



Artículo Traducido

## **Beneficios de la terapia cognitiva-conductual para niños y jóvenes con trastorno obsesivo-convulsivo: reexaminando la evidencia**

Autora de la traducción: Pilar Aizpurua Galdeano. ABS 7 La Salut Badalona (España).

Correo electrónico: 19353pag@comb.es

Los autores del artículo original no se hacen responsables de los posibles errores que hayan podido cometerse en la traducción del mismo

Evid Pediatr. 2008; 4: 89      doi: vol4/2008\_numero\_4/2008\_vol4\_numero4.22.htm

### Cómo citar este artículo

Aizpurua Galdeano P. Beneficios de la terapia cognitiva-conductual para niños y jóvenes con trastorno obsesivo-convulsivo: reexaminando la evidencia. Evid Pediatr. 2008; 4: 89. Traducción autorizada de: O'Kearney R. Benefits of cognitive-behavioural therapy for children and youth with obsessive-compulsive disorder: re-examination of the evidence. Aust N Z J Psychiatry. 2007;41:199-212. University of York. Centre of Reviews and Dissemination (CRD). Database of Abstracts of Review of Effects (DARE) [fecha de consulta: 10-07-2008]. Disponible en: <http://www.crd.york.ac.uk/CRDWeb/ShowRecord.asp?View=Full&ID=12007001791>

Para recibir Evidencias en Pediatría en su correo electrónico debe darse de alta en nuestro boletín por medio del ETOC en <http://www.aepap.org/EvidPediatr/etoc.htm>

Este artículo está disponible en: [http://www.aepap.org/EvidPediatr/numeros/vol4/2008\\_numero\\_4/2008\\_vol4\\_numero4.22.htm](http://www.aepap.org/EvidPediatr/numeros/vol4/2008_numero_4/2008_vol4_numero4.22.htm)  
EVIDENCIAS EN PEDIATRÍA es la revista oficial del Grupo de Pediatría Basada en la Evidencia de la Asociación Española de Pediatría de Atención Primaria. © 2005-08. Todos los derechos reservados. ISSN : 1885-7388

## **Beneficios de la terapia cognitiva-conductual para niños y jóvenes con trastorno obsesivo-convulsivo: reexaminando la evidencia**

Autora de la traducción: Pilar Aizpurua Galdeano. ABS 7 La Salut Badalona (España).

Correo electrónico: 19353pag@comb.es

Los autores del artículo original no se hacen responsables de los posibles errores que hayan podido cometerse en la traducción del mismo

### **PROCEDENCIA**

University of York. Centre for Reviews and Dissemination (CRD). Database of Abstracts of Reviews of Effects (DARE). Copyright 2006. University of York. Traducción autorizada.

**Autor de la revisión sistemática:** O'Kearney R. URL del original en inglés disponible en: <http://www.informaworld.com/smpp/content~db=all?content=10.1080/00048670601172707>

**Autores del resumen estructurado:** revisores del CRD. URL del artículo original en inglés disponible en: <http://www.crd.york.ac.uk/crdweb/ShowRecord.asp?View=Full&ID=12007001791>

### **Artículo traducido**

#### **Título:**

Beneficios de la terapia cognitiva-conductual para niños y jóvenes con trastorno obsesivo-convulsivo: reexaminando la evidencia.

#### **Autor:**

O'Kearney R.

#### **Origen:**

Australian and New Zealand Journal of Psychiatry

#### **Año de publicación:**

2007

#### **Volumen:**

41(3)

#### **Páginas:**

199-212

### **Resumen del CRD**

Esta revisión sobre la eficacia de la terapia cognitiva-conductual (TCC) para el trastorno obsesivo-compulsivo (TOC) en niños y adolescentes concluyó que la TCC produce resultados prometedores sobre todo cuando se combina con el tratamiento farmacológico, aunque se necesitan nuevos estudios que aclaren sus beneficios. La conclusión del autor parece apropiada debido al pequeño número de casos de estudios de alta calidad.

#### **Tipo de documento**

Este informe es un resumen estructurado escrito por los revisores del CRD. El artículo original reúne una serie de criterios de calidad. Desde septiembre de 1996 los resúmenes son enviados a los autores para sus comentarios. La información adicional importante se añade al documento. Se anota como: (A:...)

### **Objetivos de los autores:**

Determinar la eficacia de la terapia cognitiva-conductual (TCC) para el trastorno obsesivo-compulsivo (TOC) en niños y adolescentes.

### **Intervenciones específicas incluidas en la revisión:**

Se consideraron elegibles para la revisión estudios sobre las principales técnicas de TCC (exposición con prevención de respuesta, psicoeducación, entrenamiento cognitivo, entrenamiento para el manejo de la ansiedad y participación de padres o familiares) solas o en combinación con otras técnicas de TCC o medicación, independientemente del tipo de tratamiento de comparación. Los estudios incluidos comparaban las TCC habituales (solas o en combinación) con fármacos, placebo o lista de espera. Los estudios proporcionaban intervenciones de TCC (entre siete y 20 sesiones) de una a dos horas de duración.

### **Participantes incluidos en la revisión:**

Se consideraron elegibles para la revisión estudios de niños o adolescentes (18 años o menores) diagnosticados de TOC mediante valoración clínica o entrevista de diagnóstico estandarizada. La edad de los pacientes osciló entre 5-18 años.

### **Resultados valorados en la revisión:**

En los estudios comparativos, el resultado principal fue la comparación de la gravedad de los síntomas del TOC postratamiento entre los dos grupos; en los estudios de grupo único se compararon la gravedad de los síntomas del TOC basal y postratamiento. Otros resultados fueron: frecuencia y duración de las obsesiones y compulsiones, así como el grado de sufrimiento en relación con ellas (medidos por un médico o por el propio paciente). Se utilizaron mediciones estandarizadas para determinar si el paciente había mejorado o no, o si el diagnóstico había remitido o no.

### **Diseño de los estudios incluidos en la revisión:**

Se consideraron elegibles los ensayos clínicos aleatorizados (ECA), quasi-ECA o ensayos "abiertos" de grupo único. Se excluyeron los estudios de casos pero se incluyeron las series de casos que proporcionaban estimaciones del efecto pre-postratamiento de grupo.

### **¿En que fuentes se realizó la búsqueda para identificar los estudios primarios?**

Se realizó una búsqueda en MEDLINE, PsycINFO, EMBASE y Cochrane Depression, Anxiety and Neurosis Group's Controlled Trials Register y se informó de los términos de búsqueda. También se buscó en revistas y suplementos de conferencias relacionadas con el tratamiento conductual del TOC y se revisaron las referencias bibliográficas de los

artículos relevantes.

### **Análisis de la validez:**

Dos revisores valoraron de forma independiente la validez de los estudios primarios. Tuvieron en cuenta la aleatorización, el ocultamiento de la asignación, el cegamiento, las pérdidas y el uso del análisis por intención de tratar. Cualquier desacuerdo se resolvió mediante debate.

### **¿Como se tomaron las decisiones sobre la pertinencia de los estudios primarios?**

El autor no informa sobre cómo se seleccionaron los artículos para la revisión o cuántos revisores realizaron dicha selección.

### **¿Cómo se obtuvieron los datos de los estudios primarios?**

El autor no informa sobre cómo se obtuvieron los datos para la revisión o cuántos revisores obtuvieron dichos datos.

### **Número de estudios incluidos en la revisión:**

Se incluyeron diecinueve estudios en la revisión: cinco estudios comparativos (n=262) y 14 estudios de grupo único (n=300).

### **¿Como se agruparon los estudios?**

Los estudios se combinaron mediante un metanálisis de efectos fijos. Se calcularon los tamaños del efecto combinados y sus correspondientes intervalos de confianza (IC) del 95% como diferencias de medias estandarizadas o, cuando se usó la misma medida en los estudios, la diferencia de medias ponderada (DMP). Los estudios fueron ponderados por su precisión en la estimación del efecto. En los estudios de grupo único el tamaño del efecto se estimó ajustando por el tamaño de la muestra. Se calcularon riesgos relativos (RR) para los resultados dicotómicos en los estudios con comparación postratamiento y riesgos absolutos en los estudios de grupo único. Cuando el metanálisis no fue posible, los resultados se dieron a conocer de forma narrativa. Los estudios se agruparon por tipo de estudio y tipo de comparación.

### **¿Como se investigaron las diferencias entre los estudios?**

La heterogeneidad estadística se evaluó mediante la prueba de  $I^2$ .

### **Resultados de la revisión:**

Se consideró que uno de los estudios tenía un riesgo bajo de presentar sesgos, cinco estudios tenían un riesgo bajo-moderado, diez estudios tenían un riesgo moderado y tres estudios un riesgo alto. En los estudios controlados, el tamaño del efecto de gravedad del TOC osciló entre 0,79 y 2,73. Las estimaciones no se combinaron debido a la existencia de una heterogeneidad estadística importante ( $I^2$  89,3%). En los estudios de grupo único la media del tamaño del efecto osciló entre 0,78 y 4,38. El riesgo bajo de sesgo se asoció con tamaños del efecto ajustados

menores; solo un estudio (20%) de las categorías de sesgo bajo o bajo-moderado obtuvo un tamaño del efecto ajustado mayor de uno, mientras que 11 estudios (92%) de las categorías de riesgo moderado o moderado-alto obtuvieron un tamaño del efecto alrededor del uno, y siete de ellos (58%), lo tuvieron mayor de dos. Tres estudios controlados evaluaron la TCC sola frente a tratamiento farmacológico. Basándose en dos estudios (TCC frente a clomipramina y TCC frente a sertralina) no se encontraron diferencias entre los grupos de tratamiento en la gravedad de los síntomas de TOC (DMP -3.87, IC 95% -8,15 a 0,41). Basándose en dos estudios no se encontraron diferencias entre los grupos en la proporción de participantes que continuaron presentando TOC en el periodo de seguimiento postratamiento (RR 0,75, IC 95% 0,54 a 1,05). Basándose en dos estudios controlados, el tratamiento combinado obtuvo mejores resultados que el tratamiento únicamente farmacológico (DMP -4,55, IC95% -7,40 a -1,70). Un estudio encontró que la TCC en combinación con tratamiento farmacológico se relacionaba con menos probabilidad de presentar TOC en el periodo de seguimiento postratamiento que el tratamiento farmacológico sólo (RR 0,59, IC95% 0,38 a 0,92) y placebo (RR 0,48, IC95% 0,32 a 0,72), pero no se encontró diferencia significativa al compararlo con la TCC sola (RR 0,76, IC95% 0,47 a 1,26).

### **¿Se informó de los costes? No**

**Conclusiones de los autores:** la TCC es un tratamiento prometedor para el TOC pediátrico. Debería considerarse un tratamiento de primera línea para el TOC, equivalente al tratamiento farmacológico, que podría mejorar los resultados del tratamiento farmacológico al combinarse con él. Sin embargo, se necesitan nuevos estudios que aclaren los beneficios de la TCC.

### **Comentarios del CRD**

La pregunta de la revisión fue clara y se complementó con unos criterios de inclusión y exclusión detallados. La búsqueda incluyó bases de datos electrónicas adecuadas y no hubo restricción de idioma. El autor no explicó qué medidas se tomaron para minimizar el sesgo de revisión y los posibles errores en relación con la selección de estudios y obtención de datos. Se utilizó un índice de calidad global para valorar la validez y se presentaron los resultados resumidos. Se utilizaron métodos estadísticos habituales para combinar los datos y se exploraron las fuentes potenciales de heterogeneidad. Dado el escaso número de datos procedentes de estudios de alta calidad parece apropiada la conclusión del autor, según el cual, aunque los resultados son prometedores, se necesitan más estudios para clarificar los beneficios de la TCC.

### **¿Cuales son las consecuencias de la revisión?**

Para la práctica clínica: el autor sugiere que la TCC debería ser considerada como un tratamiento de primera línea equivalente a los fármacos anti-TOC.

Para futuras investigaciones: El autor afirma que se necesitan nuevos estudios bien diseñados para aclarar los

beneficios de la TCC para el TOC pediátrico que estudien resultados clínicos diversos, incluyendo medidas de funcionamiento vital. Mientras tanto el autor sugiere que debe investigarse más sobre cómo hacer que la TCC se convierta en una opción terapéutica más accesible.

**Referencia bibliográfica:**

O'Kearney R. Benefits of cognitive-behavioural therapy for children and youth with obsessive-compulsive disorder: re-examination of the evidence. Australian and New Zealand Journal of Psychiatry 2007; 41 (3): 199-212.

**Enlace de registro de Pubmed:**

17464701

**Otras publicaciones relacionadas de interés:**

O'Kearney RT, Anstey KJ, von Sanden C. Behavioural and cognitive behavioural therapy for obsessive compulsive disorder in children and adolescents. Cochrane Database of Systematic Reviews 2006, Issue 4. Art. No.: CD004856. DOI: 10.1002/14651858.CD004856.pub2.

**Índice de descriptores:** Asignación por la NLM Descriptores: Adolescent; Anti-Anxiety-Agents/tu [therapeutic-use]; Child; Clomipramine/tu [therapeutic-use]; Cognitive-Therapy; Combined-Modality-Therapy; Fluvoxamine/tu [therapeutic-use]; Follow-Up-Studies; Obsessive-Compulsive-Disorder/di [diagnosis]; Obsessive-Compulsive-Disorder/px [psychology]; Obsessive-Compulsive-Disorder/th [therapy]; Randomized-Controlled-Trials-as-Topic; Sertraline/tu [therapeutic-use]; Treatment-Outcome

**Número del registro de entrada:** 12007001791

**Fecha de inclusión en la base de datos:** 9 de agosto de 2008

**Vínculo para acceder a la referencia de la revisión en Pubmed:** 17464701