

EFICACIA DEL ENTRENAMIENTO EN HABILIDADES DE ACTUACIÓN EN FAMILIAS DE NIÑOS CON TRASTORNO OBSESIVO COMPULSIVO.

EFFECTIVENESS OF A TRAINING PROGRAM REGARDING INTERVENTION SKILLS ON PARENTS OF CHILDREN DIAGNOSED OF OBSESSIVE-COMPULSIVE DISORDER.

Autor: Ana María Ruiz Galán

Centro de trabajo: Hospital de Día "Puerta de Madrid" Alcala de Henares

Fecha del trabajo: 28/09/06

Resumen:

Actualmente el TOC es considerado un trastorno psiquiátrico frecuente, que provoca una dependencia importante en los pacientes que lo sufren, ya que consume una gran cantidad de tiempo, lo que les supone una dificultad para realizar las actividades de la vida diaria. Igualmente la familia sufre un deterioro en sus relaciones, interfiriendo en sus vidas, a la vez que tiene un papel muy importante proporcionando un entorno adecuado, de calma, apoyo y contención. En este contexto nos planteamos la posibilidad de introducir a la familia en el tratamiento mediante un programa de entrenamiento en habilidades de actuación, dirigido por la enfermera especialista en salud mental.

Metodología: Estudio cuasi-experimental, controlado y aleatorizado, con análisis pre y post-intervención en padres con niños de entre 7 y 12 años diagnosticados de TOC según el DSM-IV. Los niños elegidos tanto del grupo control como experimental recibirán terapia cognitivo-conductual individual basada en Exposición/Prevención de Respuesta, combinada o no con psicofármacos. Los padres de los niños pertenecientes al grupo experimental participarán en un programa grupal de entrenamiento en habilidades de actuación. La eficacia de la intervención se valorará a través de la escala CY-BOCS, que determina la severidad de los síntomas del TOC, con 4 mediciones.

Palabras clave: Trastorno obsesivo-compulsivo, niños, intervención familiar, enfermera especialista en salud mental, terapia cognitivo-conductual.

Ana María Ruiz Galán

Abstract:

Nowadays, Obsessive-Compulsive Disorder (OCD) is considered a common psychiatric disorder associated to an important patients' dependency, being time consuming and furthermore, interfering the daily life activities. In addition, relatives are involved in the problem being affected the social and family dynamics. At the same time, since they are responsible for setting an appropriate calm familiar environment they play an important role. Within this scenario, a family training program focused on intervention skills and leaded by the mental health nurse could be of help in the treatment of children diagnosed of OCD.

Methodology: A quasi-experimental study with a randomized control group has been designed including parents of children between seven and twelve years old diagnosed of OCD according to DSM-IV criteria. Patients will undergo single cognitive behaviour therapy based on exhibition/prevention of replies, including or not pharmacologic treatment. Parents on the experimental group will take part in a training program on intervention skills. The training effectiveness will be measured regarding symptoms severity using the CY-BOCS scale.

Key Words: Obsessive-Compulsive Disorder (OCD); children; family intervention, health mental nurse, cognitive-conductive therapy.

JUSTIFICACIÓN Y ESTADO ACTUAL DEL TEMA

El Trastorno Obsesivo-Compulsivo (TOC) se caracteriza, según la definición por el DSM-IV y el CIE-10, por la recurrencia de pensamientos, impulsos o imágenes persistentes que se perciben como extraños y ajenos, y que causan una importante ansiedad y malestar. Estos pensamientos constituyen lo que se conoce como **obsesiones**, habitualmente asociadas a las **compulsiones**, definidas como comportamientos o actos mentales repetitivos, cuyo objetivo es la reducción de la ansiedad que causan las obsesiones, previniendo acontecimientos negativos, pero sin conexión con la situación a evitar (1,2). Junto a su difícil tratamiento y complejidad, el TOC es uno de los trastornos de ansiedad más graves (3). Las diferencias entre el TOC en niños y en adultos residen en que los segundos no observan que estos pensamientos carecen de razonamiento lógico, y que con frecuencia implican a otros familiares en sus compulsiones (4).

Las obsesiones y compulsiones provocan un malestar clínico significativo, representan una pérdida importante de tiempo (>1h/día) e interfieren marcadamente con la rutina diaria del paciente, para el cuál es muy difícil realizar sus tareas y juegos o mantener relaciones sociales. Por la mañana sienten la necesidad de seguir con exactitud y precisión sus rituales, empujados por la sensación de que, de lo contrario, el resto del día no continuará bien, produciendo presión e irritabilidad. Llegado el final del día se sienten exhaustos y, a pesar de ello, se acuestan tarde finalizando sus compulsiones, lo que provoca falta de sueño y una pobre alimentación en el paciente, así como dolores de cabeza, o úlceras de estómago, etc (1,5). La disfunción por este trastorno durante la infancia provoca una alteración en el desarrollo normal, impidiendo la consolidación de la identidad y personalidad futuras (6).

Las obsesiones más frecuentes en niños están relacionadas con el miedo a contaminarse (suciedad, microbios, toxinas), el daño a sí mismo o a otros (la posibilidad de contraer enfermedades o de morir ellos o algún familiar), la necesidad de simetría, orden, exactitud, miedo a equivocarse, culpabilidad, prohibiciones, necesidad de pedir consuelo. Las compulsiones más frecuentes son: limpieza, rituales de descontaminación (lavado excesivo), verificar, contar, repetir, ordenar, acumular cosas (5,7).

Se pensó que el TOC era un trastorno no muy común. Pero en diferentes estudios epidemiológicos se ha observado que su incidencia ha aumentado en los últimos diez años, situándose entre el 1 y el 4% en poblaciones pediátricas (8,9,10). Además se estima que aproximadamente un 80% de los casos de TOC en adultos tienen un inicio en la infancia (11,12). Un estudio llevado a cabo por el National Institute for Mental Health (NIMH) concluye que el TOC es entre 50 y 100 veces más frecuente de lo que se piensa, con una prevalencia de 2.5% en adultos; y un 2-3% en niños y adolescentes. En España la prevalencia en la población pediátrica se ha situado por debajo del 1%. Un metaanálisis realizado en USA en 2005 incluyendo las investigaciones de los últimos veinte años, ha identificado éste trastorno como una de las enfermedades psiquiátricas más frecuentes en niños y adolescentes (6). La incidencia podría ser todavía mayor, ya que el niño suele ocultar su problema por vergüenza, ser negado por los padres (7) o enmascarado por su asociación con otros trastornos. Por todo ello pueden transcurrir hasta 10 años hasta el diagnóstico del problema por un especialista (4).

Ana María Ruiz Galán

A pesar de que la causa del TOC es desconocida, se ha relacionado con una deficiencia de serotonina, factores genéticos más o menos influidos por actitudes aprendidas en la niñez, e incluso con una infección por estreptococo. En relación con el componente genético, se ha encontrado que entre un 20 y 25% de los pacientes tienen familiares cercanos con éste trastorno (4,7,13,14).

El diagnóstico se realiza a través de una evaluación psiquiátrica, mediante entrevista clínica, prestando especial atención a los antecedentes familiares de TOC. Es importante realizar un diagnóstico diferencial con otros trastornos de ansiedad como tics, tricotilomanía, trastorno por déficit de atención / hiperactividad, síndrome de Asperger, síndrome de stress postraumático, síndrome de Tourette o depresión mayor (16). Para descartar el origen orgánico del problema se solicita un TAC cerebral y un EEG. Para establecer la gravedad del cuadro, junto con la entrevista se utilizan tests como la Escala de Trastorno Obsesivo-Compulsivo Yale-Brown. La escala consta de una primera parte de 5 ítems, en la que se exploran las obsesiones, y una segunda parte, de 6 ítems, sobre las compulsiones. Cada ítem se evalúa de 0 a 4 puntos, siendo 0 la ausencia de síntomas y 4 los más graves, una puntuación mayor o igual a 20 separa el TOC de grado leve de aquel moderado-grave y la mayor puntuación es de 40 puntos. Fue validada al español en el 2004, en Chile. Suele ser conveniente que sea al niño y a los padres (28).

El primer paso para un adecuado tratamiento del TOC es la psicoeducación del paciente y la familia. Además, existen dos estrategias terapéuticas complementarias, la psicoterapia y los psicofármacos.

Los fármacos utilizados en el TOC pediátrico son los Inhibidores Selectivos de la Recaptación de Serotonina (ISRS), fundamentalmente fluoxetina, y, en menor medida por sus efectos secundarios en población pediátrica, la clomipramina. El efecto del tratamiento suele aparecer a las 8-12 semanas (3,7,16). A pesar de haberse demostrado una mejoría sintomatológica del 20-40% con el tratamiento farmacológico en los síntomas, en el 40-60% de los pacientes, la misma es limitada, pudiendo haber recaídas al interrumpir el tratamiento (12).

En lo referente a la psicoterapia, los abordajes psicoanalistas o psicodinámicos han conseguido mejorías mínimas y poco duraderas (3,7). En cambio, la terapia cognitivo-conductual basada en la exposición y prevención de respuesta (EPR), ha demostrado su eficacia (3,7,12,18), con resultados, a diferencia de los psicofármacos, duraderos tras la finalización del tratamiento, observados en estudios de seguimiento de hasta 3 años (3,7). Esta estrategia terapéutica se basa en

- **Exposición:** Enfrentar al paciente a situaciones de miedo o preocupación relacionadas con sus obsesiones. Se comienza en niveles mínimos de ansiedad, aumentando poco a poco.
- **Prevención de respuesta:** Evitar el comportamiento compulsivo con apoyo de un terapeuta. Se busca que el paciente evite los comportamientos compensatorios para disminuir la ansiedad.
- **Terapia cognitiva:** ayuda al paciente a identificar las obsesiones y compulsiones, disminuyendo la ansiedad y la necesidad de realizar los rituales (3,7).

El número de sesiones es aproximadamente de 15, con una duración de 1-2 horas por sesión. Un aumento no supone una mejoría significativa (3).

Ana María Ruiz Galán

Foa y Goldstein, en una de las primeras experiencias publicadas (19), utilizaron la EPR en 21 pacientes, obteniendo una mejoría del 57% en las obsesiones y del 86% en las compulsiones. Destacaron que según avanzaba el tratamiento disminuía la ansiedad y el paciente mejoraba su capacidad para evitar las compulsiones.

Aunque se ha demostrado su eficacia en el TOC, y siendo el tratamiento de primera elección, tiene ciertas limitaciones en el contexto de psicopatología asociada, limitaciones en el desarrollo del niño (retraso mental, niños muy pequeños), y exige un terapeuta experto.

En estudios recientes se ha observado una mejoría mayor en los síntomas del TOC con la combinación de ERP y fármacos (3,7,21). Sin embargo, hasta un 25% de los casos no respondieron a la combinación de ambos tratamientos, por lo que en diferentes investigaciones se propone además la inclusión de la familia en el tratamiento, lo cual podría eventualmente influir en una mejoría del trastorno a largo plazo (3,7,16,18,20). Estudios como el de Mehta et al han demostrado el beneficio que supone la familia en la mejoría de los síntomas, respecto a los pacientes tratados solos (23).

En los TOC infantiles, tanto los pacientes como la familia manifiestan un deterioro importante en sus relaciones, interfiriendo en sus vidas y relaciones personales y laborales, de forma más acusada que en otras enfermedades psiquiátricas como fobia social o pánico. Por ello, y para evitar el aumento de la ansiedad y otros síntomas del TOC es importante tratar el conflicto familiar (20,22). La familia juega un papel fundamental en la configuración de un entorno de calma, proporcionando un apoyo y contención que ayudará en la evolución del tratamiento (16), asimismo puede animar al niño a cumplir la terapia y el tratamiento (12).

Este trastorno implica que los familiares se sientan frustrados, confundidos, desconcertados e incluso enfadados por las actuaciones del niño, dado lo extraño que pueden resultar los rituales. Puede ocurrir también que no se dé importancia a los comportamientos, entendiéndolos como caprichos o relacionándolos con la edad (4).

Podemos observar dos actitudes diferentes en las personas que rodean a estos pacientes (20):

- **Familia antagónica:** No consiente que el paciente la involucre en sus rituales, es hostil, crítica, llevando a un empeoramiento de los síntomas del paciente, aumentando el nivel de tensión y, como consecuencia, el niño tiende a ocultar sus compulsiones.
- **Familia acomodada:** La familia forma parte de los rituales, es permisiva y sobreprotectora, favoreciendo el arraigo de las compulsiones. Calvocoressi observó que un 25% de los familiares participaba diariamente en los rituales, un 75% lo hacía mínimamente y un 40% se sentía culpable del trastorno de sus familiares (24,25).

En una misma familia se pueden dar los dos casos en diferentes miembros, pero igualmente ambas situaciones no son idóneas para una adecuada evolución del tratamiento.

Son varios los especialistas que consideran importante una adecuada psicoeducación sobre el trastorno y su tratamiento a los pacientes y su familia (15, 20, 22, 26). Diferentes estudios han intentado involucrar a la familia en el tratamiento del TOC, lo cual se ha acompañado de una mejoría de aquellos niños en los que los padres participaban en la terapia, como co-terapeutas o ayudando a evitar compulsiones o mostrando apoyo (7, 20, 27). Sin embargo los datos y resultados obtenidos no han sido determinantes ni excesivamente significativos, proponiendo nuevas investigaciones sobre la influencia beneficiosa de introducir a la familia en el tratamiento.

En este contexto, un programa de entrenamiento familiar en habilidades de actuación dirigido por la enfermera especialista en salud mental podría resultar de utilidad en la mejora de la eficacia de los actuales abordajes terapéuticos del TOC.

BIBLIOGRAFÍA

1. DSM - IV. "Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales" 4ª edición. Masson S.A. Barcelona. 1995.
2. CIE 10. Décima revisión de la Clasificación Internacional de Enfermedades de la Organización Mundial de la Salud. Trastornos mentales y del Comportamiento. Descripciones clínicas y pautas para el diagnóstico. Ginebra: Ed. Meditor,1992.
3. Vallejo Pareja MA. Tratamientos psicológicos eficaces para el trastorno obsesivo compulsivo. *Psicothermia*; 2001;13(3):419-427.
4. Asociación de Trastornos Obsesivos-Compulsivos. El Trastorno Obsesivo Compulsivo en el mundo infantil y juvenil. Guía práctica para padres. Barcelona: Asociación de Trastornos Obsesivos- Compulsivos; 2002.
5. Jay Fruenhling J. *Ocd In Children*. Milford. CT: OC Foundation; 1999.
6. Stewart SE, Geller DA, Jenicke M, Pauls D, Shaw D, Mullin B, Faraone SV. Long-term outcome of pediatric obsessive-compulsive disorder: a metanalysis and qualitative review of literature. *Evid Based Ment Health*. 2005;8(1):6.
7. Lewin AB, Storch EA, Adkins J, Murphy TK, Geffken GR. Current directions in pediatric obsessive-compulsive disorder. *Pediatr. Ann*. 2005; 34(2):128-34.
8. Douglass HM, Moffitt TE, Dar R, McGee R, Silva P. Obsessive-Compulsive disorder in a birth cohort of 18-year-olds: prevalence and predictors. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. 1995;34(11):1424-1431.
9. Zohar AH. The epidemiology of obsessive-compulsive disorder in children and adolescents. *Child Adolesc Psychiatr Clin N Am*. 1999;8(3):445-460.
10. Valleni-Basile L, Garrison C, Jackson K et al. Frequency of obsessive-compulsive disorder in a community sample of young child. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 1994;33:782-791.
11. Riddle M. Obsessive-compulsive disorder in children and adolescents. *Br J Psychiatry*. 1998;73(35):91-96.
12. Yagüe MP. Trastorno Obsesivo Compulsivo: Década del cerebro. URL disponible en: www.paginaschile.cl/obsesivocompulsivo.htm. (Consultado 13-5-06)
13. Galindo A. Trastorno Obsesivo Compulsivo. En: Macias JA. Diagnóstico y tratamiento de los trastornos de ansiedad en Atención Primaria. Valladolid; 1999. URL disponible en: www.faes.es/cursos/cursoansiedadAP/index.html. (Consultado 13-5-06)
14. Anxiety disorders association of British Columbia. Obsessive compulsive disorder: causes, complications and cures. Vancouver. URL disponible en: www.anxietybc.com. (Consultado 14-5-06)
15. Gastó C. Trastorno Obsesivo Compulsivo. En: Vallejo J. *Psiquiatría: Esquemas de diagnóstico y tratamiento*. Barcelona 2000: Jims S.A./ Ciba; 50-60.

Ana María Ruiz Galán

16. Douglas Tynan W. Anxiety disorder: Obsessive Compulsive Disorder. eMedicine Specialties, Pediatrics, Developmental & Behavioral. 2005. URL disponible en www.emedicine.com/ped/topic2794.htm. (Consultado 13-5-06)
17. American Academy of Child and Adolescent Psychiatry: Practice parameters for the assessment and treatment of children and adolescents with obsessive-compulsive disorder. J Am Acad Child Adolesc Psychiatry. 1998; 37 (suppl):27S-45S.
18. Abramowitz J, Whiteside S, Deacon B. The Effectiveness of Treatment for Pediatric Obsessive-Compulsive Disorder: A Meta-Analysis. Behavior Therapy. 2005; 36:55-63.
19. Foa EB, Goldstein A. Continuous exposure and complete response prevention in the treatment of obsessive-compulsive neurosis. Behavior Therapy. 1978; 9:821-829.
20. Renshaw KD, Steketee G, Chambless DL. Involving family members in the treatment of OCD. Cogn Behav Ther. 2005;34(3):164-175.
21. The Pediatric Obsessive-Compulsive Disorder Treatment Study (POTS) Team. Cognitive-behavioral therapy, sertraline, and their combination for children and adolescents with obsessive-compulsive disorder: The Pediatric Obsessive-Compulsive Disorder Treatment Study (POTS) Randomized Controlled Trial. JAMA. 2004;292(16):1969-1976.
22. March J, Frances A, Khan D et al. Expert consensus guidelines: treatment of obsessive-compulsive disorder. J Clin Psychiatry. 1997a;58:1.
23. Mehta M. A comparative study of family-based and patients-based behavioural management in obsessive-compulsive disorder. British Journal of Psychiatry. 1990;157:133-135.
24. Calvocoressi L, Lewis B, Harris M, Trufan S, Goodman W, Mc-Dougale, C, Proce L. Family accommodations in obsessive-compulsive disorder. American Journal of Psychiatry. 1990;152: 441-443.
25. Steketee G, Van Noppen B. Family approaches to treatment for obsessive compulsive disorder. Rev Bras Psiquiatr 2003;25(1):43-50.
26. Zinder LA, Swedo SE. Pediatric obsessive compulsive disorder. JAMA. 2000;284(24):3104-3106.
27. Barret P, Helay-Farrel L, March JS. Cognitive behavioral family treatment of childhood obsessive-compulsive disorder: a controlled trial. J Am Acad Child Adolesc Psychiatry. 2004;43 (81):46-62.
28. Ulloa RE, de la Peña F, Higuera F, Palacios L, Nicolini H, Avila JM. Estudio de validez y confiabilidad de la versión en español de la escala Yale-Brown del trastorno obsesivo-compulsivo para niños y adolescentes. Actas Esp Psiquiatr. 2004 Jul-Aug;32(4):216-21.

OBJETIVOS

Conocer la eficacia de un programa de entrenamiento en habilidades de actuación gestionado por la enfermera especialista de salud mental y dirigido a familiares de niños de entre 7 y 12 años diagnosticados de Trastorno Obsesivo Compulsivo.

HIPÓTESIS

Un programa de entrenamiento en habilidades de actuación dirigido a familiares de niños de entre 7 y 12 años diagnosticados de Trastorno Obsesivo Compulsivo mejorará al menos un 10% la severidad de los síntomas en relación al grupo control, según la versión española de la escala Yale-Brown para TOC en niños (CY-BOCS).

METODOLOGÍA

DISEÑO: Estudio caso - control, controlado y aleatorizado, con análisis pre y post-intervención.

ÁMBITO DE ESTUDIO: El estudio se realizará en los centros de salud mental que se encuentran en un área determinada de la Comunidad de Madrid.

POBLACIÓN: Unidades familiares formadas por niños de entre 7 y 12 años diagnosticados, en los 6 meses previos al inicio del estudio, de trastorno obsesivo compulsivo según los criterios del DSM-IV (1). Intervendrá en el estudio uno de los padres o tutores del niño, se considera beneficioso la participación de ambos padres, pero debido al trabajo y otros deberes podrían producirse ausencias.

Asimismo será responsabilidad de los padres firmar el consentimiento informado para la participación de ellos y sus hijos en el estudio.

- CRITERIOS DE INCLUSIÓN:

- Padres de niños de entre 7 y 12 años de edad, diagnosticados de trastorno obsesivo compulsivo según los criterios del DSM-IV, en los seis meses previos al estudio.
- Padres cuyos hijos deben estar recibiendo tratamiento en condiciones habituales de acuerdo a una orientación cognitivo-conductual basada en Exposición/Prevención de Respuesta, la cual será combinada o no con psicofármacos a juicio del terapeuta responsable.

- CRITERIOS DE EXCLUSIÓN:

- Padres que, a pesar de cumplir los anteriores criterios, sus hijos estén en alguna de las siguientes situaciones
 - Participación en otros estudios de investigación.
 - Co-diagnosticados de
 - Síndrome de Tourette
 - Trastorno por déficit de atención o hiperactividad
 - Depresión mayor
 - Trastorno bipolar
 - Trastorno antisocial
 - Trastorno psicótico
 - Trastorno de la conducta alimentaria
 - Retraso mental o alteración orgánica grave
 - Estado de crisis aguda o requieran hospitalización.
 - Niños bajo la guardia y custodia de la Comunidad de Madrid.

MUESTRA: Para realizar la estimación muestral nos basaremos en investigaciones anteriores en las que introducían a la familia en el tratamiento de niños con TOC. Incluyendo en el estudio una muestra de 50 niños y 50 padres, un padre o tutor por cada niño, dividiéndose en 25 en cada grupo experimental y control.

Ana María Ruiz Galán

VARIABLES:

- *INDEPENDIENTES:*

- Programa de entrenamiento en habilidades de actuación.

- *DEPENDIENTES:*

- Severidad de los síntomas del TOC, medida con la escala CY-BOCS [ANEXO:1].

- *DEFINITORIAS DE LA POBLACIÓN:*

NIÑO:

- Datos filiación: nombre y apellidos, número de historia, teléfono de contacto.
- Edad del paciente.
- Curso escolar Real/ Ideal.
- Fecha de diagnóstico.
- Tratamiento farmacológico (SI/ NO) (CUAL)
- Antecedentes psiquiátricos familiares del niño:
 - TOC: SI/ NO
 - TRASTORNOS ANSIEDAD: SI/ NO.

PADRES/ TUTORES:

- Padre/ tutor implicado en la investigación.
- Datos filiación de los padres: nombre y apellidos.
- Edad de los padres.
- Padres divorciados o separados (SI/ NO).
- Integración laboral de los padres (SI/ NO).
- Nivel de estudios de los padres (SIN ESTUDIOS/ BÁSICOS/ MEDIOS/ SUPERIORES).

[ANEXO: 2]

TRABAJO DE CAMPO: El reclutamiento de los pacientes se realizará tras una revisión de las diferentes historias infantiles de los centros de salud, delimitando según los criterios de inclusión y exclusión. Posteriormente consultaremos con sus terapeutas sobre la selección, para valorar si es adecuada la inclusión de dichos pacientes en el estudio.

La información sobre la investigación y la recogida de consentimiento informado tendrá lugar coincidiendo con la consulta habitual con su terapeuta, en la que estará presente la enfermera especialista en salud mental. Si precisa se concertará una entrevista, en la que estarán presentes terapeuta y enfermera.

Una vez firmado el consentimiento informado se asignará al paciente mediante un listado de números aleatorios al grupo experimental o control.

A continuación se recogerá la información correspondiente a las variables de estudio (Anexo: 2).

Ana María Ruiz Galán

INTERVENCIÓN: Los niños de los padres tanto del grupo experimental como control seguirán tratamiento de acuerdo al protocolo terapéutico habitual y bajo el criterio del terapeuta responsable.

En el grupo control los padres en los últimos 10 minutos de la sesión de psicoterapia revisarán junto con el terapeuta el comportamiento del niño en casa y recibirán información exclusivamente sobre la evolución de sus hijos.

Los padres del grupo experimental participarán, adicionalmente, en un programa de entrenamiento en habilidades de actuación dirigido por la enfermera especialista en salud mental (Anexo 3) . Para ello acudirán al CSM una vez en semana, participando en sesiones de metodología grupal, que tendrán una duración de 60 minutos. Y serán un total de 16 sesiones. Cada grupo estará formado por 12 a 13 padres.

Cada sesión estará dividida en tres partes:

- La *primera* se realizará una revisión de la semana, evolución del niño y comportamiento de la familia.
- La *segunda* se aportará información que se facilitará por escrito (aumento de conocimientos sobre el TOC), formación (estrategias para afrontar dificultades del niño y problemas familiares debido al trastorno) y cambio de actitudes (comportamientos y actuaciones adecuadas frente al TOC).
- La *tercera* se basará en experiencias vividas por el grupo y aportará apoyo emocional.

Lo ideal sería incluir a la madre y al padre, pero debido al trabajo y otros compromisos esto es difícil, al menos un padre deberá acudir. Siempre destacando la importancia de que los contenidos de cada sesión se han hablado con la pareja que no pueden acudir, y reforzando la necesidad de utilizar en la vida diaria las estrategias aprendidas.

Será la enfermera especialista en salud mental quien dirigirá las sesiones, siendo importante que no desempeñe un papel demasiado activo en la segunda y tercera parte de cada sesión, sino que fomente la actividad de los participantes y su capacidad para la búsqueda de soluciones.

MEDICIÓN DEL EFECTO: Se realizará una primera medición de la severidad de los síntomas durante la consulta de recogida de datos.

La segunda medición tendrá lugar al finalizar la intervención, tanto en el grupo control, como en el grupo experimental. Una vez transcurridos 3 y 6 meses del fin del tratamiento se procederá a una tercera y cuarta medición, en ambos grupos.

La medición se realizará a través de la Escala para niños Yale-Brown (CY-BOCS) validada en español por Ulloa, RE et al, en el año 2004 en Chile (28), se aplicará al paciente y a sus padres, recomendando que la realicen por separado. Se entregarán las escalas, junto a las instrucciones y sobres con franqueo de destino, para la tercera y cuarta medición.

ANÁLISIS DE DATOS: Se excluirán del análisis los sujetos del grupo experimental cuyos padres falten a más del 20% de las sesiones. Igualmente no se analizarán los pacientes que no asistan a un mínimo de 16 sesiones de las 20 sesiones de psicoterapia cognitivo-conductual en ambos grupos.

Ana María Ruiz Galán

Se realizará una comparación de medias de las puntuaciones obtenidas en los dos grupos, en cada uno de los momentos de medición. Asumiremos un riesgo de error alfa del 5% para fijar la significación estadística.

Con el fin de comparar la homogeneidad de ambos grupos respecto al resto de variables intervinientes, se hará una comparación de medias para las variables cuantitativas y en el caso de las variables cualitativas se utilizará el test Chi- cuadrado, previo a la intervención.

Finalmente analizaremos la falta de adherencia al tratamiento valorando el porcentaje de pacientes excluidos en el análisis, por no acudir al 20% de las sesiones.

PLAN DE TRABAJO:

2 meses

- Definición y revisión de la intervención psicoeducativa y habilidades de actuación.

18 meses

- Reclutamiento de pacientes, intervención y evaluación.

2 meses

- Tabulación y análisis de datos.

4 meses

- Redacción del informe y comunicación de los resultados.

LIMITACIONES DEL ESTUDIO:

Vendrán determinadas por:

1. Número de pacientes que cumplan los criterios de inclusión y exclusión insuficientes.
2. Falta de adherencia al tratamiento, que los padres sólo falten a un máximo de dos sesiones.
3. Intercambio de información entre el grupo control y el grupo experimental.
4. No seguimiento de las intervenciones en casa, falta de práctica en la vida diaria.

UTILIDAD PRÁCTICA:

Si demostramos nuestra hipótesis, observando la eficacia de la intervención, podríamos mejorar la calidad de vida de los niños que sufren este trastorno e igualmente de sus familiares. Favoreceremos la convivencia entre los familiares y los niños con TOC, consiguiendo una disminución de la severidad de los síntomas.

Ana María Ruiz Galán

ÉTICA:

Es importante, al ser menores de edad, que los padres firmen el consentimiento informado, para autorizar la participación del niño en el estudio. Explicaremos a los padres que se mantendrá una absoluta confidencialidad de los datos de los niños.

La no intervención, no causa ningún perjuicio en los pacientes que pertenecen al grupo control, al igual que la intervención en los niños que forman parte del grupo experimental. En un futuro si se corrobora la hipótesis, realizaríamos la intervención en los niños que pertenecen al grupo control, y en los niños que pudieran favorecerse y fueron excluidos.

RECURSOS:

Disponibles:

- Espacios físicos: despachos para consultas y sala para grupos.

Solicitados:

- Ordenador y software informático	2200€
- Impresora	200€
- Material divulgativo	300€
- Varios	300€
- <u>TOTAL</u>	<u>3000€</u>

Equipo investigador:

- Dos enfermeras especialistas en salud mental: una realizará la intervención y otra recogerá y analizará los datos.
- Colaboradores en CSM: terapeutas.

Ana María Ruiz Galán

ANEXO 1:

ESCALA DE YALE-BROWN PARA EL TOC EN NIÑOS

1	Tiempo ocupado por la obsesión	Ninguno	Poco*	Moderado**	Mucho†	Muchísimo#	<input type="text"/>
2	Compromiso con la obsesión	Ausente	Leve	Moderado	Grave	Gravisimo	<input type="text"/>
3	Trastorno causado por la obsesión	Ausente	Leve	Moderado	Grave	Gravisimo	<input type="text"/>
4	Resistencia a la obsesión	Se esfuerza por resistir o síntomas leves	Trata de resistir la mayoría de las veces	Hace algún esfuerzo por resistir	Cede con repugnancia a todas las obsesiones	Cede con gusto a todas las obsesiones	<input type="text"/>
5	Control de la obsesión	Total	Suficiente	Moderado	Mínimo	Ausente	<input type="text"/>
Puntuación subtotal (temas 1-5)							<input type="text"/>
6	Tiempo dedicado a la compulsión	Ninguno	Poco*	Moderado**	Mucho†	Muchísimo#	<input type="text"/>
7	Compromiso con la compulsión	Ausente	Leve	Moderado	Grave	Gravisimo	<input type="text"/>
8	Trastorno causado por la compulsión	Ausente	Leve	Moderado	Grave	Gravisimo	<input type="text"/>
9	Resistencia a la compulsión	Se esfuerza por resistir o síntomas leves	Trata de resistir la mayoría de las veces	Hace algún esfuerzo por resistir	Cede con repugnancia a todas las compulsiones	Cede con gusto a todas las compulsiones	<input type="text"/>
10	Control de la compulsión	Total	Elevado	Moderado	Escaso	Nulo	<input type="text"/>
Puntuación subtotal (temas 6-10)							<input type="text"/>
PUNTAJACION TOTAL (TEMAS 1-10)							<input type="text"/>

0-7 Subclínica 8-15 Leve 16-23 Moderado 24-31 Severo 32-40 Grave

Ana María Ruiz Galán

ANEXO 2:

Recogida de datos

Nombre y apellidos del niño:

Nº de historia:

Edad:

Curso escolar: REAL:

IDEAL:

Sexo: H [] M []

Fecha de diagnóstico:

Tratamiento farmacológico: SI [] CUAL:

NO []

Padre/ tutor implicado en la investigación:

Nombre y apellidos de la madre:

Edad de la madre:

Nombre y apellidos del padre:

Edad del padre:

Padres divorciados o separados:

SI [] NO []

Integración laboral de los padres:

SI [] NO []

Nivel de estudios de los padres:

SIN ESTUDIOS [] BÁSICOS []
MEDIOS [] SUPERIORES []

Antecedentes familiares:

- TOC: SI [] NO []
- TRASTORNO DE ANSIEDAD: SI [] NO []

Puntuación en la escala CY-BOCS:

- 1ª Consulta: []
- Fin intervención: []
- A los 3 meses: []
- A los 6 meses: []

ANEXO 3:

SESIÓN 1:	<ul style="list-style-type: none">- Presentación intervención: objetivos, horario, descripción.- Presentación de participantes, expectativas.- Conocimientos sobre el trastorno de los participantes.
SESIÓN 2 y 3:	<ul style="list-style-type: none">- Psicoeducación.
SESIÓN 4:	<ul style="list-style-type: none">- Temores y emociones.
SESIÓN 5:	<ul style="list-style-type: none">- Ansiedad y manejo de la propia ansiedad.
SESIÓN 6:	<ul style="list-style-type: none">- Ansiedad familiar y manejo de la ansiedad de otros miembros de la familia.
SESIÓN 7:	<ul style="list-style-type: none">- Impacto del TOC en la familia.
SESIÓN 8:	<ul style="list-style-type: none">- Respuesta racional ante el TOC.- Acomodación e implicación.- Comportamiento antagónico.
SESIÓN 9:	<ul style="list-style-type: none">- Orientaciones de comportamiento.
SESIÓN 10 y 11:	<ul style="list-style-type: none">- Estrategias para reducir la implicación.- Entrenamiento.
SESIÓN 12 y 13:	<ul style="list-style-type: none">- Estrategias para comportamiento antagónico.- Entrenamiento.
SESIÓN 14 y 15:	<ul style="list-style-type: none">- Destrezas para solucionar problemas familiares.- Manejo de dificultades.
SESIÓN 16:	<ul style="list-style-type: none">- Soporte familiar.- Despedida.