1; 28(12):1607–17.

18. O'Neill J, Piacentini J, Chang S, Ly R, Lai TM, Armstrong CC, et al. Glutamate in pediatric obsessive-compulsive disorder and response to cognitive-behavioral therapy: Randomized clinical trial. *Neuropsychopharmacology*. 2017 Nov 1; 42(12):2414–22.
19. Wilhelm S, Berman N, Small BJ, Porth R, Storch EA, Geller D. D-Cycloserine augmentation of cognitive behavior therapy for pediatric OCD: Predictors and moderators of outcome. *Journal of Affective Disorders*. 2018 Dec 1; 241:454–60.
20. Plaisted H, Waite P, Gordon K, Creswell C. Optimising Exposure for Children and Adolescents with Anxiety, OCD and PTSD: A Systematic Review. Vol. 24, *Clinical Child and Family Psychology Review*. Springer; 2021. p. 348–69.
21. Kim SK, McKay D, Goodman WK, Small BJ, McNamara JP, Murphy TK, et al. Understanding Anxiety and Symptom Impact as Mediators Explaining Cognitive-Behavior Therapy and Pharmacotherapy Response in Childhood Obsessive-Compulsive Disorder. *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment*. 2020 Dec 1;42(4):739–50.
22. Babiano-Espinosa L, Wolters LH, Weidle B, op de Beek V, Pedersen SA, Compton S, et al. Acceptability, feasibility, and efficacy of Internet cognitive behavioral therapy (iCBT) for pediatric obsessive-compulsive disorder: A systematic review. Vol. 8, *Systematic Reviews*. BioMed Central Ltd.; 2019.
23. Aspvall K, Andersson E, Lenhard F, Melin K, Norlin L, Wallin L, et al. Stepped Care Internet-Delivered vs Face-to-Face Cognitive-Behavior Therapy for Pediatric Obsessive-Compulsive Disorder: A Trial Protocol for a Randomized Noninferiority Trial. *JAMA Network Open*. 2019 Oct 23;2(10).
24. Comer JS, Furr JM, Kerns CE, Miguel E, Coxe S, Meredith Elkins R, et al. Internet-Delivered, Family-Based Treatment for Early-Onset OCD: A Pilot Randomized Trial. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*. 2017 Feb 1;85(2):178–86.
25. Hollmann K, Allgaier K, Hohnecker CS, Lautenbacher H, Bizu V, Nickola M, et al. Internet-based cognitive behavioral therapy in children and adolescents with obsessive compulsive disorder: a feasibility study. *Journal of Neural Transmission*. 2021 Sep 1;128(9):1445–59.
26. Lenhard F, Ssegonja R, Andersson E, Feldman I, Rück C, Mataix-Cols D, et al. Cost-effectiveness of therapist-guided internet-delivered cognitive behaviour

therapy for paediatric obsessive-compulsive disorder: Results from a randomised controlled trial. *BMJ Open*. 2017 May 1;7(5).

27. Lenhard F, Andersson E, Mataix-Cols D, Rück C, Vigerland S, Högstöm J, et al. Therapist-Guided, Internet-Delivered Cognitive-Behavioral Therapy for Adolescents With Obsessive-Compulsive Disorder: A Randomized Controlled Trial. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*. 2017 Jan 1;56(1):10-19.e2.

8. ANEXOS

Anexo 1

RESUM

Introducció: El trastorn obsessiu compulsiu es caracteritza per la presència de compulsions que tenen com a objectiu neutralitzar les sensacions desagradables associades a les obsessions. És de vital importància conèixer aquest trastorn de salut mental ja que si no es tracta i no se li facilita ajuda a les persones que la demanen, la salut mental podria veure's greument afectada atès que van empitjorant les obsessions i les compulsions que tenen.

Objectiu: L'objectiu general d'aquesta revisió és analitzar l'evidència científica de l'efectivitat de la teràpia cognitivo conductual en el tractament del trastorn obsessiu compulsiu en nens i adolescents (edats pediàtriques).

Metodologia: Es va fer una recerca entre els anys 2016-2021 al metacercador EBSCOhost i a les bases de dades PubMed i Cochrane. De la totalitat d'articles s'han seleccionat amb els criteris d'inclusió i d'exclusió.

Resultats: S'han seleccionat una totalitat de 24 articles inclosos als annexos.

Discussió: En aquesta revisió bibliografia tractarem l'evidència científica, encara que segons indiquen tots els autors és limitada sobre els avantatges de la presència de la família durant el tractament amb teràpia cognitivo conductual per al trastorn obsessiu compulsiu juvenil així com la combinació d'aquesta teràpia amb farmacologia o l'existència d'aquest tipus de teràpia a través d'Internet.

Conclusions: És molt important la salut de la població en general. Cada persona és única i això implica que no es pateixen els trastorns de la mateixa manera, per això els

tractaments no haurien de ser aplicats d'igual manera. Caldria investigar més, trobar més evidència i personalitzar aquests tractaments a les necessitats de les persones que pateixen trastorns mentals o fins i tot físics.

Paraules clau: Pediatria, Trastorn Obsessiu-Compulsiu, Teràpia Cognitiu Conductual.

ABSTRACT

Introduction: Obsessive compulsive disorder is characterized by the presence of compulsions that aim to neutralize the unpleasant sensations associated with obsessions. It is vital to know this mental health disorder because if it is not treated and help is not provided to people who ask for it, mental health could be severely affected as their obsessions and compulsions worsen.

Objective: The overall objective of this review is to analyse the scientific evidence for the effectiveness of cognitive-behavioural therapy in the treatment of obsessive-compulsive disorder in children and adolescents (paediatric ages).

Methodology: A search was conducted between 2016-2021 on the EBSCOhost metasearch engine and the PubMed and Cochrane databases. Of all the articles, they have been selected with the inclusion and exclusion criteria.

Results: A total of 24 items included in the appendices have been selected.

Discussion: In this literature review we will address the scientific evidence, although as indicated by all authors is limited on the benefits of family presence during treatment with cognitive behavioural therapy for juvenile obsessive-compulsive disorder as well as the combination of this pharmacological therapy or the existence of this type of therapy via the Internet.

Conclusions: The health of the general population is very important. Each person is unique, and this means that they do not suffer from the same disorders, so the treatments should not be applied in the same way. More research should be done, more evidence should be found, and these treatments should be customized to the needs of people with mental or even physical disorders.

Keywords: Paediatrics, Obsessive-Compulsive Disorder, Cognitive Behavioural Therapy.

Anexo 2

Titulo	Autores	Revista y año publicación
A solid majority remit following evidence-based OCD treatments: a 3-year naturalistic outcome study in pediatric OCD	Melin K., Skarphedinsson G., Skärsäter I., Haugland B.S.M, Ivarsson T.	European Child and Adolescent Psychiatry (2018)
Acceptability, feasibility, and efficacy of Internet cognitive behavioral therapy (iCBT) for pediatric obsessive-compulsive disorder: A systematic review	Babiano-Espinosa L., Wolters L., Weidle B., Op De Beek V., Pedersen S., Compton S., Skokauskas N.	Systematic Reviews (2019)
Adaptive treatment strategies for children and adolescents with Obsessive-Compulsive Disorder: A sequential multiple assignment randomized trial	Fatori D., de Bragança Pereira C., Asbahr F., Requena G., Alvarenga P., de Mathis M., Rohde L., Leckman J., March J., Polanczyk G., Miguel E., Shavitt R.	Journal of Anxiety Disorders (2018)
An Inhibitory Learning Approach to Cognitive-Behavioral Therapy for Children and Adolescents	Mcguire J.F., Storch E.A.	Elsevier (2018)
Caudate volume differences among treatment responders, non-responders and controls in children with obsessive-compulsive disorder	Vattimo E., Barros V., Requena G., Sato J., Fatori D., Miguel E., Shavitt R., Hoexter M., Batistuzzo M.	European Child and Adolescent Psychiatry (2019)
Cognitive behavior therapy for internalizing disorders in children and adolescents in routine clinical	Wergeland G., Riise E., Öst L.	Clinical Psychology Review (2021)

care: A systematic review and meta-analysis		
Cost-effectiveness of therapist-guided internet-delivered cognitive behaviour therapy for paediatric obsessive-compulsive disorder: Results from a randomised controlled trial	Lenhard F., Ssegonja R., Andersson E., Feldman I., Rück C., Mataix-Cols D., Serlachius E.	BMJ Open (2017)
D-Cycloserine augmentation of cognitive behavior therapy for pediatric OCD: Predictors and moderators of outcome	Wilhelm S., Berman N., Small B., Porth R., Storch E., Geller D.	Journal of Affective Disorders (2018)
Distinct trajectories of long-term symptom severity in pediatric obsessive-compulsive disorder during and after stepped-care treatment	Jensen S., Højgaard D., Hybel K., Mortensen E., Skarphedinsson G., Melin K., Ivarsson T., Nissen J., Weidle B., Valderhaug R., Torp N., Dahl K., Compton S., Thomsen P.	Journal of Child Psychology and Psychiatry and Allied Disciplines (2020)
Flexible Manualized Treatment for Pediatric Obsessive-Compulsive Disorder: A Case Study	Strimpfel J., Neece J., Macfie J.	Journal of Contemporary Psychotherapy (2016)
Glutamate in pediatric obsessive-compulsive disorder and response to cognitive-behavioral therapy: Randomized clinical trial	O'Neill J., Piacentini J., Chang S., Ly R., Lai T., Armstrong C., Bergman L., Rozenman M., Peris T., Vreeland A., Mudgway R., Levitt J., Salamon N., Posse S., Hellemann G., Alger J., McCracken J., Nurmi E.	Neuropsychopharmacology (2017)

Group family-based cognitive behavioral therapy for pediatric obsessive compulsive disorder: Global outcomes and predictors of improvement	Selles R., Belschner L., Negreiros J., Lin S., Schuberth D., McKenney K., Gregorowski N., Simpson A., Bliss A., Stewart S.	Psychiatry Research (2018)
How can technology enhance cognitive behavioral therapy: The case of pediatric obsessive compulsive disorder	Wolters L., de Beek V., Weidle B., Skokauskas N.	BMC Psychiatry (2017)
Improvement in anxiety and depression symptoms following cognitive behavior therapy for pediatric obsessive compulsive disorder	Rozenman M., Piacentini J., O'Neill J., Bergman R., Chang S., Peris T.	Psychiatry Research (2019)
Internet-based cognitive behavioral therapy in children and adolescents with obsessive compulsive disorder: a feasibility study	Hollmann K., Allgaier K., Hohnecker C., Lautenbacher H., Bizu V., Nickola M., Wewetzer G., Wewetzer C., Ivarsson T., Skokauskas N., Wolters L., Skarphedinsson G., Weidle B., de Haan E., Torp N., Compton S., Calvo R., Lera-Miguel S., Haigis A., Renner T., Conzelmann A.	Journal of Neural Transmission (2021)
Internet-Delivered, Family-Based Treatment for Early-Onset OCD: A Pilot Randomized Trial	Comer J., Furr J., Kerns C., Miguel E., Coxe S., Meredith Elkins R., Carpenter A., Cornacchio D., Cooper-Vince C.,	Journal of Consulting and Clinical Psychology (2017)

	DeSerisy M., Chou T., Sanchez A., Khanna M., Franklin M., Garcia A., Freeman J.	
Is it time to rethink standard dosage of exposure-based cognitive behavioral therapy for pediatric obsessive-compulsive disorder?	Torp N., Weidle B., Thomsen P., Skarphedinsson G., Aalberg M., Nissen J., Melin K., Dahl K., Valderhaug R., Ivarsson T.	Psychiatry Research (2019)
Optimising Exposure for Children and Adolescents with Anxiety, OCD and PTSD: A Systematic Review	Plaisted H., Waite P., Gordon K., Creswell C.	Clinical Child and Family Psychology Review (2021)
Predictors of treatment response to group cognitive behavioural therapy for pediatric obsessive-compulsive disorder	Lavell C., Farrell L., Waters A., Cadman J.	Psychiatry Research (2016)
Secondary outcomes from the pediatric obsessive compulsive disorder treatment study II	Conelea C., Selles R., Benito K., Walther M., Machan J., Garcia A., Sapyta J., Morris S., Franklin M., Freeman J.	Journal of Psychiatric Research (2017)
Stepped Care Internet-Delivered vs Face-to-Face Cognitive-Behavior Therapy for Pediatric Obsessive-Compulsive Disorder: A Trial Protocol for a Randomized Noninferiority Trial	Aspvall K., Andersson E., Lenhard F., Melin K., Norlin L., Wallin L., Silverberg-Mörse M., Feldman I., Bottai M., Mataix-Cols D., Serlachius E.	JAMA Network Open (2019)
Systematic Review and Meta-Analysis: Cognitive-Behavioral Therapy for	Uhre C., Uhre V., Lønfeldt N., Pretzmann L., Vangkilde S., Plessen K., Glud C., Jakobsen J., Pagsberg A.	Journal of the American Academy of Child

Obsessive-Compulsive Disorder in Children and Adolescents		and Adolescent Psychiatry (2020)
Therapist-Guided, Internet-Delivered Cognitive-Behavioral Therapy for Adolescents With Obsessive-Compulsive Disorder: A Randomized Controlled Trial	Lenhard F., Andersson E., Mataix-Cols D., Rück C., Vigerland S., Högström J., Hillborg M., Brander G., Ljungström M., Ljótsson B., Serlachius E.	Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry (2017)
Understanding Anxiety and Symptom Impact as Mediators Explaining Cognitive-Behavior Therapy and Pharmacotherapy Response in Childhood Obsessive-Compulsive Disorder	Kim S., McKay D., Goodman W., Small B., McNamara J., Murphy T., Storch E.	Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment (2020)

Anexo 3

Para la lectura crítica de los artículos seleccionados, he seguido la plantilla CASPe cuyos resultados han sido:

Artículo	Puntuación
A solid majority remit following evidence-based OCD treatments: a 3-year naturalistic outcome study in pediatric OCD	10/10
Acceptability, feasibility, and efficacy of Internet cognitive behavioral therapy (iCBT) for pediatric obsessive-compulsive disorder: A systematic review	8/10
Adaptive treatment strategies for children and adolescents with Obsessive-Compulsive Disorder: A sequential multiple assignment randomized trial	10/10
An Inhibitory Learning Approach to Cognitive-Behavioral Therapy for Children and Adolescents	8/10

Caudate volume differences among treatment responders, non-responders and controls in children with obsessive-compulsive disorder	9/10
Cognitive behavior therapy for internalizing disorders in children and adolescents in routine clinical care: A systematic review and meta-analysis	8/10
Cost-effectiveness of therapist-guided internet-delivered cognitive behaviour therapy for paediatric obsessive-compulsive disorder: Results from a randomised controlled trial	9/10
D-Cycloserine augmentation of cognitive behavior therapy for pediatric OCD: Predictors and moderators of outcome	10/10
Distinct trajectories of long-term symptom severity in pediatric obsessive-compulsive disorder during and after stepped-care treatment	10/10
Flexible Manualized Treatment for Pediatric Obsessive-Compulsive Disorder: A Case Study	8/10
Glutamate in pediatric obsessive-compulsive disorder and response to cognitive-behavioral therapy: Randomized clinical trial	10/10
Group family-based cognitive behavioral therapy for pediatric obsessive compulsive disorder: Global outcomes and predictors of improvement	10/10
How can technology enhance cognitive behavioral therapy: The case of pediatric obsessive compulsive disorder	9/10
Improvement in anxiety and depression symptoms following cognitive behavior therapy for pediatric obsessive compulsive disorder	10/10
Internet-based cognitive behavioral therapy in children and adolescents with obsessive compulsive disorder: a feasibility study	10/10
Internet-Delivered, Family-Based Treatment for Early-Onset OCD: A Pilot Randomized Trial	10/10
Is it time to rethink standard dosage of exposure-based cognitive behavioral therapy for pediatric obsessive-compulsive disorder?	8.5/10

Optimising Exposure for Children and Adolescents with Anxiety, OCD and PTSD: A Systematic Review	9/10
Predictors of treatment response to group cognitive behavioural therapy for pediatric obsessive-compulsive disorder	9/10
Secondary outcomes from the pediatric obsessive compulsive disorder treatment study II	10/10
Stepped Care Internet-Delivered vs Face-to-Face Cognitive-Behavior Therapy for Pediatric Obsessive-Compulsive Disorder: A Trial Protocol for a Randomized Noninferiority Trial	10/10
Systematic Review and Meta-Analysis: Cognitive-Behavioral Therapy for Obsessive-Compulsive Disorder in Children and Adolescents	8/10
Therapist-Guided, Internet-Delivered Cognitive-Behavioral Therapy for Adolescents With Obsessive-Compulsive Disorder: A Randomized Controlled Trial	10/10
Understanding Anxiety and Symptom Impact as Mediators Explaining Cognitive-Behavior Therapy and Pharmacotherapy Response in Childhood Obsessive-Compulsive Disorder	8/10

Por tanto, he decidido dar uso a la totalidad de dichos artículos porque de cada uno he podido extraer información interesante, relevante y necesaria para el desarrollo de mi trabajo.