



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE
MÉXICO



FACULTAD DE ODONTOLOGÍA

MANEJO CONDUCTUAL DEL PACIENTE
PEDIÁTRICO CON TRASTORNO OBSESIVO
COMPULSIVO.

T E S I N A

QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE

C I R U J A N A D E N T I S T A

P R E S E N T A:

MELISSA YRAÍZ FUENTES LABASTIDA

TUTORA: ESP. GRACIELA ABE KASHIMA



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

DEDICATORIA

*A MIS PADRES Y A LA MEJOR
ABU DEL MUNDO...*

Agradecimientos

A mis padres y hermano

Por su paciencia, consejos, por todo el apoyo y el amor que me han brindado, por estar cada momento a mi lado, darme la fuerza para levantarme y seguir adelante en los momentos difíciles y por ser la mejor familia que pude haber tenido.

A Roberto Cortezano

Por tu amor, apoyo, comprensión, respeto y sobre todo por ser parte de mi vida y por llegar en el momento preciso. Gracias por hacer mágico cada instante.

Doctora Graciela Abe

Por su apoyo, confianza y cariño, por ser una guía en mi formación profesional y haberme ayudado a lograr uno de mis sueños.

Es una magnífica persona y siempre permanecerá en mi corazón.

Seminario de titulación

Dr. Ángel Kameta y todos los profesores que integran el seminario de titulación, por permitirme formar parte de él, por compartir sus conocimientos y haber hecho inolvidable esta etapa de mi vida.

Profesores de la Facultad de Odontología

Dra. Lila Domínguez, Daniel Quezada y a todos los doctores que ayudaron a forjar mi enseñanza día a día con paciencia y dedicación.

Amigos

*Por caminar a mi lado y sostenerme en cada uno de mis pasos, por cada momento compartido, cada risa, cada lágrima, cada consejo, cada historia... Simplemente por entenderme y creer en mí.
Sé que siempre estarán ahí.*

*A todas y cada una de las personas que han estado en mi
vida y han ido dejando una huella.*

Gracias por hacer de este sueño una realidad

Los momentos perfectos no existen, se hacen...

Melissa

ÍNDICE

INTRODUCCIÓN

1. DEFINICIONES	2
1.1 Trastorno obsesivo compulsivo	2
1.2 Obsesión	3
1.3 Compulsión	3
2. ANTECEDENTES	5
2.1 Origen del trastorno obsesivo compulsivo	5
2.2 Prevalencia	9
2.3 Criterios para el diagnóstico del trastorno obsesivo compulsivo	10
2.4 Manifestaciones clínicas del trastorno obsesivo compulsivo	12
2.5 Manifestaciones clínicas del trastorno obsesivo compulsivo en el consultorio dental	15
3. DIAGNOSTICO DIFERENCIAL	17
3.1 Aspectos generales de diagnóstico diferencial	17
3.2 Comorbilidad en el Trastorno obsesivo compulsivo	19
3.2.1 Auto injuria	19
3.2.2 Dismorfia corporal	20
3.2.3 Hipocondría	21
3.2.4 Síndrome de Gilles de la Tourette	22
4. TRATAMIENTO	24
4.1 Tratamiento del trastorno obsesivo compulsivo	25

4.1.1	Terapia cognitiva-conductual	26
4.1.2	Tratamientos psicodinámicos	28
4.1.3	Terapia familiar	28
4.1.4	Farmacoterapia	29
4.1.5	Efectos secundarios de los ISRS que se deben considerar en el consultorio dental	35
4.1.6	Dosificación de los ISRS y consideraciones en el consultorio dental	37
5.	PACIENTES CON TRASTORNO OBSESIVO COMPULSIVO EN EL CONSULTORIO DENTAL	38
5.1	Objetivos del control de la conducta	39
5.2	Clasificación de las técnicas de control de conducta	40
5.3	Técnicas de comunicación	41
5.3.1	Lenguaje pediátrico	41
5.3.2	Decir, mostrar y hacer	42
5.3.3	Control de voz	45
5.4	Técnicas de modificación de la conducta	45
5.4.1	Refuerzo	46
5.4.2	Desensibilización	47
5.4.3	Imitación o modelado	48
5.5	Técnicas de enfoque físico	50
5.5.1	Bloques de mordida o abre bocas	52
5.5.2	Control físico por parte de profesional	53

5.5.3 Control físico mediante dispositivos específicos	53
5.6 Actitud del paciente con TOC ante el odontólogo	55
5.7 Relación entre el odontólogo y el paciente pediátrico con TOC	57
CONCLUSIONES	59
BIBLIOGRAFÍA	61

INTRODUCCIÓN

El presente trabajo analiza el Trastorno Obsesivo Compulsivo (TOC), el cual implica la presencia de pensamientos obsesivos o actos recurrentes, los cuales afectan de manera negativa al paciente, quien a menudo intenta resistirse a través de un acto compulsivo, que altera la vida diaria de niños y adolescentes.

Este tipo de trastorno implica ciertas conductas excesivas, como: cambio de estado de ánimo, angustia, alteraciones de atención, ansiedad o tics, las cuales se pueden confundir con comportamientos de características similares que se dan durante el desarrollo de los niños y adolescentes, mismos que no implican riesgo alguno; por lo que es necesario saber identificar si nos encontramos frente a este trastorno o no, precisando que los niños y adolescentes no cuentan con la capacidad de valorar objetivamente este tipo de conductas.

Existen diversos factores que pueden provocar la aparición de trastornos de ansiedad, tales como: estrés, infecciones por estreptococos y forma de vida. Asimismo se advierte que el TOC, parece surgir principalmente por factores biológicos y psicológicos, en especial con acontecimientos traumáticos desencadenantes.

En caso de no tratar en las primeras etapas al TOC, es evidente que los síntomas aumentan de manera paulatina hasta producir repercusiones que afectan la vida diaria de los menores, transgrediendo su carácter, comportamiento social y desarrollo escolar.

Ahora bien, este tipo de trastornos afectan la conducta de los pacientes pediátricos, por lo que el odontopediatra se encuentra obligado a entender, interactuar y adecuar el comportamiento del niño con el objeto de obtener resultados óptimos en su ejercicio profesional.

1. DEFINICIONES

Para poder entender el TOC, es necesario conocer los principales conceptos que definen este trastorno.

El TOC se caracteriza por la presencia de pensamientos indeseados, persistentes y reiterados, los cuales no pueden ser evitados, en virtud de que los mismos aparecen de manera constante.

1.1 Trastorno obsesivo compulsivo

Existen varios autores que han tratado de definir dicho concepto, entre los cuales destacan:

Renato D. Alarcón y Guido Mazzotti, los cuales definen al TOC como: “un conjunto de experiencias pensantes, así como de actividad sensorial y motora, reflejadas en actitudes y conductas.”¹

Hernán Montenegro y Humberto Guajardo lo definen como: “una categoría diagnóstica psiquiátrica, que se emplea descriptivamente en los individuos que presentan obsesiones o compulsiones patológicas.”²

Este concepto es un tema que ha adquirido suma importancia no sólo en la psicología, sino también en todas las ciencias médicas, en virtud de que tanto en la infancia como en la etapa adulta presentan padecimientos que afectan de manera latente el funcionamiento familiar y social del

¹ Alarcón Renato, Mazzotti Guido. *Psiquiatría. El Manual Moderno*, Washington, 2ª ed. 2005. Pág. 480

² Montenegro Hernán, Guajardo Humberto. *Psiquiatría del Niño y del Adolescente*. Mediterráneo, Santiago, Chile, 2ª ed. 2000. Pág. 153.

individuo; por lo que dicho trastorno se ha convertido en un reto para la valoración, diagnóstico y tratamiento del mismo.

1.2. Obsesión

Es un concepto que ha sido definido en el Manual de Diagnóstico Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM) como: ideas, pensamientos, impulsos o imágenes de carácter persistente, que el individuo considera intrusas e inapropiadas y que provocan una ansiedad o malestar significativos. El individuo tiene la sensación de que el contenido de la obsesión es ajeno, fuera de su control y no encaja en el tipo de pensamientos que él esperaría tener. Pero es capaz de reconocer que estas obsesiones son el producto de su mente y no vienen impuestas desde fuera.

Richard D. Gross, la define como: “pensamientos o imágenes recurrentes, indeseables e intrusivos, que no se perciben como algo controlado por la voluntad y que se experimentan como moralmente repugnantes o intensamente angustiantes.”³

1.3 Compulsión

Son los comportamientos o actos mentales de carácter recurrente, cuyo propósito es prevenir o aliviar la ansiedad o el malestar, pero no proporcionar placer o gratificación.

³ Gross Richard D. Psicología- La Ciencia de la Mente y la Conducta. El Manual Moderno, México D.F. 3ª ed.2004. Pág. 834.

En la mayoría de los casos, el paciente se siente impulsado a realizar la compulsión para reducir el malestar que lleva consigo una obsesión determinada o bien, para prevenir alguna situación negativa.

Richard D. Gross la define como: acciones que la víctima se siente impulsada a repetir una y otra vez, de acuerdo con rituales o reglas.

A menudo, las obsesiones y compulsiones están relacionadas, ya que las últimas representan un intento por contrarrestar a las primeras

La función de los actos compulsivos, es impedir que ocurra el suceso temido y reducir la angustia. (Fig. 1)



Fig. 1 Paciente que presenta acto compulsivo.⁴

⁴ www.esmas.com/.../005/356/morder-unas-NTnva.jpg

2. ANTECEDENTES

Desde sus inicios, la psiquiatría infantil ha mostrado una constante preocupación por este trastorno, por lo que junto con la evolución de la epidemiología, genética y neuropsicofarmacología, se ha podido identificar las principales características del TOC, el cual puede tener un impacto en el desarrollo de los niños, a los cuales si no se les atiende adecuadamente, presentaran una alteración en el proceso de la interacción dinámica y dialéctica con su entorno.

2.1 Origen del trastorno obsesivo compulsivo

Desde los comienzos de la humanidad, se había tratado de explicar los cambios mentales y de comportamiento de los individuos; sin embargo el TOC fue identificado plenamente hasta fines del siglo XIX. A comienzos del siglo XX, fue considerado como una enfermedad orgánica localizada en el cerebro. No obstante lo anterior, el psicoanálisis lo consideraba una alteración psicológica.

Cabe precisar que Hernán Montenegro y Humberto Guajardo, explican la evolución histórica de este trastorno durante la primera mitad del siglo XX, de la siguiente manera:

- Janet en 1903, describió el primer informe del TOC infantil en la literatura, en un niño de 5 años.
- Leo Kanner en 1935, hizo una revisión del TOC en la infancia y describió los rasgos de los pacientes, su tendencia al aislamiento social y su lucha por liberarse de estos pensamientos; destacó la relación con los tics motores y la sobreinvolucración familiar, describiendo a estas familias como perfeccionistas y moralistas.

- Sigmund Freud describió, en relación a los cuadros obsesivos, estilos específicos de defensa y puso énfasis en la lucha por el control ya sea interpersonal o intrapsíquico. Los síntomas emergerían como una defensa estructural que resguardaría el quiebre del funcionamiento personal.
- Ana Freud en 1965, sugirió una base constitucional para que el trastorno se hiciera presente, apuntando a que el síntoma obsesivo sería parte de una estructura de personalidad.
- Judd en 1965, distinguió entre la conducta compulsiva normal propia del desarrollo y la patológica, refiriendo que la primera no es vivida como rara o incongruente y no hay una necesidad interna de resistir esa conducta, es experimentada como placentera y se puede desechar fácilmente bajo leve presión sin manifestar ansiedad. Por el contrario, los síntomas obsesivos serían lo suficientemente graves para interferir el comportamiento normal del niño.”¹

A comienzos de los años setentas, se inició un nuevo enfoque del TOC, basado en aspectos clínicos y bioquímicos, que proponen una nueva idea donde existe la participación del cerebro para el desarrollo del trastorno, la presencia de enfermedades asociadas, el empleo de nuevos medicamentos y métodos de exploración neurobiológica.

Montenegro explica que Adams en 1973, realizó un estudio clínico descriptivo de 49 casos de menores de 16 años, descartando una serie de factores ambientales en la génesis del trastorno, haciendo notar la agresión dirigida hacia los padres. Estas investigaciones analizan también la respuesta a los tratamientos y medios de exploración neurobiológica del trastorno mediante PET (Positron Emission Tomography).

¹ Montenegro. Op.cit. 152.

A la luz de estos hallazgos, Rapoport establece una hipótesis neurobiológica del trastorno. Diversas investigaciones advierten que podría provenir de una disfunción del lóbulo frontal, del sistema límbico y de los núcleos basales.

Jerry M. Wiener, establece que: La alteración en la regulación de los neurotransmisores, la predisposición genética y los factores ambientales desencadenantes, desempeñan algún papel en el desarrollo de la enfermedad.²

Existen líneas de investigación, que sugieren que el daño de los núcleos basales está relacionado con el inicio del TOC. Estudios con técnicas de neuroimagen, han demostrado que pacientes con historia de inicio infantil de TOC, presentan una reducción de la estructura principal de los núcleos basales (núcleo caudado), en relación con individuos que no presentan dicho trastorno.

Pauls et.al (1986), observaron por primera vez que los vínculos familiares entre el trastorno de la Tourette y el TOC, indican una predisposición genética a este trastorno. Estos investigadores postularon que las dos enfermedades podrían ser manifestaciones distintas del mismo gen o genes; más recientemente se ha propuesto un modelo de herencia mixta.

En algunos estudios familiares en pacientes con TOC, se realizaron entrevistas personales a los parientes de primer grado y se observó que el 20% cumplía criterios diagnósticos del TOC. El síntoma principal del TOC del familiar afectado era distinto al del probando, lo cual indicaría que no se produce imitación. La combinación de estas hipótesis neuroanatómicas y

² Wiener Jerry M., Minak K. Dulcan. Tratado de Psiquiatría de la Infancia y la Adolescencia. Masson, Barcelona, 1ª ed. 2004. Pág. 581

neurofisiológicas con las de la predisposición genética y los factores ambientales estresantes, sigue siendo una prometedora línea de investigación³ (Diagrama 1)

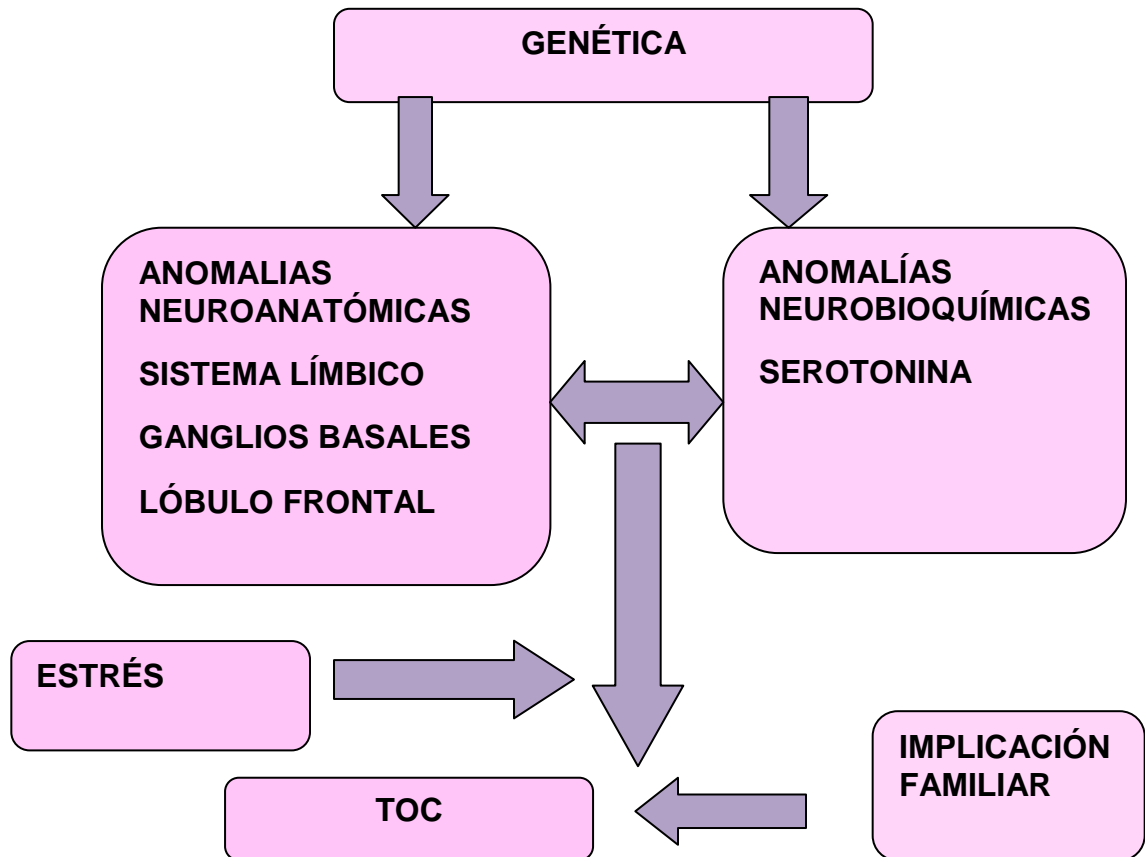


Diagrama 1 Etiopatología del TOC⁴

³ Ib. 582.

⁴ Modificación del diagrama etiopatogénico del TOC. Vallejo Ruiloba, Berríos Germán E. Estados Obsesivos. Masson, Barcelona, España, 3ª ed. 2006. Pág. 451.

2.2 Prevalencia

“La información epidemiológica en muestras representativas, es esencial para la adecuada planeación y pormenorización del tratamiento en la salud mental. Esto es particularmente necesario para el TOC, que ha sido definido como una enfermedad oculta, ya que muchas de las personas afectadas lo mantienen en secreto por sentir pena de los síntomas que manifiestan y omiten buscar ayuda profesional adecuada. Factores socio demográficos pueden influir en la búsqueda de un tratamiento de los comportamientos. Por lo que, es importante estudiar la distribución y características del desorden sobre el marco clínico.”⁵

Ahora bien, es importante señalar que no existen muchos estudios de prevalencia en población general de este trastorno, precisando que los que existen resultan distintos entre sí, pues divergen en cuanto a criterios diagnósticos y edades de las muestras.

Las primeras estimaciones de la incidencia del TOC en la infancia se basaban en poblaciones clínicas psiquiátricas.

Berman (1942), observó fenómenos obsesivo-compulsivos en 6 de los 2800 pacientes de su estudio (0,2%).

Hollingsworth et. al. (1980) examinaron 8367 historias clínicas de niños y adolescentes en régimen ambulatorio y hospitalario y hallaron 17 casos de TOC (0,2%).

⁵ Torres,AR, Prince, MJ. Obsessive-Compulsive Disorder: Prevalence, Comorbidity, Impact, and Help-Seeking in the British National Psychiatric Morbidity Survey of 2000. *Am J Psychiatry* 2006; 163: 1978-1985.

La revisión retrospectiva de historias clínicas llevada a cabo por Judd (1965) documentó la existencia de 5 casos entre 425 historias pediátricas (1.2%).”⁶

“La prevalencia del TOC pediátrico se ubica en un rango de 2% a 4%, con una predominancia de los hombres en relación a las mujeres.”⁷

La edad de inicio de este trastorno es menor en hombres que en mujeres, oscilando para los hombres entre los 6 a 15 años, mientras que para las mujeres entre los 20 a 29 años.

Renato D. Alarcón, manifiesta que “en América Latina, la prevalencia de TOC aproximado es de 3% en Argentina, 2.5% en Brasil, 2.8% en México y 3.2% en Puerto Rico.”⁸

2.3 Criterios para el diagnóstico del trastorno obsesivo compulsivo

Estos criterios buscan identificar en el paciente, la presencia de seis elementos fundamentales: obsesiones, compulsiones, reconocimiento del paciente de que las obsesiones o compulsiones son excesivas, la presencia de un malestar significativo que afecta la vida del individuo, la existencia de un trastorno diverso y la presencia de una sustancia o enfermedad médica.

Las principales manifestaciones clínicas en que se debe poner mayor atención, a efecto de identificar al paciente con TOC son:

⁶ Wiener. Op. cit. Pág. 581..

⁷ Vargas L.A., Palacios L. Trastorno Obsesivo- Compulsivo en niños y adolescentes. Una actualización Primera Parte. Salud Mental. 2008. Pág. 173

⁸ Alarcón. op.cit. Pág. 480

- Ansiedad. Se basa principalmente en la emocionalidad.
- Duda. Se basa en el pensamiento; en casos graves de TOC, los pacientes dudan de sus dudas.
- Repetición. Los pacientes tienen la necesidad de estar seguros de lo que les ocurre, pues sienten que no pueden equivocarse; por lo que buscan repetir sus conductas, comprobar y verificar hasta el punto de agotamiento.
- Perfeccionismo. Tienen una imperiosa necesidad de ser perfectos, en el orden, puntualidad, calidad de trabajo y rendimiento, está íntimamente relacionado con la repetición. (Fig. 2)



Fig.2 Niño perfeccionista⁹

⁹ www.sn104w.snt104.mail.live.com/att/GetAttachment.aspx?tnail=5&messageId=1b16a0aa-bc4f

2.4 Manifestaciones clínicas del trastorno obsesivo compulsivo

Diversos estudios comparten la idea de que la edad de inicio del TOC más frecuente es entre los 10 y 12 años, no obstante lo anterior, puede iniciarse con precocidad. El inicio del trastorno es insidioso, ya que el paciente puede ocultar o disimular la sintomatología. En muchos de los casos, el TOC aparece de una manera anticipada por la presencia de estrés, mismo que se presenta en la mayoría de los casos en forma gradual.

Durante el desarrollo de los niños hasta la adolescencia, se advierte de manera frecuente la presencia de comportamientos de características similares a los síntomas del TOC, sin embargo, estos no son un indicador de la presencia de la enfermedad, sino elementos comunes de la evolución psíquica del individuo. Toro J., realizó una síntesis que nos ayuda a diferenciar los síntomas patológicos de los evolutivos. (Cuadro 1).

	OBSESIVO-COMPULSIVO	EVOLUTIVO
Ritual	Vivido con ansiedad	Lúdico, placentero
Interrupción del ritual	Genera irritabilidad y agresividad	Sin reacciones de molestia y desasosiego
Vida cotidiana	Muy interferida	Sin interferencias
Finalidad del rito	Combatir temores	Lúdica, práctica
Percepción por otras personas	Ritos que impresionan como perturbadores e invasores.	Ritos sin apariencia alarmante, circunstanciales.

Cuadro1. Diferencias entre desarrollo evolutivo y síntomas de TOC¹⁰

¹⁰ González P., Rodríguez P. Trastorno Obsesivo Compulsivo en la Infancia.
http://www.sepeap.org/imagenes/secciones/Image/_USER_/Ps_inf_trastorno_obsesivo_compulsivo.pdf

Los niños más pequeños pueden presentar una variedad de conductas compulsivas cambiantes, seguido de rituales antes de instalarse el cuadro.

Las compulsiones pueden ocurrir en ausencia de ideas obsesivas, sin manifestar mayor angustia pero percibido como perturbador por los adultos que lo rodean. Los síntomas tienden a mostrar un curso variable, a través del tiempo y según los lugares, siendo más frecuente que los presenten en la casa, aumentando en circunstancias que les generen estrés: entrada a clases, periodo de exámenes, problemas familiares, etc. Dada la rareza de algunos síntomas, el niño mayor tiende a ocultarlos, presentando muchas veces síntomas como: ansiedad, depresión, rechazo escolar y problemas de concentración. (Fig.3)



Fig. 3 Paciente con actitud depresiva¹¹

Swedo y Rapoport, describen los principales síntomas obtenidos de 70 casos en niños, obteniendo los resultados precisados. (Tabla 1)

¹¹ www.biosalud.com.ve/image/niño-obsesivo.jpg

SÍNTOMAS	%
Lavado de manos, ducha, cepillado de dientes en forma excesiva	85
Rituales	51
Revisiones repetitivas	46
Rituales de remoción de contaminantes	23
Tocar objetos	20
Tomar medidas para prevenir daños en si mismos o en otros	16
Ordenar	17
Contar	18
Rituales de coleccionar	11
Rituales de limpieza de la casa	6
Rituales misceláneos	26
Preocupación por suciedad, gérmenes, toxinas	40
Ideación catastrófica	24
Rituales de simetría, orden, exactitud	17
Obsesiones religiosas	13
Preocupación o disgusto por excreciones corporales	8
Contar números de mala o buena suerte	8
Pensamientos agresivos, prohibidos, sexuales	4

Tabla 1. Principales síntomas en niños con TOC¹²

¹² Montenegro. Op. cit. 155.

El TOC afecta cinco áreas principales, mismas que son definidas como:

- Emocional: la forma en que respondemos sentimentalmente al medio externo.
- Del comportamiento: la forma en que respondemos a los estímulos provenientes del mundo circundante.
- Cognitiva: la forma en que pensamos e interpretamos los estímulos.
- Perceptiva: la forma en que percibimos.
- Motora: la manera en que nuestros músculos expresan el mensaje del cuerpo y la mente.

2.5 Manifestaciones clínicas del Trastorno obsesivo compulsivo en el consultorio dental

El odontólogo puede detectar la ansiedad de los pacientes con TOC a través de su aspecto físico, lenguaje, vestuario y por la presencia de ciertos signos y síntomas. (Fig. 4)



Fig. 4 Preocupación por suciedad, germen y toxinas¹³

¹³ www.Ciencia.uma.es/.../data/media/23/toc2.jpg

El niño con TOC se muestra hipervigilante: se sienta inclinado hacia delante, mueve los dedos, los brazos y las piernas; se levanta y camina, se arregla la ropa, vigila sus posesiones, tratando de mantenerlas siempre a la vista; asimismo puede hablar de manera rápida y de forma mecánica y en ocasiones parece bloquearse o no conectar sus pensamientos. Puede responder a las preguntas con rapidez y no permitir que el odontólogo termine la pregunta, también presentan signos como sudoración, tensión muscular y frecuencia cardiaca elevada. (Fig. 5)

Los pacientes con TOC pueden convertir algo tan sencillo como cepillarse los dientes en un ritual que requiera de horas, debido a la necesidad de extender la pasta dental de un determinado modo o de cepillar cada diente igual que todos los demás.

El odontólogo debe conversar con el paciente y mostrar interés personal. La comunicación verbal y no verbal deben coincidir. Durante el dialogo deben existir pausas libres de tensión para que se produzca un estado que ayude al paciente a recuperar una situación con menor ansiedad.



Fig. 5 Paciente que presenta ansiedad¹⁴

¹⁴ www.cuidadoinfantil.net/niñosobsesivos-tratamiento

3. DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL

Es necesario diferenciar el TOC de otros trastornos de ansiedad, toda vez que muchos trastornos coexisten con el TOC, siendo indispensable identificar y diagnosticar asertivamente a los pacientes, para proporcionar el tratamiento adecuado.

3.1 Aspectos generales del diagnóstico diferencial

Flament encontró que el 75 % de los adolescentes que habían presentado TOC, tenían uno o más diagnósticos psiquiátricos adicionales. Aproximadamente el 25% tiene el TOC como único diagnóstico al momento de la evaluación, asociándose a trastornos de ansiedad en un 40% (fobia simple 17%, ansiedad generalizada 16%, ansiedad de separación 7%), trastornos depresivos en un 35%, trastorno oposicionista 11%, trastorno de déficit de atención 10%, trastorno de conducta y uso de sustancias 33%, trastorno de aprendizaje 24%, tics motores 20-30%. Se han encontrado rasgos de personalidad compulsiva en un 11% de los casos y en relación a sujetos cuyo comienzo del TOC ha sido muy precoz. Los trastornos más comunes en estudios de prevalencia de vida eran depresión mayor, distimia, esquizofrenia, trastornos ansiosos (fobia y ansiedad de separación), trastorno de déficit de atención, trastorno de conducta disocial, trastorno de la alimentación y abuso de sustancias.¹

El TOC difiere de la fobia social, por el temor al desempeño o a la valoración, y la fobia específica por la ansiedad provocada por un objeto o situaciones específicos. Es necesario realizar una distinción entre los

¹ Montenegro. Op. cit. Pág. 158.

pacientes que sufren de TOC con fobia y los pacientes fóbicos, pues los últimos tienen la capacidad de controlar las fobias, evitando la causa de sus temores, sin embargo, los pacientes de TOC con fobias tienen la imperiosa necesidad de practicar rituales a efecto de controlar sus síntomas fóbicos.

Asimismo, el TOC difiere del trastorno de ansiedad generalizada, en que éste último alude a una preocupación general acerca de numerosos sucesos de la vida real, mientras que los temores relacionados con el TOC son más supersticiosos y menos realistas, además que se manejan mediante comportamientos neutralizadores.² No debemos dejar de precisar que la ansiedad es un temor causado por la incertidumbre a cualquier situación establecida; siendo ésta una de las etapas del miedo, la cual es una sensación a nivel físico y mental que implica una amenaza en contra de la integridad del individuo. En consecuencia, la ansiedad resulta ser un síntoma muy común en el TOC, por lo que este trastorno se considera como una forma de ansiedad.

La depresión consiste en una sensación de tristeza seguida de la ausencia de voluntad y alegría de vivir, es factible que en algunos casos, los síntomas de depresión puedan convertirse en agresividad, la cual puede ser de tres tipos: mental, verbal y física. No debemos dejar de observar que la depresión observada en los pacientes con TOC es producto de su falta de capacidad para controlar los síntomas que afectan su vida diaria, pues se sienten frustrados.

Cabe mencionar que más del 50% de los pacientes con TOC, padecen otros trastornos de ansiedad y de estado de ánimo. “De manera específica, 39% tiene un trastorno de ansiedad adicional (26% de las personas con TOC padece fobia social y 20% cumple los criterios para fobia

² Nezu Arthur, Nezu Christine. Formulación de casos y diseño de tratamiento cognitivo conductuales. El Manual Moderno, New York, 2006. Pág. 157

específica), y 32% trastornos del estado de ánimo (de 28 a 38% cumple los criterios para trastorno depresivo mayor).”³

3.2 Comorbilidad en el trastorno obsesivo compulsivo

Existen otras enfermedades que interactúan con el TOC, las cuales tienen síntomas obsesivos compulsivos, pues en muchos de los casos existe una continuidad de pasar de una enfermedad a otra. Las enfermedades de comorbilidad más importantes que se puede presentar en la consulta dental son: la auto-injuria, dismorfia corporal, hipocondría, y el síndrome de Gilles de la Tourette. Las enfermedades asociadas al TOC no deben ser tratadas de manera aislada, sino que es necesario un tratamiento integral de las mismas.

3.2.1 Auto injuria

Esta enfermedad consiste medularmente en provocar un daño voluntario en las partes del propio cuerpo, sobretodo en la cara, cabeza y brazos (Fig. 6), algunas de las lesiones que comúnmente se pueden encontrar durante la exploración bucal son:

- Lengua ulcerada
- Cara interna de carrillos ulceradas
- Labios lacerados

“En algunos casos, la pérdida de los dientes significa una destrucción corporal. Los individuos con tendencias autodestructivas pueden sentir la necesidad de perder dientes como forma de satisfacer esos sentimientos.”⁴

³ Nezu. Op. cit. Pág. 157-158

⁴ Little James W., Falace Donald A. Tratamiento Odontológico del Paciente Bajo Tratamiento Médico. Harcourt, Madrid, España, 3ª ed. 2001. Pág. 565.



Fig. 6 Paciente que se provoca daño asimismo⁵

3.2.2 Dismorfia corporal

Se caracteriza por que el individuo se percibe mal parecido, o cree que otros lo ven de esa manera, por lo general son personas bien parecidas. La dismorfia corporal forma parte de las enfermedades asociadas con el TOC, en adolescentes. “El diagnóstico de trastorno obsesivo compulsivo no debe efectuarse, si el contenido de las ideas o rituales se relaciona exclusivamente con la propia apariencia, en el trastorno dismórfico corporal.”⁶ (Fig. 7)

Los pacientes con dismorfia corporal que utilizan dispositivos ortodóncicos, a menudo se perciben mal parecidos, provocando un rechazo mayor al tratamiento odontológico al que deben ser sometidos.

⁵ www.img.pequesymas.com/2009/04/nino-agresivo.JPG

⁶ Asociación Psiquiátrica Americana. DSM-IV-TR. Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales. Masson, Barcelona, España, 4ª ed. 2003. Pág. 515



Fig.7 Paciente mirando su reflejo⁷

3.2.3 Hipocondría

Es una enfermedad donde se presentan trastornos de la percepción, donde el paciente principalmente realiza una interpretación falsa de los síntomas que presenta. Es decir, es una enfermedad que manifiesta síntomas tanto mentales como físicos.

Cabe precisar que estos individuos padecen de algún tipo de depresión, que pretenden solucionar a través de la manifestación de síntomas múltiples; por regla general, tienen la sensación de una muerte próxima.

Es importante diferenciar entre hipocondría y TOC, ya que en la hipocondría el paciente tiene miedo a padecer o estar padeciendo una enfermedad importante y este miedo deriva de la incorrecta interpretación de síntomas físicos, en cambio en el TOC si tiene una enfermedad acompañada de rituales como lavados, comprobaciones excesivas por el miedo a empeorar o bien a contagiar dicha enfermedad a los demás.⁸

⁷[www. .bp.blogspot.com/.../s400/4reflejo-ruta2.gif](http://www.bp.blogspot.com/.../s400/4reflejo-ruta2.gif)

⁸ Asociación Psiquiátrica Americana. Op. cit. Pág. 515

El odontólogo durante el tratamiento dental, deberá apoyarse en mayor medida en los métodos de diagnóstico y aplicar su experiencia profesional para identificar los signos y síntomas reales que presenta este tipo de paciente, ya que estos niños tienden a exagerar en las afecciones que manifiestan ante sus padres y el odontólogo.

3.2.4 Síndrome de Gilles de la Tourette

Está caracterizado por síntomas mentales y musculares. Dichos síntomas inician temprano en la infancia, comenzando con parpadeo excesivo. Lo sigue el espasmo de los músculos faciales. En algunos casos, este tipo de contracciones avanzan paulatinamente hasta abarcar todo el cuerpo.

“La asociación con tics es frecuente. Al menos el 50% de niños y adolescentes con síndrome de Gilles de la Tourette, tienen síntomas de TOC en la vida adulta. Por otro lado, hay historia de tics en el 60% de los niños diagnosticados de TOC.”⁹

En este trastorno se advierte la presencia de obsesiones y compulsiones, así como alteraciones a nivel familiar, las cuales afectan el desarrollo social y psicológico del individuo.

Los síntomas que pueden presentar en el consultorio dental los pacientes con este síndrome son: morderse la lengua, la cara interna de las mejillas, las uñas, las cutículas y las manos. (Fig.8)

⁹ González P. Op. cit. Pág. 19.



Fig. 8 Paciente que presenta onicofagia¹⁰

Al igual que en el TOC, el Gilles de la Tourette es un trastorno crónico, donde la intervención psicológica y la terapia son fundamentales para ayudar al paciente a funcionar de la mejor forma posible, pues contiene síntomas obsesivo compulsivos.

El odontólogo debe estar consciente de que el Síndrome de Gilles de la Tourette, presenta al igual que el TOC una sintomatología diversa, lo cual impide que exista una técnica de control de conducta determinada para el tratamiento de estos pacientes; por lo que es necesario identificar las características particulares de cada paciente, a efecto de poder adecuar una eficiente técnica de conducta a seguir.

¹⁰ <http://sn104w.snt104.mail.live.com/att/GetAttachment.aspx?tnail=0&messageId=94f8ac78-bc4f-11de-9e8e-00215ad80bea&Aux=40|0|8CC1E7387C16C70||>

4. TRATAMIENTO

El tratamiento del TOC incluye aspectos biológicos y psicosociales tales como: farmacoterapia, terapia familiar, terapia individual, instrucción conductual y rehabilitación escolar. Sin embargo, es necesario elegir adecuadamente el tratamiento a seguir, en función de los síntomas y entorno de cada uno de los pacientes.

“Deben tenerse en cuenta, cuestiones relacionadas con la comorbilidad y los factores psicosociales estresantes. Las recomendaciones del comité de expertos y los parámetros de aplicación clínica de la American Academy of Child and Adolescent Psychiatry, constituyen un marco excelente para diseñar una intervención terapéutica. Por norma general, ambas directrices recomiendan la terapia cognitivo-conductual como tratamiento inicial, en especial para los niños más pequeños y para los que presentan síntomas de TOC más leves y no tengan comorbilidad significativa.”²⁹

La terapia cognitivo-conductual tiene un efecto mucho mayor que otro tipo de terapias, en virtud de que no implica riesgo de medicación alguno, sin embargo no es tan efectiva en casos donde la enfermedad es muy grave, pues en estos casos, la farmacoterapia sería la mejor opción.

Por lo general, los tratamientos ofrecen un promedio de mejoría de 50 a 60%, ya sea en niños, adolescentes o adultos. Esto indica la presencia de una falla de causa indeterminada, que impide obtener mejorías aceptables en un número mayor de casos. Es posible que los alivios importantes se

²⁹ Wiener. Op. Cit. Pág. 582.

comprueben en los casos tratados con psicofármacos y con intervención terapéutica conductual y/o cognitiva.

4.1 Tratamiento del trastorno obsesivo compulsivo

El TOC tiene una sintomatología muy amplia y complicada: "Esto es debido a que la gran diversidad sintomática, indica la superposición de trastornos que se ramifican para penetrar en otras patologías, que requieren su propio tratamiento individual."³⁰

Es de considerar que los objetivos de la terapia del TOC son los siguientes:

- Suprimir síntomas
- Aliviar la intensidad de los síntomas
- Reducir la frecuencia de síntomas
- Reducir la duración de los síntomas
- Aprender a resistir las obsesiones
- Aprender a controlar los síntomas
- Mejorar las relaciones familiares
- Rehabilitar
- Mejorar el ajuste social
- Restaurar habilidades escolares
- Mejorar las relaciones sociales
- Confrontar los problemas de la vida

³⁰ Alarcón. Op.Cit. Pág.487

4.1.1 Terapia cognitiva-conductual

Este tipo de terapia, consiste principalmente en enseñar al paciente, ciertos hábitos que buscan explicar la forma en que los temores y las compulsiones son adquiridas, para posteriormente entender cómo enfrentarlas.

Un tratamiento efectivo para el TOC en niños y adolescentes es la técnica conductual de exposición y prevención de la respuesta, aunque es difícil que los niños cumplan las instrucciones.

La terapia conductual, actúa con base en la continua exposición del paciente a sus temores, evitando que se estanque en sus obsesiones y compulsiones; asimismo se ofrece un proceso de acostumbamiento, que tiene como objetivo reducir las respuestas de temor del paciente. Es decir, en primer término el paciente muestra reacciones fisiológicas hacia el temor, para posteriormente acostumbrarse a la exposición continua de sus temores, hasta que los mismos desaparecen.

Por regla general, los programas conductuales contienen diversos componentes, entre los cuales se encuentran:

- Interacción continua con los estímulos que producen malestar y desencadenan rituales.
- Mantener la exposición y prevenir o inhibir los rituales por lo menos durante una hora o más, hasta reducir el máximo de ansiedad. Puede acompañarse de técnicas de relajación.
- Establecimiento de tareas para realizar fuera de la consulta, a fin de conseguir el control de los síntomas. Los padres deben intervenir como coterapeutas.

- Las obsesiones se abordan mediante detención del pensamiento cada vez más, mediante exposición o práctica masiva de las mismas.

March y cols. propusieron en 1994, un protocolo de tratamiento para niños y adolescentes con TOC. Comprende cuatro etapas distribuidas en 16 semanas de tratamiento:

Primera etapa: es predominantemente psicoeducacional

Segunda etapa: analiza las experiencias obsesivo compulsivas del niño dentro de un contexto narrativo

Tercera y cuarta etapa: inicia una terapia formal cognitivo conductual.³¹

Por su parte, la terapia cognitiva se fundamenta en la premisa de que las relaciones emocionales intensas son el resultado de creencias falsas, para cambiar éstas por creencias verdaderas. Lo anterior se basa en el hecho de que los individuos tienen la capacidad de cambiar la forma de pensar, lo que provoca que la terapia cognitiva tenga como objetivo final cambiar los sentimientos de los pacientes en una situación dada.

“En la década de 1990, se llevaron a cabo varios ensayos abiertos con terapia cognitivo-conductual en niños y adolescentes con TOC, obteniéndose una reducción aproximada del 50-60%”³²

³¹ Montenegro. Op. cit. Pág.159.

³² Vallejo. Op. Cit. Pág. 455

4.1.2 Tratamientos psicodinámicos

La terapia psicodinámica juega un papel muy importante en el tratamiento del TOC, en virtud de que analiza de manera amplia todos y cada uno de los aspectos de la forma de vida del paciente; lo anterior es así, ya que este trastorno afecta de manera directa la autoestima, la actitud y las relaciones personales del individuo.

Es imposible comprender el TOC fuera del contexto de los sentimientos, las relaciones y las experiencias pasadas y actuales del paciente. Las características relacionadas con las defensas obsesivas y la personalidad obsesivo-compulsiva responden bien a la psicoterapia.

4.1.3 Terapia familiar

Este tipo de terapia es fundamental para el tratamiento de niños con TOC; ya que los problemas familiares y conyugales de los padres, así como los límites inadecuados trasgreden el buen funcionamiento de la familia y de sus miembros. En este sentido, es imprescindible la evaluación de toda la familia para el diagnóstico preliminar de cualquier niño con TOC.

Es importante realizar siempre un diagnóstico del grado de funcionalidad familiar, ya que un buen logro de ésta ayudará al cumplimiento de las indicaciones del tratamiento y a la no involucración en los rituales del niño, lo cual pudiera empeorar su pronóstico. La familia requiere, junto al niño, entender las características de este trastorno, sus posibles etiologías y los objetivos del tratamiento.³³

³³ Montenegro. Op. cit. Pág. 159.

4.1.4 Farmacoterapia

La medicación en el TOC se caracteriza por impedir que la serotonina retorne a la célula, con el objeto de que pueda transportar mensajes de un sitio a otro, de acuerdo a lo ordenado por el cerebro, lo anterior parece ser efectivo para el tratamiento del TOC.

La hipótesis que plantea administrar serotonina a pacientes con TOC, se fundamenta principalmente en los resultados de algunos estudios farmacológicos, que afirman que los inhibidores de la recaptación de la serotonina son particularmente eficaces para tratar este trastorno.

“En la actualidad, los inhibidores selectivos de la recaptación de la serotonina (ISRS) se consideran fármacos de elección en niños y adolescentes, debido a que no presentan algunos de los efectos negativos de los tricíclicos, concretamente su cardiotoxicidad. Al igual que en adultos, las dosis terapéuticas suelen triplicar a las utilizadas en el tratamiento de las depresiones. Una vez establecido el tratamiento y conseguida la respuesta terapéutica, el fármaco debe mantenerse un tiempo prolongado, no inferior a 1 o 2 años. La supresión del fármaco debe ser gradual, a lo largo de unas 3-5 semanas. Si han sobrevenido de 2 a 4 recurrencias, debe mantenerse indefinidamente. En casos refractarios, debería intentarse la clomipramina.”³⁴

Existen medicamentos no selectivos para bloquear la recaptura de la serotonina como la clomipramina (IRS no selectivos), además de los ISRS, entre los cuales se encuentran: la fluoxetina, fluvoxamina, citalopram paroxetina y sertralina.

³⁴ Vallejo. Op. cit. Pág. 453-454

- Clomipramina

Este es el primer medicamento que comprobó tener eficacia en el tratamiento del TOC, además de ser un IRS no selectivo, es un antidepresivo triciclo, el cual presenta su acción hasta la cuarta semana.

Está aprobada por la FDA para el tratamiento de niños con TOC de 10 años en adelante. Los efectos adversos pueden disminuir mediante la administración de dosis bajas en el inicio del tratamiento. Aunque hay estudios que demuestran la superioridad de la clomipramina sobre otros ISRS, no implica que deba ser utilizada de primera elección considerando la alta presencia de efectos secundarios, especialmente cardiológicos.³⁵ (Fig. 9)



Fig. 9 Presentación y nombre comercial de Clomipramina³⁶

- Fluoxetina

El primer estudio que utilizó un ISRS como tratamiento para el TOC se realizó con fluoxetina, demostrando una alta eficacia. En general, es un fármaco bien tolerado por niños y adolescentes con TOC, especialmente si las

³⁵ Vargas L.A., Palacios L. Trastorno Obsesivo- Compulsivo en niños y adolescentes. Salud Mental. 2008; 31:283-289

³⁶ www.genericdrugshop.info/images/anafranil.jpg

dosis iniciales son bajas y el aumento en las mismas se realiza en forma gradual.³⁷

Una de las ventajas de este medicamento es que el paciente no aumenta de peso. Cabe señalar que puede tardar más de ocho semanas para iniciar su efecto; si el tratamiento es efectivo se debe mantener la terapia por seis meses. (Fig. 10)

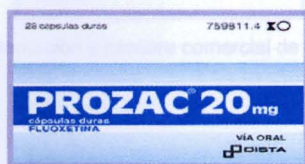


Fig. 10 Presentación y nombre comercial de Fluoxetina.³⁸

- Fluvoxamina

Es un antidepresivo monocíclico aprobado por la FDA para el tratamiento del TOC en niños y adolescentes con edades entre los 8 y 17 años. Sus efectos aparecen alrededor las ocho semanas. (Fig. 11)



Fig. 11 Presentación y nombre comercial de Fluvoxamina³⁹

³⁷ Vargas Op. Cit. Pág. 287

³⁸ www.prozac-fluoxetine.com/fluoxetina.htm

³⁹ www.medical-look.com/reviews/Luvox.jpg

- Citalopram

Es uno de los medicamentos inhibidores más potentes de la recaptura de serotonina. El tratamiento dura alrededor de seis meses. (Fig. 12)



Fig. 12 Presentación y nombre comercial de Citalopram.⁴⁰

- Paroxetina

Es un potente inhibidor de la recaptura de la serotonina, la respuesta terapéutica se observa por lo menos de cuatro a más semanas a partir de su inicio.

También se observó que los niños presentaron mayores cambios en dicho estudio comparados con adolescentes, evidenciando que la paroxetina es efectiva para el tratamiento del TOC en niños y adolescentes.⁴¹ (Fig. 13)



Fig. 13 Presentación y nombre comercial de Paroxetina.⁴²

⁴⁰ www.psiquiatria.com/farmacos/img/prisdal30.jpg

⁴¹ Vargas Op. cit 287-288

⁴² www.mimedicfarm.com/.../paxilGen150x150.jpg

- Sertralina

La sertralina es eficaz para el tratamiento de TOC en niños y tiene efectos adversos mínimos.⁴³

Se necesita por lo menos ocho semanas para que los efectos terapéuticos sean evidentes. (Fig. 14)



Fig. 14 Presentación y nombre comercial de Sertralina.⁴⁴

⁴³ Vargas Op. Cit. Pág. 287

⁴⁴ www.pacienteplus.com/tienda/popup_image.php?p...

ESTRATEGIA FARMACOLÓGICA PARA EL TRATAMIENTO DEL TOC

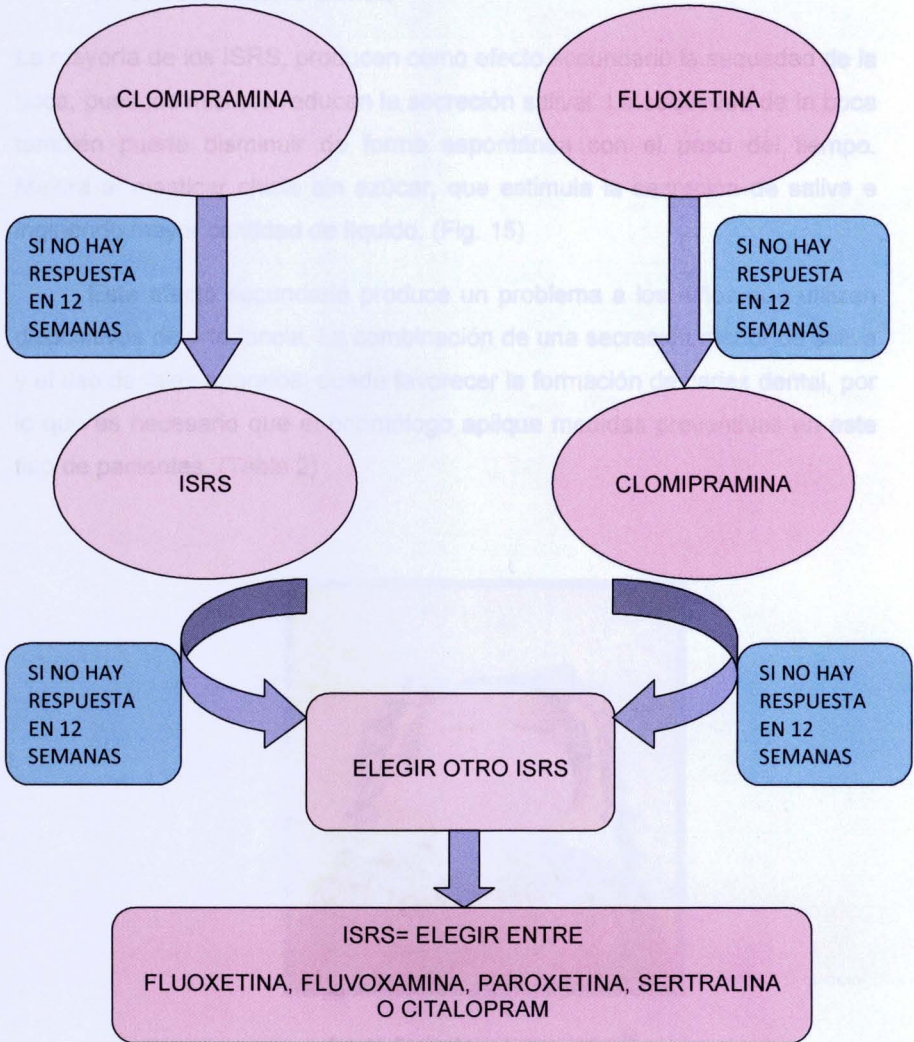


Diagrama 2 Tratamiento farmacológico para TOC. ⁴⁵

⁴⁵ Modificación de diagrama de tratamiento farmacológico para TOC. Yaryura. Op. cit. 131

4.1.5. Efectos secundarios de los ISRS que se deben considerar en el consultorio dental

La mayoría de los ISRS, producen como efecto secundario la sequedad de la boca, pues los mismos reducen la secreción salival. La sequedad de la boca también puede disminuir de forma espontánea con el paso del tiempo. Mejora al masticar chicle sin azúcar, que estimula la secreción de saliva e ingiriendo mayor cantidad de líquido. (Fig. 15)

Este efecto secundario produce un problema a los niños que utilizan dispositivos de ortodoncia. La combinación de una secreción menor de saliva y el uso de tales aparatos, puede favorecer la formación de caries dental, por lo que es necesario que el odontólogo aplique medidas preventivas en este tipo de pacientes. (Tabla 2)



Fig. 15 Paciente con xerostomía⁴⁶

⁴⁶ www.contenido.sugerimos.com/.../274878muj.JPG

Clomipramina (Anafranil)	Fluoxetina (Prozac)	Fluvoxamina (Luvox, Faverin)	Paroxetina (Paxil, Seroxal)	Sertralina (Zoloft Lustral)	Citalopram (Seropram, Prisdal)
Sequedad de la boca	Cefalea	Náuseas	Somnolencia	Náuseas	Náuseas
Somnolencia	Insomnio	Cefalea	Insomnio	Cefalea	Sequedad de la boca
Sensación de inestabilidad	Náuseas	Somnolencia	Debilidad	Diarrea	Somnolencia
Debilidad	Diarrea	Insomnio	Náuseas	Insomnio	Sudoración
Temblor	Somnolencia	Debilidad	Problemas sexuales	Sequedad de la boca	Temblor
Cefalea	Anorexia	Sequedad de la boca	Sequedad de la boca	Problema sexuales	Diarrea
Estreñimiento	Debilidad	Nerviosismo	Estreñimiento	Cansancio	Fracaso eyaculación
Anorexia	Ansiedad	Sensación de inestabilidad	Sensación de inestabilidad	Sensación de inestabilidad	
Molestias gástricas	Sensación de inestabilidad	Diarrea	Temblor	Temblor	
Dolor abdominal	Sequedad de la boca	Estreñimiento	Diarrea	Debilidad	
Insomnio	Problemas sexuales	Molestias gástricas			
Anomalías menstruales	Molestias epigástricas				
	Síndrome gripal				

Tabla 2. Efectos secundarios de los fármacos empleados para tratar TOC.⁴⁷

⁴⁷ Jenike Michael A., Baer Lee. Trastornos Obsesivo-Compulsivos, Manejo Práctico. Harcourt, Madrid, España, 3ª ed. 2001. Pág. 766

4.1.6 Dosificación de los ISRS y consideraciones en el consultorio dental

Los ISRS son prescritos por el psiquiatra, quien dependiendo de las manifestaciones que presente el paciente, determinará el fármaco y la dosificación adecuada, por lo que es importante que el odontólogo tenga conocimiento del tratamiento farmacológico del paciente, a efecto de identificar los efectos secundarios del fármaco que se puedan presentar durante el tratamiento dental. La dosificación recomendada en niños y adolescentes con TOC se presenta en la siguiente tabla. (Tabla 3)

FÁRMACOS	DOSIS INICIAL (MG)	INTERVALO DE DOSIS DIARIA (MG)
Clorimipramina	10	Niños: 75-150 Adolescentes: 100-200
Fluoxetina	5	Niños: 5-40 Adolescentes: 10-60
Fluvoxamina	25	Niños: 50-200 Adolescentes: 150-300
Sertralina	25	Niños: 50-100 Adolescentes: 50-200
Paroxetina	5	Niños: 5-40 Adolescentes : 10-60
Citalopram	5	Niños: 10-30 Adolescentes: 20-40

Tabla 3. Dosificaciones recomendadas en niños y adolescentes con TOC.⁴⁸

⁴⁸ Vallejo. Op. cit. Pág. 454.

5. PACIENTES CON TRASTORNO OBSESIVO COMPULSIVO EN EL CONSULTORIO DENTAL

En la consulta odontológica, se puede evitar o disminuir en los pacientes con TOC la ansiedad y sus consecuencias, mediante el uso adecuado de técnicas psicológicas; por lo que es necesario mantener un ambiente tranquilo y agradable en el consultorio, ya que esto facilitará una adecuada interacción odontólogo- paciente.

“El contacto con el paciente debe ser próximo y empático, explicando con detalle la situación de su salud bucodental y sus necesidades de tratamiento.”¹

En pacientes con TOC, se pueden emplear las técnicas psicológicas clásicas o de manejo de conducta utilizadas en odontopediatría, adaptadas a la edad del paciente; precisando que la motivación del mismo además de otras técnicas cognitivas, determinarán en la mayoría de los casos el éxito en el tratamiento dental.

El manejo conductual en la odontología pediátrica, es fundamental para lograr la cooperación del niño y obtener una adecuada interacción con el paciente, en diversas ocasiones el odontólogo debe enfrentar conductas difíciles y problemáticas, como en el caso de un niño con TOC. Lo que resulta un verdadero reto a nivel profesional.

Para obtener un tratamiento exitoso, es necesario comprender la conducta del paciente y de sus familiares, a fin de emplear las técnicas de control de conducta adecuadas. No debemos dejar de observar que para

¹ Silvestre Francisco J. Plaza Andrés. Odontología en pacientes especiales. Univesitat de València , Valencia, España, 2007. Pág. 297

satisfacer las exigencias de una cita dental, es necesario que el niño pueda tener una adecuada comunicación e interacción con el odontopediatra; situación que se ve limitada en los niños o adolescentes con TOC, pues los mismos presentan de manera constante pensamientos indeseados, persistentes y reiterados, los cuales afectan su vida diaria.

5.1 Objetivos de control de la conducta

Existen diversas técnicas que sirven de apoyo para superar conductas difíciles y problemas de ansiedad como el TOC, que facilitan el tratamiento odontopediátrico. Los principales objetivos son:

- Establecer una buena comunicación con el niño y los padres
- Ganar la confianza del niño y los padres, y su aceptación del tratamiento dental
- Explicar al niño y a los padres, los aspectos positivos del cuidado dental preventivo
- Proporcionar un ambiente relajado y cómodo para reducir la ansiedad que presentan los pacientes con TOC
- Llevar a cabo el tratamiento necesario de la mejor manera posible para el paciente

Las conductas que presentan los pacientes con TOC, relacionadas con el tratamiento odontológico, pueden ser:

- Cepillado de dientes de forma excesiva (Fig.16)
- Rituales de remoción de contaminantes
- Preocupación por la suciedad, gérmenes y toxinas

- Preocupación o disgusto por excreciones corporales
- Morderse lengua, labios y cara interna de mejillas
- Morderse las uñas

El odontólogo debe de conocer las conductas enlistadas con anterioridad, a fin de interactuar satisfactoriamente con el paciente, para proporcionarle seguridad y confianza.



Fig. 16 Cepillado dental excesivo.²

5.2 Clasificación de las técnicas de control de conducta

Las técnicas de control de conducta, ayudan al odontopediatra a manejar situaciones difíciles y problemas de ansiedad en el paciente. Estas se dividen en:

- Técnicas de comunicación

² www.us.123rf.com/.../reno123070700171/1342595.jpg

- Técnicas de modificación de conducta
- Técnicas de enfoque físico

5.3 Técnicas de comunicación

“El patrón de la comunicación es muy importante tanto en la comunicación verbal, como en la no verbal; especialmente se debe proporcionar una sensación de actitud tranquila y relajada. Los mensajes deberán ser sencillos, directos y tranquilos, evitando palabras que atemoricen y provoquen inquietud.”

Es necesario que el niño tenga una conversación con el odontólogo para establecer una comunicación, que implica una ordenada explicación de los procedimientos que se llevará a cabo, para que el niño se sienta física y emocionalmente seguro y responsable en su comportamiento. Asimismo, es muy favorable reconocer su buen comportamiento, felicitarle y agradecerle verbalmente, ya que se sienten muy reconfortados.

5.3.1 Lenguaje pediátrico

Para comunicarse con un niño, es necesario utilizar un lenguaje apropiado, que pueda asimilar el paciente, con el objeto de poder realizar una adecuada interacción con el mismo.

El odontopediatra debe ser preciso al comunicarse con el niño, esto se puede lograr al explicar paso a paso y de manera clara lo que se trata de expresar, sin utilizar engaños, pues el objetivo es que el niño adquiera confianza; sin embargo, el odontólogo debe ser muy concreto para que el niño asimile de manera eficiente las instrucciones, a fin de evitar distracciones innecesarias.

Se debe tener la precaución de utilizar un lenguaje de acuerdo a la edad del menor. El niño se siente alabado si un adulto le juzga algo mayor de lo que es.

Los niños y adolescentes con TOC, presentan afectaciones cognitivas y perceptivas, las cuales obstaculizan la comunicación con el odontólogo, por lo que es muy importante lograr la atención del niño y ser muy claro, pues un paciente con TOC percibe la realidad de una manera muy distinta a la que lo hace un niño sin este trastorno, asimismo el odontopediatra debe ser preciso, pues los niños con TOC pueden llegar a interpretar sus instrucciones de una manera equivocada. No debemos dejar de observar que una de las manifestaciones clínicas del TOC es la duda constante del paciente, por lo que es muy probable que durante la consulta el niño realice diversas preguntas al odontólogo, el cual debe de evitar que este factor retrase el tratamiento del menor.

“La distracción es un elemento activo para desviar la atención del niño sobre un determinado procedimiento no agradable. Su objetivo es disminuir la probabilidad de percibir una acción como desagradable, aumentando así la tolerancia del niño.”³ Es importante preguntar sobre temas que les interesen como el fútbol, gustos en ropa, etc.

5.3.2 Decir, mostrar y hacer

Es importante precisar que el TOC es un trastorno de ansiedad, que altera de manera radical la vida del paciente, por lo que es muy importante que el odontólogo controle durante la consulta la ansiedad del niño. Esta técnica es muy efectiva para tranquilizar al niño y disminuir el miedo, toda vez que los

³ Barbería Leache Elena, Boj Quesada Juan Ramón. Odontopediatría, Masson, Barcelona España 2ª ed. 2002. Pág. 129

niños con TOC pueden llegar a ser pacientes muy emocionales, que dificulten la interacción dentro del consultorio, por lo que la explicación del tratamiento debe ser muy clara y cordial con los niños y adolescentes con TOC.

No debemos dejar de observar que los niños con TOC tienen dudas todo el tiempo, es por ello que es fundamental no solo explicar sino también mostrar la forma en que se va a llevar a cabo la técnica, pues estos pacientes tienen la necesidad de estar seguros de lo que les ocurre, pues son niños que verifican los procesos para evitar errores ya que son perfeccionistas.

“Para cualquier tratamiento empleado, es importante garantizar una continuidad uniforme a lo largo de las etapas de: decir, mostrar y hacer. Las explicaciones deben hacerse de manera sencilla y casual. Del mismo modo, la demostración se hará brevemente y de manera simple, para que el tratamiento verdadero continúe sin mayor atraso.”⁴

- Decir. Explicar al niño lo que se le va a realizar antes de comenzar el tratamiento, con el fin de reducir ansiedad y miedo. (Fig. 17)

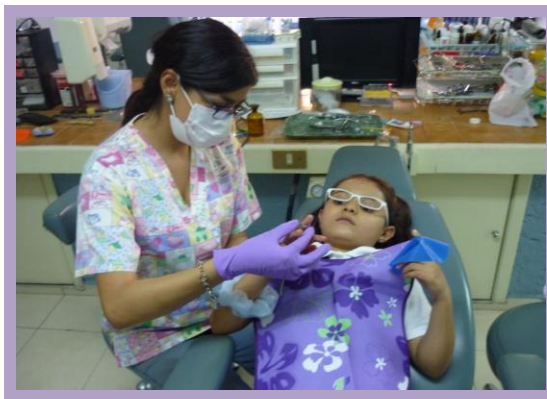


Fig. 17 Interactuando con el paciente

⁴ Anolaw R.J., Roch W. P. Manual de Odontopediatría, México 3ª ed. 1994. Pág. 20

- Mostrar. Enseñar cómo se llevará a cabo la técnica en dicho tratamiento. (Fig. 18)

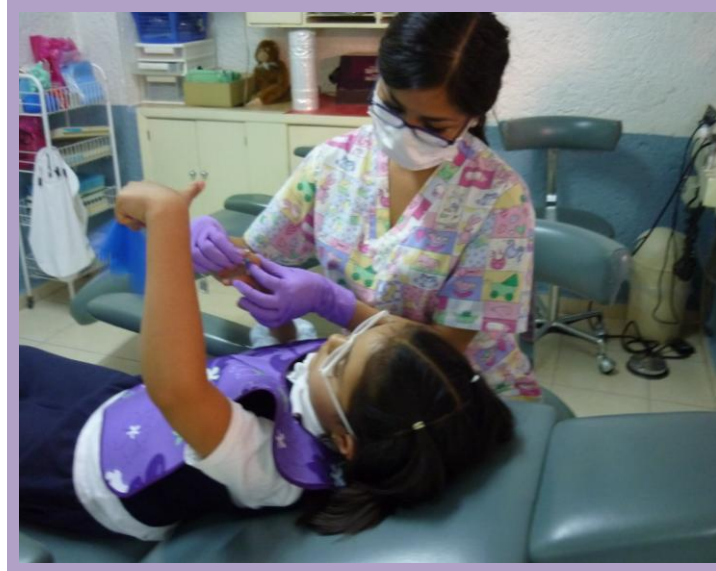


Fig. 18 Explicando el procedimiento

- Hacer. Llevar a cabo la técnica, de la manera en que se le explicó y mostró al niño. (Fig. 19)

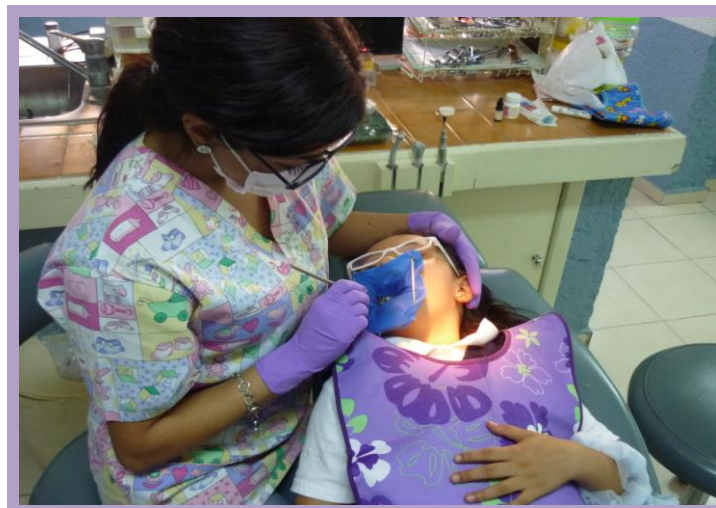


Fig.19 Realizando el procedimiento

5.3.3 Control de voz

Consiste en la modificación del tono e intensidad de la voz, de una manera repentina, elevándola con el fin de obtener la atención del niño; el objetivo de esta técnica es conseguir la atención del individuo. Para que esta técnica sea eficaz en un paciente con TOC que presente una conducta negativa, el odontólogo debe mostrar autoridad y tomar el control en la comunicación con el paciente; cabe precisar que la expresión facial es complementaria, para obtener el resultado esperado.

En el consultorio un paciente con TOC, puede presentar actos recurrentes los cuales retrasan el tratamiento dental, por lo que es necesario que el odontólogo aplique esta técnica elevando la voz de una manera firme, con el objetivo de obtener la atención del paciente, disminuir las manifestaciones recurrentes que presenta y así poder concluir los procedimientos dentales en el tiempo programado.

5.4 Técnicas de modificación de la conducta

La modificación de conducta, es un proceso que consiste en cambiar un comportamiento individual hacia un fin deseado. Se basa en introducir al niño de una forma planeada a los procedimientos terapéuticos, para prepararlo gradualmente a que acepte el tratamiento de una manera relajada y cooperadora.

“La conducta de un odontopediatra se debe enfocar hacia los problemas psicológicos, sociales y de aprendizaje de los niños y de los adolescentes, en cuanto se relacionan a la situación dental.”⁵

⁵ Barber Thomas K., Luke Larry S. Odontología Pediátrica. El Manual Moderno, México, D.F.1985. Pág. 42

5.4.1 Refuerzo

Este principio de aprendizaje de condicionamiento, se basa en que las conductas del hombre son influidas por sus consecuencias. Es decir, la conducta que es premiada tiende a aparecer con mayor frecuencia y la conducta que es castigada sin premiarse, tiende a desaparecer.

Los niños reaccionan de manera favorable a los refuerzos positivos, como: elogios, expresiones faciales de agradecimiento, sonrisas, o bien en forma de premio activo como: calcomanías, cepillos de dientes, globos, etc. (Fig.20)



Fig. 20 Refuerzo positivo

Para que sean efectivos siempre han de ser otorgados después de que se haya producido la buena colaboración por parte del niño y nunca antes. Si la conducta del niño no ha sido adecuada no se le entregará ningún premio, ya que entonces reforzaremos la mala conducta y el paciente quizá no entienda que esperamos otro tipo de actitud más colaboradora de su parte.

El elogio es uno de los reforzadores sociales más empleados en odontopediatría. “Se elogia cualquier conducta adecuada que se quiere observar nuevamente. Pequeños avances hacia la conducta final deseada.”⁶

Se realiza por medio de contacto visual, palabras agradables o contacto físico afectuoso, se hace de manera inmediata a la respuesta positiva, y una vez establecida la conducta se puede elogiar intermitentemente.

El niño con TOC puede presentar conductas repetitivas no deseadas, las cuales deben ignorarse y no responderse en lo absoluto, tomando una posición firme. Se deben ignorar conductas tales como: enjuagarse la boca de manera repetitiva, preocupación constante sobre la higiene del instrumental, preocupación por sus excreciones corporales como saliva y sangre.

5.4.2 Desensibilización

Es una de las técnicas empleadas con más frecuencia por los psicólogos en el tratamiento de los temores. Ésta abarca 3 etapas:

- Entrenamiento del paciente en relajación
- Construcción de una jerarquía de estímulos que provoquen miedo, relacionado con el temor principal del paciente
- Presentar a la vez cada estímulo en la jerarquía al paciente relajado, comenzando con el que genere menor temor y avanzando al siguiente, solo cuando el paciente ya no le tema⁷

⁶ Escobar Muñoz Fernando. Odontología Pediátrica. Amolca, Caracas, Venezuela, 2004. Pág. 50.

⁷ Anolaw. Op. cit. Pág.21

Los principios de desensibilización son muy útiles en el campo odontológico. El odontopediatra deberá establecer una escala de dificultad y ansiedad de los diversos procedimientos que realizará, los cuales deberán introducirse paulatinamente, se iniciara con los que produzcan menor ansiedad y se finalizará con los más complejos.

El odontopediatra a través de diversos estímulos podrá con esta técnica, identificar en los pacientes con TOC el temor principal en cada caso, para posteriormente disminuir la ansiedad gradualmente. (Fig.21)



Fig.21 Técnica de desensibilización

5.4.3 Imitación o modelado

Esta técnica consiste en permitirle a un paciente que observe uno o más individuos que le sirvan de modelo y muestren una conducta apropiada en un

momento particular. El paciente frecuentemente imitara la conducta del modelo, cuando se encuentre en una situación similar.⁸ (Fig. 22)



Fig. 22 Aplicación de la técnica de modelado

Los procedimientos antes mencionados, tienen 4 funciones básicas:

- El estímulo para la adquisición de nuevas conductas
- Para facilitar conductas que están ya en el repertorio del paciente, en una manera o momento más apropiado
- Para desinhibir conductas evitadas a causa del temor
- Para suprimir temores

Esta técnica es útil para aplicarse en pacientes con TOC, ya que permite cambiar la percepción alterada de los niños respecto al tratamiento dental, pues el hecho de que pueda observar la conducta apropiada en el consultorio, permite disminuir la angustia durante la consulta.

⁸ Ripa. Louis., Barenie James, Manejo de la conducta odontológica del niño. Mundi S.A., argentina 1ª ed. 1984. Pág. 68

5.5 Técnicas de enfoque físico

Son aquellas técnicas que controlan o limitan los movimientos de los niños, para su protección, al realizar los tratamientos dentales.

Los objetivos básicos de dicha técnica son:

- Ganarse la atención del niño
- Enseñarle la conducta apropiada que se espera de él
- Darle más seguridad mediante el contacto corporal y controlar sus movimientos
- Protegerlo de lesiones
- Hacer más fácil la técnica dental, tanto para el niño como para el odontólogo⁹

Las técnicas de restricción física se emplearán como parte del tratamiento, no como castigo y siempre se realizaran bajo el consentimiento de los padres.

Las indicaciones para utilizar las técnicas de enfoque físico son:

- Niños con limitaciones físicas, como pacientes afectados de parálisis cerebral, que no pueden controlar sus movimientos
- Niños con limitaciones mentales, como retrasos mentales intensos que les incapacitan para cooperar y actuar normalmente, y que generalmente producen conductas incontrolables
- Niños muy pequeños sin capacidad para comprender las explicaciones e instrucciones del profesional

⁹ Barbería. Op. cit. 133

- Algunos niños premedicados, que al no disponer de un nivel completo de conciencia, pueden reaccionar bruscamente ante algunos procedimientos
- Los niños que experimentan rabieta muy violentas. Normalmente se trata de niños muy mimados por los padres, que exhiben estas conductas descontroladas y que pueden poner bruscamente en peligro su integridad física durante los tratamientos
- Situaciones con traumatismos que requieren atención inmediata y que no se pueden aplicar por razones de tiempo, otras técnicas de control de conducta

Los pacientes con TOC sometidos a esa técnica pueden presentar diversos síntomas, los cuales obstaculizan el procedimiento odontológico, sin embargo, dichos síntomas pueden evitarse al limitar los movimientos de los niños. No obstante lo anterior, los pacientes con TOC presentan conductas repetitivas a efecto de disminuir las ansiedades o miedos que lo afectan en su vida cotidiana, por lo que al restringir al niño físicamente, se está evitando la conducta ritual y en consecuencia, la ansiedad y el miedo aumentan gradualmente. Por lo anterior, el odontopediatra debe de valorar la aplicabilidad de esta técnica con las características particulares que presenta cada uno de los pacientes, pues debemos recordar que el TOC puede tener variaciones de síntomas según el caso.

Es necesario precisar que los familiares de niños o adolescentes con TOC, en muchas ocasiones alientan los síntomas de los pacientes, con el objeto de disminuir la obsesión en los mismos y poder controlar su comportamiento, por lo que se pueden llegar a negar a colaborar con estas técnicas. En consecuencia, el odontólogo debe tener una comunicación

directa con los familiares del paciente, explicándoles los beneficios de dichas técnicas para generar un entorno confiable.

5.5.1 Bloques de mordida o abrebocas

Se utiliza para tener el control de la apertura de la boca durante el tratamiento, así mismo se utilizan como recordatorio para mantener la boca abierta o en casos de que el niño se niegue a la apertura, también son utilizados para evitar la fatiga en un procedimiento largo y para proteger al paciente de un posible daño que se pueda provocar, además estos bloques o abrebocas protegen los dedos del operador. (Fig. 23-24)



Fig.23 Abrebocas K.K

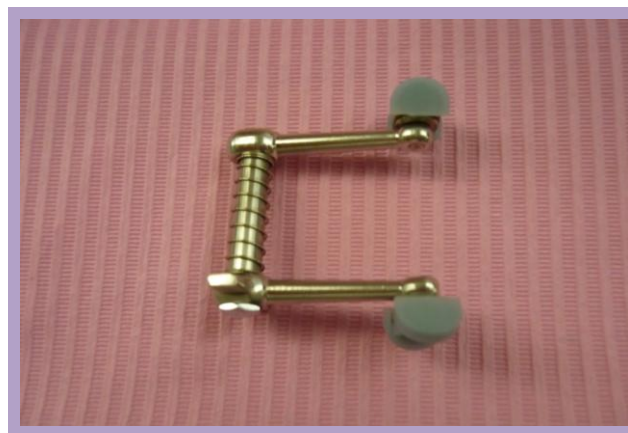


Fig.24 Abrebocas Yamaura

Este tipo de técnica puede ser asimilada de manera positiva por niños con TOC, pues uno de los síntomas de este trastorno es el tomar medidas para prevenir daños en sí mismos o en otros, por lo que el odontólogo debe explicar de una manera breve y clara al paciente la funcionalidad del abrebocas.

5.5.2 Control físico por parte del profesional

Consiste en que el odontólogo tenga el control de la cabeza, interceptando los movimientos inapropiados de las extremidades del niño durante la consulta. Existen procedimientos como en la aplicación de anestesia local, el cual requiere que el odontólogo posicione su brazo alrededor de la cabeza para inmovilizar al menor, mientras que los asistentes controlan los brazos del niño y permiten que el procedimiento continúe.

Para muchos niños, es suficiente que un asistente apoye su mano sobre la de ellos para sentirse seguros y protegidos, no obstante lo anterior, hay ocasiones donde es necesario que el personal actúe de una manera más activa, estas técnicas solo deben aplicarse temporalmente pues con el paso del tiempo el niño se vuelve colaborador.

5.5.3 Control físico mediante dispositivos específicos

Cuando es imposible controlar los movimientos de los niños, es necesario utilizar dispositivos de limitación física para controlar el cuerpo del menor, como sábanas, cinturones, red inmovilizadora y dispositivos comerciales como Pedi Wrap y el Papoose Board; sin embargo, esta técnica puede producir desconfianza en los padres de familia. Por lo anterior, el profesional

debe buscar la participación de los padres durante el tratamiento dental. (Fig. 25-27)



Fig. 25 Pedi Wrap¹⁰

¹⁰ <http://www.fresnelprism.com/PediWrap.html>



Fig. 26 Red inmovilizadora



Fig. 27 Papoose Board¹¹

En la actualidad, el odontólogo comparte la responsabilidad de aplicar las técnicas de control de conducta con los padres de los menores, pues es

¹¹ www.olymed.com/images/papoose-sizes.jpg

necesario tener su consentimiento, ya que mientras mejor informados se encuentren, aumenta la aceptación de la utilización de estas técnicas.

Los niños con TOC presentan movimientos continuos, como resultado de su ansiedad elevada, por lo que esta técnica es útil para que el niño no se lastime a sí mismo o el odontólogo lo pueda lesionar con el instrumental.

5.6 Actitud del paciente con TOC ante el odontólogo

Las experiencias infantiles y el comportamiento social del paciente, son factores importantes en el desarrollo de los sentimientos y actitudes del niño ante el odontólogo. El paciente puede llegar a pensar que el odontólogo es poderoso o peligroso, pudiendo por lo tanto sentir admiración o temor.

La transferencia de conductas socialmente aceptables, como el respeto y la cortesía, no suele ser destructiva para la relación paciente-odontólogo. Sin embargo la transferencia de una necesidad de amor interminable, de una demanda de atención incesante, de la necesidad de protección, del miedo a la tiranía y de sentimientos de resentimiento y odio, pueden resultar destructivos para la relación si no se comprenden y encauzan adecuadamente.¹²

El paciente con TOC puede adjudicarle al odontólogo un papel de hacedor de milagros, protector y paternal, sin embargo, cuando el paciente se da cuenta que no es así, puede mostrar desilusión e ira.

Para poder desarrollar y mantener una relación sólida, el odontólogo debe de comentar con el niño con TOC abiertamente sobre las expectativas y conductas inadecuadas, tales como las obsesiones que se pueden llegar a

¹² Little Op. cit. Pág. 564

presentar durante la consulta, mismas que pueden retrasar el tratamiento odontológico. (Fig.28)



Fig. 28 Paciente con TOC en el DEPEl¹³

5.7 Relación entre el odontólogo y el paciente pediátrico con TOC

Puede verse influida por la forma que tiene el odontólogo de afrontar la reacción del paciente ante el TOC. Cuando un paciente acude al odontólogo hay que considerar la reacción del paciente ante este trastorno y sus problemas dentales.

El paciente puede creer que es malo estar enfermo, lo que genera sentimientos de culpa y autorrechazo, también pueden considerar la enfermedad como un castigo por ser imperfecto o como una pérdida de poder o control personal, Estas ideas pueden generar sentimientos de inutilidad y desesperanza.

¹³ Fotografía donada de paciente tratada por DEPEl

Una de las reacciones más intensas frente a la enfermedad es el miedo: miedo de que la enfermedad impida al paciente lograr sus objetivos y deseos inmediatos, al dolor o a lo desconocido.

La ansiedad que presentan los pacientes con TOC, los lleva a presentar actos de manera recurrente para reducir su malestar. El odontopediatra debe saber que estos niños, realizan acciones directamente opuestas al miedo que sienten para probarse a sí mismos y a otros, que no están asustados.

Los pacientes pueden sentirse frustrados por la enfermedad, lo que genera en ocasiones sentimientos de agresividad, expresados a menudo como irritabilidad, mal carácter, ira y exigencia. Pueden presentar hostilidad hacia el odontólogo, pero existe resistencia a expresarla, dado que el papel del paciente requiere cortesía. Así la ira se puede expresar a través de otras conductas, como incumplir ordenes.

Un paciente con TOC se suele retraer y mostrar apático como resultado de su frustración, fisiológicamente parte de esta reacción puede ser consecuencia directa de la enfermedad.

Por todo lo anterior, el odontopediatra y el odontólogo deben de estar preparados para tratar a estos pacientes y concluir con éxito el tratamiento dental completo.

CONCLUSIONES

El objetivo del odontólogo durante el tratamiento de los niños y adolescentes con TOC, debe ser el mantenimiento de la salud, bienestar y funcionamiento de la boca, previniendo y controlando las enfermedades bucodentales.

El manejo conductual del el niño con TOC durante la consulta odontológica, significa lograr mantener la colaboración de éste durante el tratamiento, tomando en consideración que este trastorno implica la presencia de pensamientos obsesivos o actos recurrentes, los cuales afectan de manera negativa al paciente. Por lo que la técnica que utilice el odontólogo va a influir notoriamente en el estado emocional del niño.

Los pacientes con TOC son susceptibles de presentar caries y enfermedad periodontal, debido a la xerostomía que como efecto secundario producen la mayoría de los fármacos utilizados para el tratamiento de este trastorno. El odontólogo debe realizar un manejo conductual adecuado, teniendo en cuenta las manifestaciones clínicas del paciente, siendo dinámico para asimilar los cambios físicos y psicológicos del niño.

Cabe señalar que no existe una técnica de control de conducta determinada para manejar las obsesiones o compulsiones del niño, ya que no existen situaciones específicas que pudieran presentarse entre varios pacientes con TOC, pues es muy diversa la sintomatología de este trastorno.

Es necesario evaluar y adaptar al paciente con TOC mediante la aplicación de diversas técnicas de control de conducta, considerando que cada paciente puede presentar conductas específicas; por ello, el odontólogo debe conocer las principales manifestaciones clínicas del TOC.

El manejo del paciente debe reducir al mínimo la ansiedad y miedo del niño durante la consulta odontológica, lo que se puede lograr con una técnica de conducta adecuada. El odontólogo debe interactuar de una manera integral con los familiares del niño con TOC, a efecto de transmitir una actitud positiva, que permita un tratamiento dental exitoso.

BIBLIOGRAFÍA

- Alarcón Renato, Mazzotti Guido. *Psiquiatría. El Manual Moderno*, Washington, 2ª ed. 2005. 1300pp.
- Anolaw R.J., Roch W. P. *Manual de Odontopediatría*, México, 3ª ed. 1994. 265pp.
- Asociación Psiquiátrica Americana. *DSM-IV-TR. Manual Diagnostico y Estadístico de los Trastornos Mentales*. Masson, Barcelona, España, 4ª ed. 2003. 1049pp.
- Barber Thomas K., Luke Larry S. *Odontología Pediátrica. El Manual Moderno*, México, D.F.1985, 431pp.
- Barbería Leache Elena, Boj Quesada Juan Ramón. *Odontopediatría*, Masson, Barcelona España 2ª ed. 2002. 432pp.
- Colin D. Rudolph, Abraham M. Rudolph. *Pediatría*. Mc Graw Hill Interamericana. España, Madrid, 21ª ed. 2007. 996pp.
- Escobar Muñoz Fernando. *Odontología Pediátrica*. Amolca, Caracas, Venezuela, 2004. 534pp.
- Fotografía donada de paciente tratada en DEPel
- Gross Richard D. *Psicología- La Ciencia de la Mente y la Conducta*. El Manual Moderno, México D.F. 3ª ed.2004. 1082pp.
- J. De Ajuriaguerra. *Manual de Psiquiatría Infantil*. Toray-Masson, Barcelona, 4ª ed. 1979, 984pp.
- Jenike Michael A., Baer Lee. *Trastornos Obsesivo-Compulsivos, Manejo Práctico*. Harcourt, Madrid, España, 3ª ed. 2001. 849 pp.

Little James W., Falace Donald A. Tratamiento Odontológico del Paciente Bajo Tratamiento Médico. Harcourt, Madrid, España, 3ª ed. 2001. 668 pp.

Montenegro Hernán, Guajardo Humberto. Psiquiatría del Niño y del Adolescente. Mediterráneo, Santiago, Chile, 2ª ed. 2000. 505pp.

Najenson De Valvo Norma, D' Angelo Patricia. Motivación en odontopediatría y técnicas anestésicas locales indoloras atraumáticas para niños y adultos. El Ateneo, México, 2003.245pp.

Nezu Arthur, Nezu Christine. Formulación de casos y diseño de tratamiento cognitivo conductuales. El Manual Moderno, New York, 2006. 308pp.

Plata Rueda E. El Pediatra Eficiente. Catalogo Científico, Bogotá, Colombia, 3ª ed. 1984. 643pp.

Ripa. Louis., Barenie James, Manejo de la conducta odontológica del niño. Mundi S.A., argentina 1ª ed. 1984. 268pp.

Rodríguez Sacristán Jaime. Psicopatología del niño y del adolescente. Universidad de Sevilla, Sevilla 2ª ed. 1998, 804pp.

Silvestre Francisco J. Plaza Andrés. Odontología en pacientes especiales. Unvesitat de València , Valencia, España, 2007. 313 pp.

Torres, A. R, Prince, M. J. Obsessive-Compulsive Disorder: Prevalence, Comorbidity, Impact, and Help-Seeking in the British National Psychiatric Morbidity Survey of 2000. Am J Psychiatry 2006; 163: 1978-1985.

Valdivia Mario. Manual de Psiquiatría Infantil. Mediterráneo, Santiago, Chile, 2002.274pp.

Vallejo Ruiloba, Berrios Germán E. Estados Obsesivos. Masson, Barcelona, España, 3ª ed. 2006,799pp.

Vargas L.A., Palacios L. Trastorno Obsesivo- Compulsivo en niños y adolescentes. Una actualización Primera Parte. Salud Mental. 2008; 31:173-179

Vargas L.A., Palacios L. Trastorno Obsesivo- Compulsivo en niños y adolescentes. Una actualización Segunda Parte. Salud Mental. 2008; 31:283-289

Wiener Jerry M., Minak K. Dulcan. Tratado de Psiquiatría de la Infancia y la Adolescencia. Masson, Barcelona, 1ª ed. 2004. 1140pp.

www.esmas.com/.../005/356/morder-unas-NTnva.jpg

www.biosalud.com.ve/image/niño-obsesivo.jpg

www.Ciencia.uma.es/.../data/media/23/toc2.jpg

www.cuidadoinfantil.net/niñosobsesivos-tratamiento

www.img.pequesymas.com/2009/04/nino-agresivo.JPG

www.bp.blogspot.com/.../s400/4reflejo-ruta2.gif

www.elliderusa.com/uploaded_pictures/4796_1.jpg

www.genericdrugshop.info/images/anafranil.jpg

www.prozac-fluctine.com/fluoxetina.htm

www.medical-look.com/reviews/Luvov.jpg

www.psiquiatria.com/farmacos/img/prisdal30.jpg

www.mimedicfarm.com/.../paxilGen150x150.jpg

www.pacienteplus.com/tienda/popup_image.php?p...

www.us.123rf.com/.../reno123070700171/1342595.jpg

www.fresnelprism.com/PediWrap.

www.olymed.com/images/papoose-sizes.jpg

www.sn104w.snt104.mail.live.com/att/GetAttachment.aspx?tnail=5&messa

www.contenido.sugerimos.com/.../274878muj.JPG

Yaryura Tobías José Aníbal, Neziroglu Fugen. Un viaje al interior del cerebro.

Polemos, Buenos Aires 1ª ed. 2001.201pp.