

El papel de los padres en el tratamiento cognitivo-conductual del trastorno obsesivo-compulsivo en la infancia: a propósito de un caso

The role of parents in the cognitive-behavioral treatment of childhood obsessive-compulsive disorder: a case report

Fabio Falcón¹, Catalina Lazar², Carmina Saldaña³

Resumen

El trastorno obsesivo-compulsivo (TOC) infantil, es un trastorno relativamente frecuente que causa importantes problemas a los niños y a sus familias. Entre las características propias de este trastorno se encuentra el alto grado de patología familiar, especialmente trastornos de ansiedad (entre ellos el TOC), ciertos patrones de parentalidad tendentes a la evitación y la rigidez, y un alto grado de acomodación a los síntomas. En los últimos años se han desarrollado tratamientos específicos desde el modelo cognitivo-conductual que incluyen a la familia. En el presente artículo, se ilustra una intervención cognitivo-conductual familiar, en un caso de un niño de 11 años diagnosticado con TOC infantil. La intervención, que incluyó el entrenamiento de ambos padres en la aplicación de la exposición con prevención de respuesta (E/PR), consiguió una reducción significativa de los síntomas que se situaron por debajo del punto de corte y se mantuvo así tras tres seguimientos (uno, cuatro y nueve meses).

Palabras clave: TOC infantil. Terapia Cognitivo-Conductual. Intervención familiar. Práctica clínica.

Summary

Childhood obsessive-compulsive disorder (OCD) is a relatively common disorder that leads to significant impairment in children and their families. Among the characteristics of this disorder

¹Psicólogo Terapeuta de Unidad de Terapia de Conducta, Universidad de Barcelona. E-Mail: ffalcon@copc.cat

²Psicóloga Terapeuta de Unidad de Terapia de Conducta, Universidad de Barcelona.

³Catedrática del Departamento de Personalidad, Evaluación y Tratamiento Psicológico y Directora de Unidad de Terapia de Conducta, Universidad de Barcelona.

Correspondencia: Dra. Carmina Saldaña
Facultat de Psicologia. Campus Mundet.
Pg. Vall d'Hebron, 171
08035 BARCELONA
E-Mail: csaldana@ub.edu

der there are the high degree of family pathology, particular anxiety disorders (including OCD) and certain patterns of parenting aimed at avoidance and rigidity, and also a high degree of accommodation to symptoms. In recent years there have been specific cognitive-behavioral treatments that place great emphasis on the active role of the family. This paper illustrates a case of cognitive-behavioral family intervention in a 11-year old boy diagnosed with childhood OCD. The intervention, which included training both parents in the application of Exposition with Prevention Response (EPR), achieved a significant reduction of symptoms. The results obtained were below the cutoff and remained so after three follow ups (one, four and nine months).

Key words: Childhood OCD. Cognitive-Behavioral Therapy. Family intervention. Clinical practice.

INTRODUCCION

El trastorno obsesivo-compulsivo (TOC) infantil afecta a entre un 1 y un 4% de la población general, iniciándose en ocasiones a los 4 o 5 años; aunque hasta su diagnóstico suelen transcurrir 4 años (Godoy et al., 2011); llegando a causar importantes consecuencias académicas, sociales y familiares (Valderhaug, Larsson, Götestam y Piacentini, 2007; Toro, 2001).

Existen algunas diferencias en la presentación clínica del TOC infantil, en comparación con el adulto (Turner, 2006). De una parte, el malestar, que en adultos se manifiesta comúnmente como ansiedad, puede ser expresado por los niños como culpa, tristeza o rabia. Por otra, los niños con TOC suelen presentar ideas referentes a la contaminación, el daño o la simetría, mientras que los adolescentes presentan más frecuentemente ideas referentes al sexo o la religiosidad. Además, las compulsiones más comunes en los niños son el lavado de manos, orden y comprobaciones, aunque pueden presentar conductas encubiertas como revisar o cancelar pensamientos, rezar o contar en silencio (Franklin, 1998; Wever, 1997; en Turner, 2006). Finalmente, a diferencia de la estabilidad que presentan los adultos, los niños y adolescentes suelen variar en la temática de sus obsesiones y en el repertorio de compulsiones. (Turner, 2006).

Se estima que el porcentaje de familiares de primer grado afectados, se encuentra entre el 10 (Albert, Maina, Ravizza y Bogetto, 2002; Nestadt et al., 2000) y el 20% (Do Rosario-Campos et al., 2005; García et al., 2009; Hanna, Flischer, Chadha, Himle y Van Etten, 2005; Steketee y

Van Noppen, 2003), aunque se han encontrado porcentajes de más del 30% (Chabanne et al., 2005). La psicopatología ansiosa es habitual en los padres de los niños con TOC, así como la depresión en las madres cuando se comparan con padres de niños con otros trastornos de ansiedad, trastornos externalizantes o sanos (Barret, Shortt y Healy, 2002). En este sentido, Liakopoulou et al. (2010) no sólo encontraron más rasgos obsesivos en los padres de niños con TOC, sino también una mayor incidencia de otros trastornos de ansiedad y depresión comparados con padres de niños con problemas de aprendizaje. Por último, los padres de niños con TOC tienen con más frecuencia trastornos de la personalidad, principalmente trastorno de la personalidad evitativo y trastorno obsesivo-compulsivo de la personalidad (Calvo et al., 2007).

Con relación al estilo parental, Barret et al. (2002) indican que es posible distinguir las familias con TOC infantil por las características de las interacciones de sus miembros. Por ejemplo, los niños con TOC perciben menor calidez que aquellos con otros trastornos de ansiedad o sin trastorno (Barret et al., 2002), así como mayor rechazo (Lennertz et al., 2010). En concreto, Alonso et al. (2004) relacionan la menor calidez percibida con una mayor sintomatología compulsiva de acumulación. Además, los padres de niños con TOC parecen mostrar menos confianza en sus hijos y menor tendencia a premiar su independencia (Barret et al., 2002) y mayor control (Lennertz et al., 2010). Asimismo, igual que padres de niños con otros trastornos de ansiedad, estas familias utilizan más frecuentemente estrategias de *coping*

evitativo (Derisley, Libby, Clark y Reynolds, 2005) y menor resolución positiva de problemas (Barret et al., 2002). También, la sobreprotección, especialmente materna, ha sido relacionada con el TOC infantil (Wilcox et al., 2008), aunque no todos los autores encuentran esta relación (Alonso et al., 2004). Finalmente, el conflicto familiar presenta resultados contradictorios en cuanto a su relación con el TOC infantil (Sukhodolsky et al., 2005; García et al., 2010), aunque se ha comprobado que afecta negativamente a los resultados del tratamiento (Ginsburg, Kingery, Drake y Grados, 2008).

La acomodación familiar es el fenómeno mediante el cual los padres y hermanos del niño facilitan, tanto la compulsión, como la evitación fóbica, ya sea permitiéndoles realizar estas conductas o incluso participando en ellas. Dicha conducta se da en prácticamente todas las familias con TOC infantil, siendo la más habitual dar tranquilidad (Flessner et al., 2011; Peris et al., 2008). Además, más de un tercio de los padres participan activamente en rituales y otro tercio ayuda a sus hijos a evitar situaciones ansiógenas. Tanto la severidad de los síntomas compulsivos y la conducta oposicionista de los niños, como la elevada ansiedad por parte de los padres, predicen la acomodación (Flessner et al., 2011); la cual, a su vez, predice peores resultados de tratamiento (Krebs y Heyman, 2010; García et al., 2010; Storch et al., 2010d). Storch et al. (2007) proponen un modelo que sitúa la acomodación como una variable mediadora entre la severidad de los síntomas y el grado de discapacidad. Más concretamente, la acomodación se relacionaba con el grado de discapacidad informado por los padres, pero no con el de los niños. Éstos valorarían su discapacidad en función del malestar que experimentan y no tanto por la frecuencia de compulsiones, sintiéndose aliviados al tener a su familia "cooperando".

Tratamiento cognitivo-conductual (TCC) del TOC infantil

La terapia cognitiva y la exposición con prevención de respuesta (E-PR) son los tratamientos más estudiados en población adulta. En población infantil se ha adaptado la intervención, dadas las diferencias en la presentación clínica, las capacidades del paciente y las características y papel del

entorno. Dichos tratamientos cuentan con menor contenido de técnicas cognitivas (o simplificaciones de las mismas), y la inclusión de la familia, especialmente en la psicoeducación y la aplicación de la E-PR (Waters, Barret y March, 2001; Thienemann, Martin, Gregger, Thompson y Dyer-Friedman, 2001; Piacentini et al., 2002; Benazon, Ager y Rosemberg, 2002; Freeman et al., 2003, 2008; Barret et al., 2004; March et al., 2004; Asbahr et al., 2005; Simons, Schneider, Herpertz-Dahlmann, 2006; Storch et al., 2007; Valderhugh et al., 2007; Bolton y Perrin, 2008; Williams et al., 2010; Farrel, Schlup y Boschen, 2010 y Whiteside y Jacobsen, 2010).

Cuatro son los objetivos principales para incluir a los padres en el tratamiento: 1) reducir la acomodación; 2) solventar dificultades en la aplicación de la E/PR, consecuencia de la edad del paciente; 3) asegurar una práctica supervisada, periódica y en un entorno natural de la E/PR; y 4) reducir la ansiedad en los padres y el conflicto familiar. Con relación a las dificultades, Freeman et al. (2008) señalan que los niños tienen problemas para percibir y expresar emociones complejas, lo cual afecta en la elaboración de jerarquías de E/PR. Piacentini et al. (2002) añaden que esta dificultad es notable cuando se trata de describir obsesiones y que la motivación de los niños también se ve afectada por su tendencia a orientarse al presente. Por este motivo, y para solventar otras dificultades que ya se han descrito al hablar sobre el entorno familiar; –como la acomodación–, diversos autores (Whiteside y Jacobsen, 2010; Marien et al., 2009; Freeman et al., 2008; Piacentini et al., 2002; Waters et al., 2001) recomiendan la inclusión de los padres como coterapeutas activos en la aplicación de la E-PR. Por otra parte, a menudo los padres se sienten culpables por el trastorno de sus hijos, o tienen dificultades para distinguir cuándo las conductas problemáticas son o no causa del TOC, lo que normalmente lleva a aumentar la tensión y el conflicto (Stengle-Wenzke, Trosbach, Dietrich y Angermeyer, 2004). Finalmente, la participación de los padres en la intervención repercute de manera positiva en la ansiedad de éstos, especialmente en aquella ligada al problema de sus hijos (Kerbs y Heyman, 2010).

En cuanto a las funciones de los padres, se encuentra: 1) la función informativa, especialmente

importante en la fase inicial de evaluación; 2) la de ayudante en la fase de intervención; y 3) la de objeto mismo de la intervención, en tanto y cuanto son corregidas las conductas de los mismos. Una de las fases que con más frecuencia se dedica exclusivamente a padres es la psicoeducativa. Además de la habitual información sobre el origen y funcionamiento del TOC, algunos autores (Freeman et al., 2003; Piacentini et al., 2002) incluyen psicoeducación sobre la diferencia entre las conductas propias del TOC y aquellas que pueden ser también problemáticas, pero que son explicables por los cambios evolutivos normales. Por último, se incluye a los padres en la fase de E/PR, participando en la construcción de jerarquías, diseño de las prácticas, aplicación y supervisión de las mismas.

La evidencia acumulada en los últimos quince años, señalan a los TCC como los más eficaces para el tratamiento del TOC infantil (O'Kearly, Anstey, von Sanden y Hunt, 2010). En cuanto a las intervenciones familiares, Barret et al. (2004) encontraron que el TCC familiar reducía la sintomatología en un 60% (medidas con el CYBOCS) y tasas de respuesta del 88% (pacientes sin diagnóstico en el post-tratamiento). Estos resultados se mantuvieron en el seguimiento a 6 meses (con una tasa de respuesta del 82%) y a los siete años (O'Leary, Barret y Fjermestad, 2009). Trabajos anteriores con muestras más reducidas apuntan resultados similares (Thienemann et al., 2001; Waters et al., 2001 y Piacentini et al., 2002). Por otra parte, no se ha observado diferencia entre las modalidades grupales o individuales, con periodicidad semanal o intensiva (Farrel, 2010; Barret, 2004).

Aunque hasta la fecha no se ha demostrado la eficacia añadida del componente familiar, algunos datos avalan el entrenamiento de padres en la aplicación de E/PR. Por ejemplo, Martin y Thienemann (2005), encontraron que la mayor participación de los padres en las tareas de exposición estaba relacionada con una mayor reducción de síntomas del TOC. Por último, además de la reducción de los síntomas, numerosos autores (Ginsburg, Burstein, Becker y Drake, 2011; Merlo, 2007) han constatado que el TCC familiar reduce la acomodación en más de un 60% y se mantiene en niveles no significativos en el post-tratamiento.

El objetivo del presente trabajo es ilustrar el

TCC familiar con gran participación de los padres en un caso de TOC infantil. Con este fin, se describirá el procedimiento de trabajo realizado exclusivamente con los padres, así como los contenidos de la intervención, que han sido dirigidos a ellos. Por último, se detallarán los resultados de la intervención y se discutirán dichos resultados.

MÉTODO

Identificación del paciente y su familia

El paciente es un niño de 11 años de edad que reside con sus padres y un hermano 3 años menor que él. Cursa sexto grado de primaria y realiza varias actividades extraescolares, deportivas y formativas, que desempeña de manera satisfactoria, al igual que sus estudios. El nivel socio cultural de la familia es medio-alto, siendo ambos padres profesionales con estudios universitarios.

Evaluación

Motivo de consulta y análisis del problema en la actualidad: Los padres del paciente acuden a consulta aludiendo problemas en su hijo, relativos a una serie de conductas repetitivas y ritualizadas que comenzaron hacía pocos meses, en verano.

Tras una entrevista con ellos y tres entrevistas con el paciente, se obtiene la información que se sintetiza a continuación. En estas entrevistas se administraron la Escala Obsesivo Compulsiva de Yale-Brown para niños y adolescentes, el CYBOCS (Scahill et al., 1997) y el *Child Behavior Checklist, CBCL* (Achenbach, 1991).

El CYBOCS es una entrevista semi-estructurada, dividida en dos partes: la primera evalúa obsesiones y severidad de las mismas y la segunda parte pregunta por compulsiones y su severidad. Para medir la severidad se utilizan 10 preguntas para cada apartado, en las que el entrevistador da una puntuación de 0 a 4, según se ajuste la respuesta del paciente. Para la puntuación final, no se tienen en cuenta los ítems que hacen referencia al tiempo libre de obsesiones y compulsiones. Godoy et al. (2011), sólo han encontrado satisfactoria la fiabilidad ($\alpha = 0.78$) cuando se eliminan los ítems de resistencia.

El CBCL es un cuestionario diseñado para evaluar problemas emocionales y de conducta en ni-

ños y adolescentes, a partir de las respuestas de los padres. Está compuesto por 118 ítems que se responden en una escala de 0 (casi nunca) a 2 (casi siempre). Permite obtener un perfil en el que constan siete subescalas (aislamiento social, quejas somáticas, ansiedad/depresión, problemas sociales, problemas de pensamiento, problemas de atención, conducta delincuente y conducta agresiva), agrupadas en tres factores (problemas internalizantes, problemas externalizantes y mixtos), además de una puntuación global. Adaptaciones recientes encuentran fiabilidades más bajas que en el original ($\alpha=0.84$) (Albores-Gallo, 2007).

Resultados de la evaluación

El paciente presenta una serie de ideas obsesivas poco definidas, como es frecuente en el TOC infantil. Algunas de estas ideas se presentan en forma de imágenes violentas, como asesinatos, que el paciente relaciona con escenas de películas que ha visto. La temática de las obsesiones es: temor a resultar dañado, que otros resulten dañados por su culpa, imágenes horribles o violentas, temor a ser responsable de que algo terrible pueda pasar, y temor a no decir las cosas correctamente.

El paciente reconoce que la mayoría de sus obsesiones son exageradas, aunque defiende la posibilidad de algunas ideas intrusivas como, por ejemplo, que la comida de sus padres sea envenenada. Asimismo, le cuesta concretar la frecuencia de estos pensamientos, aunque se consigue establecer que suceden más de una vez al día. Por otra parte, la duración de dichos pensamientos es de aproximadamente 3 horas al día.

El malestar que estos pensamientos le generan es moderado y en numerosas ocasiones, asegura que es bajo en comparación con el verano; si bien, sufre ciertas molestias mientras realiza actividades como: jugar, hacer los deberes o realizar actividades en la escuela. A pesar de este malestar, su funcionamiento global se encuentra preservado, y no sufre consecuencias apreciables en cuanto a su rendimiento académico o de otras actividades extraescolares.

El paciente realizaba algunas actividades, que él consideraba de ocio, que podrían estar explicadas por su tendencia obsesiva, o como una manera de distraerse ante sus obsesiones. Por ejemplo, el paciente leía de forma exhaustiva un periódico deportivo casi todas las mañanas.

En el momento de la evaluación el paciente presenta conductas ritualizadas, mayoritariamente de repetición, que se producen en el momento en que tiene una obsesión, con el fin de poder realizar la acción “libre” del pensamiento intrusivo. Estas conductas son: revisar que esté adecuadamente lavado y vestido o quitarse y ponerse ropa de manera repetitiva (principalmente el pijama a la hora de dormir), poner y quitarse los aparatos dentales, salir del lavabo o escalera con determinado pie, contar en voz baja, entrar varias veces seguidas en un sitio nuevo, volver a colocar cosas en “su sitio” y volver a sentarse.

Antecedentes e historia del problema: El inicio del problema se sitúa en el verano, un mes a partir del cual se pide consulta en la Unidad de Terapia de Conducta. Si bien no se consiguen determinar los disparadores concretos, el paciente asegura que comenzó durante las colonias de este período.

A pesar de que, ni el paciente, ni sus padres recuerdan la existencia del problema en el pasado, pueden reconocer historia previa de ideas obsesivas como la limpieza ante el temor de contagiarse de gripe A, e ideas respecto a ahogarse o dejar de respirar mientras dormía. Estas ideas ocurrieron hace aproximadamente dos años y no puede establecerse la cualidad patológica de las mismas. A su vez, los padres del paciente relatan historia de comportamientos repetitivos, casi siempre respecto a releer libros en la misma época. Leyó todos los libros de la famosa saga de Harry Potter en un verano, unas tres veces cada libro. Sus padres afirman que tuvieron que pedirle que dejara de leer.

Los padres del paciente son especialmente reservados cuando se les pregunta por antecedentes familiares. Ambos han recibido intervención psicológica, aunque no se han obtenido detalles de las mismas. Se puede establecer que el padre del paciente recibió atención psicológica con 23 años, a causa de lo que él denomina un “brote psicótico inducido por LSD”. Recientemente ha acudido a terapia, por lo que él explica como “problemas de inseguridad”. Asegura que lo que le sucede no se asemeja al problema de su hijo. La madre del paciente afirma tener “tendencia preocupadiza” y que recibió tratamiento psicológico a raíz de la muerte de su padre. En aquella época, no atendía las lla-

madras telefónicas por miedo a que le dieran “malas noticias”. Además, la abuela paterna del paciente fue diagnosticada y tratada de trastorno bipolar. Por último, el paciente no había consultado, ni recibido tratamiento psiquiátrico, ni psicológico, por este u otro problema.

Análisis funcional presentado a padres y objetivos del tratamiento

Tras la evaluación, se realizó un análisis funcional (AF) para el paciente y otro para los padres. Mediante el AF, se explica a los padres (véase la Figura 1) cómo la interacción de componentes predisponentes de carácter más biológico, presentes en las características temperamentales (introversión, ansiedad rasgo elevada, etc.) de su hijo, en combinación con situaciones estresantes precipitantes, activan pensamientos intrusivos –obsesiones–, relacionados, entre otros, con el temor a resultar dañado o que otros resulten dañados por su culpa. Ante el malestar que generan estos pensamientos, el niño desarrolla comportamientos –com-

pulsiones– que previenen la aparición de consecuencias desagradables y que alivian la ansiedad que experimenta. Como se puede observar en la figura 1, la secuencia obsesión-malestar-compulsión-alivio debe ser interrumpida para hacer frente al problema y se convierte en el eje central del tratamiento.

A partir de la explicación proporcionada mediante el AF se establecieron con los padres y el paciente los objetivos del tratamiento.

Los objetivos terapéuticos planteados fueron: 1) Educar a la familia y al paciente sobre la ansiedad y su función; 2) reducir el número, frecuencia y malestar de las conductas compulsivas; 3) reducir la frecuencia y el malestar asociado a los pensamientos obsesivos; y 4) dotar al paciente y a su familia de estrategias para manejar este problema caso de que reaparezca en el futuro.

Tratamiento

Tras la evaluación, se realizaron 16 sesiones de tratamiento de una hora de duración y frecuen-

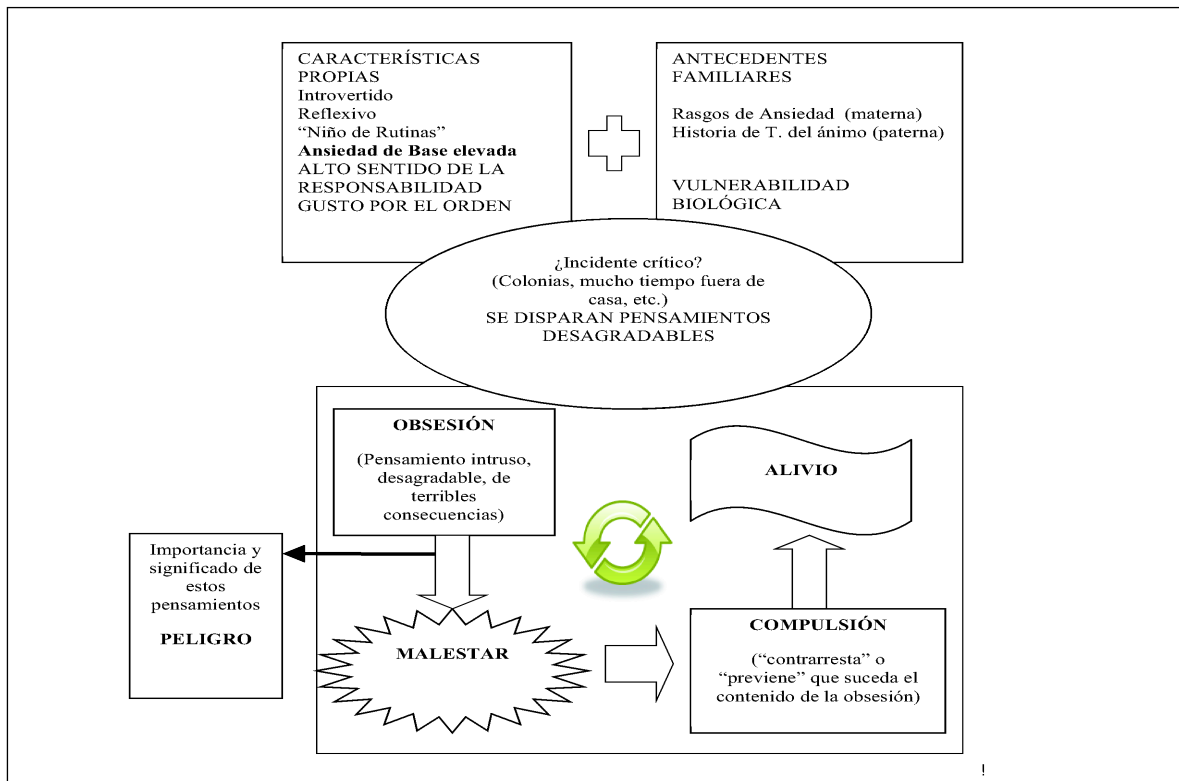


Figura 1
Análisis funcional explicativo presentado a padres

cia semanal (salvo las dos últimas sesiones, que se espaciaron dos y tres semanas respectivamente). El formato de dichas sesiones incluía una parte con el paciente (el grueso de la sesión) y otra parte conjunta con los padres. Algunas sesiones se

dedicaron exclusivamente a los padres (la primera y la sexta), respondiendo siempre a las necesidades de la intervención y a los objetivos específicos. Un resumen de la intervención puede consultarse en la tabla 1.

Tabla 1
Objetivos y actividades realizadas en las sesiones del tratamiento aplicado a los padres

| Sesión | Dedicación a padres | Objetivos terapéuticos | Técnicas utilizadas |
|---------------|--|---|---|
| Sesión 1 | Sesión íntegra | Evaluación | Administración CY-BOCS y CBCL Entrevista Clínica (padres) |
| Sesión 2 | 20' | Evaluación | Entrevista Clínica (padres y paciente) |
| Sesión 3 | 20' | Evaluación | Entrevista Clínica (padres y paciente) |
| Sesión 4 | 20' | Evaluación | Entrevista Clínica (padres y paciente) |
| Sesión 5 | 15' | Comprender el trastorno y el papel de cada uno. | Análisis funcional para padres |
| Sesión 6 | Sesión íntegra | Limitar las conductas problema y la diana terapéutica. Educar a los padres en la diferenciación de conductas TOC de las de otras conductas molestas pero normales. | Psicoeducación sobre la fisiología de la ansiedad. Psicoeducación sobre las diferencias entre conducta TOC y no-TOC. Psicoeducación sobre los cambios de la adolescencia. |
| Sesión 7 | 10' | Sesión dedicada casi íntegramente al paciente Con padres: aclaración de dudas de la semana anterior. | |
| Sesión 8 | Íntegra compartida con el paciente | Entrenamiento en E-PR: aplicación y registro. | Jerarquía por colores (termómetro del miedo). Registro de Exposición (por colores). Pautas de E-PR. |
| Sesión 9 a 13 | Entre 20 y 60' (en dichos casos en compañía también del paciente). | Supervisar la función de coterapeuta en E-PR por parte de los padres. Progresar en la jerarquía de exposición. | E-PR Uso de registros |
| Sesión 14 | 20' | Introducir la práctica de E-PR elicitando la obsesión de forma explícita. | E-PR Provocar pensamientos intrusos. Uso de registros. |

| | | | |
|---------------------|--|--|---|
| Sesión 15 a 17 | Entre 20 y 60' (en dichos casos en compañía también del paciente). | Supervisar la función de coterapeuta en E-PR por parte de los padres. Progresar en la jerarquía de exposición. | E-PR Uso de registros |
| Sesión 18 y 19 | Entre 20 y 30' | Prevenir dificultades en el futuro y cómo reaccionar. | Prevención de recaídas |
| Seguimiento 1 mes | 20' | Monitorizar el mantenimiento de las mejoras y resolver posibles dificultades. | Administración CBCL Entrevista clínica |
| Seguimiento 4 meses | 20' | Monitorizar el mantenimiento de las mejoras y resolver posibles dificultades. | Administración CBCL Entrevista clínica |
| Seguimiento 9 meses | 20' | Monitorizar el mantenimiento de las mejoras y resolver posibles dificultades. | Administración CBCL Entrevista clínica |

Psicoeducación a padres: Se explicó y proporcionó material gráfico y escrito, elaborado específicamente para los padres, sobre el concepto de ansiedad y su fisiología, cómo diferenciar la conducta obsesiva-compulsiva de otros rituales infantiles normales y los cambios evolutivos esperables en un niño de la edad de su hijo. Todo esto se realizó con varios objetivos. Por un lado, reducir la ansiedad, especialmente de la madre, al entender que el problema de su hijo tenía una explicación lógica y podía ser tratado. También sirvió para asumir que la mejor forma de solucionar el problema es afrontar la ansiedad. Al proporcionar dicha información, se esperaba que redujeran algunas actitudes de sobreprotección posiblemente derivadas de la idea de que el sufrimiento debe ser evitado a “toda costa”. Por otro, la tendencia preocupadiza de la madre, unida al desconocimiento de que el trastorno podía estar sesgando la percepción de los padres sobre la conducta de su hijo, atribuyendo al trastorno la causalidad de otras conductas, como la rebeldía u otros cambios no patológicos y perfectamente explicables desde la perspectiva evolutiva.

Entrenamiento en E-PR a padres: En la sesión 8 se introdujo la técnica de E-PR. La técnica se justificó en base al AF y se acordó el orden que se seguiría en la exposición con ayuda de una

Tabla 2
Jerarquía de exposición

| Conducta compulsiva | Ansiedad PRE (1-5)* |
|-----------------------------------|---------------------|
| Pintarse el brazo | 2 |
| Encender y apagar la luz/ TV | 2 |
| Volver a entrar en una habitación | 2 |
| Volver a subir/ bajar escaleras | 3 |
| Poner/ quitarse aparatos dentales | 4 |
| Volver a ponerse el pijama | 4 |
| Volver a ponerse la camiseta | 4 |
| Contar números | 5 |

*Conversión a escala numérica de una escala cromática

jerarquía. Posteriormente, se explicaron las condiciones de la práctica, tanto al niño como a sus padres y se les entregó un poster tamaño A3 con las pautas a seguir, que podía ser consultado mientras se practicaba la E-PR. Se acordó la práctica semanal, siempre con supervisión paterna (al que llamamos “ayudante”). Para el control de las prácticas se confeccionó un registro por colores que se traducía a una escala del 1 al 5 (véase la Figura 2). El padre o la madre “ayudante” fueron entrenados en sesión en el manejo del registro y eran los responsables de llevarlo a cabo en cada

Fecha de la exposició:

Ensayo 1 Hora de inicio:

| SITUACIÓ | ANSIETAT ABANS (al inici de l'activitat) | ANSIETAT DURANT | TEMPS (duració de l'activitat) | ANSIETAT DESPRÉS (al final de l'activitat) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|----------|--|-----------------|-----------------------------------|---|---|---|----------|------------------|---------|-----------------|--------------|---|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|---|---|---|---|---|----------|------------------|---------|-----------------|--------------|
| | <table border="1"> <tr> <td>1</td><td>2</td><td>3</td><td>4</td><td>5</td> </tr> <tr> <td>Tranquil</td><td>Una mica inquiet</td><td>Nerviós</td><td>Bastant nerviós</td><td>Molt nerviós</td> </tr> </table> | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | Tranquil | Una mica inquiet | Nerviós | Bastant nerviós | Molt nerviós | Ajudant: <table border="1"> <tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> </table> | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | <table border="1"> <tr> <td>1</td><td>2</td><td>3</td><td>4</td><td>5</td> </tr> <tr> <td>Tranquil</td><td>Una mica inquiet</td><td>Nerviós</td><td>Bastant nerviós</td><td>Molt nerviós</td> </tr> </table> | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | Tranquil | Una mica inquiet | Nerviós | Bastant nerviós | Molt nerviós |
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Tranquil | Una mica inquiet | Nerviós | Bastant nerviós | Molt nerviós | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Tranquil | Una mica inquiet | Nerviós | Bastant nerviós | Molt nerviós | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

Figura 2
Registro de práctica de E-PR

una de las prácticas. En cada una de las sesiones siguientes se corrigió la aplicación cuando fue necesario y se resolvieron dudas.

Prevención de recaídas: Tras alcanzar los objetivos propuestos, se realizó una sesión de prevención de recaídas en las que se entrenó al niño y a sus padres a identificar situaciones evocadoras de ansiedad y signos de recaída. Asimismo, se repasaron las estrategias aprendidas y como utilizarlas para hacer frente a situaciones generadoras de ansiedad. Todo esto se explicó mediante material multimedia elaborado específicamente para el paciente y sus padres, y se proporcionó en formato CD para que el paciente pudiera reproducirlo en su casa en un PC (véase la Figura 3).

Seguimientos: Se realizaron tres seguimientos al mes, cuatro meses y nueve meses después de finalizar el tratamiento. En estos seguimientos se repasaron los conceptos que se habían enseñado durante la intervención y se supervisó el mantenimiento de las mejoras.

RESULTADO DE LA INTERVENCIÓN

En relación al primer objetivo, se considera

que los padres del paciente aumentaron su conocimiento sobre los mecanismos de la ansiedad. Como consecuencia de este mayor conocimiento, los temores de los padres respecto al malestar de su hijo disminuyeron a lo largo de la intervención, asumiendo una actitud de fomento del afrontamiento de la ansiedad. El segundo y tercer objetivo pueden considerarse ampliamente cumplidos. Durante la intervención y en los seguimientos se monitorizaron los progresos en la sintomatología obsesiva-compulsiva con instrumentos administrados al paciente y entrevistas con los padres. Con el fin de ilustrar la intervención familiar se administró el CYBOCS a los padres en el tercer seguimiento. Los resultados pueden consultarse en la Tabla 3, donde se aprecia una disminución de más del 80% en la sintomatología obsesivo-compulsiva informada por los padres. Las medidas obtenidas mediante el CBCL reflejan mejoras en los índices de aislamiento y problemas de pensamiento, aunque con una ligera discrepancia en éste último por parte de los cónyuges.

En cuanto a las manifestaciones conductuales del paciente, seis de las ocho compulsiones fueron eliminadas en el post-tratamiento y una más



Figura 3

Fragmento del material multimedia de Prevención de Recaídas

en el primer seguimiento, manteniéndose ésta última con muy baja frecuencia y sin malestar asociado.

Desde el punto de vista cualitativo, los padres del paciente afirmaron que su hijo se comunicaba de manera más abierta y que lo veían, en general, más feliz. Además, en varias ocasiones durante las últimas sesiones, los padres afirmaron que percibían que su hijo tenía una actitud más responsable y madura ante situaciones estresantes o novedosas (ej: cambio de colegio por finalizar la primaria), en las cuales se reconocían ellos más inquietos que su hijo.

Cumplimiento de tareas: Durante la intervención, se encomendaron tareas compartidas por padres y paciente y exclusivas para cada uno. El porcentaje de cumplimiento de las pautas acordadas por parte de los padres fue, en promedio, del

75%. Cabe destacar, que la tasa de cumplimiento de los padres fue mayor cuando las tareas asignadas implicaban a su hijo (95%), y bastante más bajo cuando las tareas no lo implicaban directamente (56%).

DISCUSIÓN

Varios factores posiblemente hayan contribuido al éxito terapéutico. En primer lugar, ninguna intervención puede ser viable sin una aceptable alianza terapéutica. A nuestro juicio (y posibles referencias), esta alianza queda definida por el trabajo en equipo, la orientación por parte de terapeutas, paciente y familia a metas comunes y el cumplimiento de las pautas que se acuerdan en sesión. En este sentido, la implicación de los padres en el tratamiento ha sido muy satisfactoria y

Tabla 3
Resultados cuantitativos

| Medidas | A.T. | P.C. | PRE | M1 | POST | SEG3 |
|--------------------------|--------|-------|-----------|-----------|-----------|------|
| CYBOCS | | | | | | |
| Obsesiones (padres) | 0-20 | 5,91 | 10 | ND* | ND* | 2 |
| Compulsiones (padres) | 0-20 | 5,75 | 12 | ND* | ND* | 2 |
| Total (padres) | 0-40 | 10,55 | 22 | ND* | ND* | 4 |
| CBCLPadre | | | | | | |
| Aislamiento | 50-100 | 67 | 74 | 57 | 61 | DP |
| Quejas somáticas | 50-100 | 67 | 56 | 50 | 50 | DP |
| Ansiedad/ depresión | 50-100 | 67 | 57 | 57 | 62 | DP |
| Problemas sociales | 50-100 | 67 | 60 | 60 | 55 | DP |
| Problemas de pensamiento | 50-100 | 67 | 67 | 67 | 67 | DP |
| Problemas de atención | 50-100 | 67 | 52 | 52 | 50 | DP |
| Conducta delincuente | 50-100 | 67 | 54 | 54 | 50 | DP |
| Conducta agresiva | 50-100 | 67 | 54 | 54 | 53 | DP |
| CBCLMadre | | | | | | |
| Aislamiento | 50-100 | 67 | 74 | 70 | 65 | DP |
| Quejas somáticas | 50-100 | 67 | 62 | 60 | 50 | DP |
| Ansiedad/ depresión | 50-100 | 67 | 66 | 65 | 60 | DP |
| Problemas sociales | 50-100 | 67 | 50 | 60 | 60 | DP |
| Problemas de pensamiento | 50-100 | 67 | 74 | 67 | 67 | DP |
| Problemas de atención | 50-100 | 67 | 55 | 55 | 50 | DP |
| Conducta delincuente | 50-100 | 67 | 55 | 58 | 55 | DP |
| Conducta agresiva | 50-100 | 67 | 64 | 56 | 55 | DP |

A.T.= Amplitud teórica. P.C.=Punto de Corte. PC basado en Godoy et al (2011)(N=836)ND= no se administró. DP= datos perdido.

**En los momentos marcados se administraron las medidas al paciente (no a los padres) y se corrobora la mejoría.*

la buena relación de éstos con su hijo ha hecho posible un alto nivel de cohesión terapéutico. En segundo lugar, se prestó especial atención a la correcta aplicación de técnicas, en especial la E-PR, supervisando mediante los registros y los comentarios de los padres la totalidad de las prácticas realizadas. En tercer y último lugar, fue de gran importancia, como parte de los objetivos del tratamiento, reducir la acomodación familiar a los síntomas compulsivos. Del temor de los padres y la consecuente pasividad, se pasó a la contención y supervisión de su hijo, el cual estuvo siempre de acuerdo. En este sentido consideramos que la fase psicoeducativa fue crucial, dado que permitió la discusión sobre muchos temores respecto al pro-

blema de su hijo y sobre la mejor forma de proceder ante éste.

Además de los resultados de la intervención en sí, el caso ilustrado nos da la oportunidad de contrastar el estado de conocimiento sobre diversos aspectos del TOC infantil y, en especial, sobre el papel de la familia en éste. Así, si bien ninguno de los padres del paciente reconoce problemas de tipo obsesivo-compulsivo, es llamativo el grado de psicopatología familiar, especialmente relativa a trastornos de ansiedad y del estado de ánimo. El carácter preocupadizo de la madre, el cual se manifestó en varias sesiones, no sólo en relación a las comprensibles dudas sobre los aspectos del trastorno de su hijo, sino también a numerosos te-

mas cotidianos, podría representar en parte lo que se ha conocido como la “dimensión de obsesionalidad”. Asimismo, la sobreprotección materna descrita en la bibliografía (Barret et al., 2002) parece clara en el caso presentado, a diferencia de la falta de calidez (Barret et al., 2002; Alonso et al., 2004). Ciertamente, la sobreprotección y la falta de calidez parecen condiciones contradictorias en general, no dándose dicha interacción en el caso descrito. Con relación a la acomodación, sí que hemos observado un alto grado de acomodación en la familia, en relación a los síntomas compulsivos del paciente. La mayor parte de dicha acomodación era de tipo pasiva (permitir hacer los rituales o tranquilizar al paciente), aunque se llegó a dar acomodación activa por parte del hermano del paciente (el cual le decía números altos a petición del paciente para que éste se tranquilizase).

Sin embargo, algunos datos aportados por el estudio familiar del TOC no se aplican al caso, como la ya descrita falta de calidez o la prevalencia de compulsiones de limpieza por parte de los niños. Cabe señalar que en el caso presentado, el paciente desarrolló una compulsión mental (a raíz de una conducta verbal que fue eliminada con la E-PR). Este tipo de compulsiones se considera poco frecuente en niños, aunque algunos autores la describen (Turner, 2006).

A modo de conclusión, es importante aclarar que la intervención descrita no se realizó exclusivamente con los padres, sino que se desarrolló de manera paralela con éstos y con el niño. La información presentada a cada una de las partes respondía a los mismos objetivos y, muchas veces, a la aplicación de las mismas técnicas. Sin embargo, la forma de presentarlas y el papel que cada miembro de la familia tuvo en la intervención fue diferencial. Consideramos, que la inclusión de los padres en el tratamiento de los problemas de ansiedad de sus hijos no puede limitarse a mantenerles “informados” de las tareas que se realizan en sesión, ni tampoco puede pasarse al extremo de hacerlos plenamente responsables de la curación de sus hijos. El balance debe estar en encontrar un papel activo y relevante para cada uno de los agentes de la intervención, de manera que puedan cambiarse positivamente aquellos factores que mantienen el trastorno.

BIBLIOGRAFÍA

1. **Achenbach T.** (1991). Manual for the Child Behavior Checklist 4-18 and 1991 Profile. Burlington: University of Vermont.
2. **Albert, U., Maina, G., Ravizza, L. y Bogetto, F.** (2002). An exploratory on obsessive-compulsive disorder with and without a familiar component: are there any phenomenological differences? *Psychopathology*, 35: 8-16.
3. **Albores-Gallo, L., Lara-Muñoz, C., Cárdenas, J.A., Pérez, A.M. y Villanueva, G.** (2007). Validez y fiabilidad del CBCL/6-18. Incluye las escalas del DSM. *Actas Españolas de Psiquiatría*, 35(6): 393-399.
4. **Alonso, P., Menchón, J.M., Mataix-Cols, D., Pifarré, J., Urretavizcaya, M., Crespo, J., et al.** (2004). Perceived parental rearing style in obsessive-compulsive disorder: relation to symptom dimensions. *Psychiatry-research*, 127: 267-278.
5. **American Psychiatric Association.** (2005). DSM-IV-TR. Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales. Texto revisado. Barcelona: Masson.
6. **Asbahr, F.R., Castillo, A.R., Ito, L.M., Latorre, M., Moreira, M. y Lotufo-Neto, F.** (2005). Group cognitive-behavioral therapy versus sertraline for the treatment of children and adolescents with obsessive-compulsive disorder. *Journal of American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 44: 1128-1136.
7. **Barrett, P., Healy-Farrell, L. y March, J.** (2004). Cognitive-behavioral family treatment of childhood obsessive-compulsive disorder: a controlled trial. *Journal of American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 43: 46-62.
8. **Barrett, P., Shortt, A. y Healy, L.** (2002). Do parent and child behaviours differentiate families whose children have obsessive-compulsive disorder from other clinic and non-clinic families? *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 43(5): 597-607.
9. **Benazon, N.R., Ager, J. y Rosenberg, D.R.** (2002). Cognitive behavior therapy in treatment-naïve children and adolescents with obsessive-compulsive disorder: an open trial. *Behaviour Research and Therapy*, 40: 529-539.
10. **Bolton, D. y Perrin, S.** (2008). Evaluation of exposure with response-prevention for obsessive-compulsive disorder in childhood and adolescence. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, 39: 11-22.
11. **Calvo, R., Lázaro, L., Castro-Formieles,**

- J., Font, E., Moreno, E. y Toro, J.** (2009). Obsessive-compulsive personality disorder traits and personality dimensions in parents of children with obsessive-compulsive disorder. *European Psychiatry*, 24: 201-206.
12. **Chabane, N., Delorme, R., Millet, B., Mouren, M.C., Leboyer, M. y Pauls, D.** (2005). Early-onset obsessive-compulsive disorder: a subgroup with a specific clinical and familial pattern? *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 46(8): 881-887.
 13. **Derisley, J., Libby, S., Clark, S. y Reynolds, S.** (2005). Mental health, coping and family-functioning in parents of young people with obsessive-compulsive disorder and with anxiety disorders. *British Journal of Clinical Psychology*, 44: 439-444.
 14. **Do Rosario-Campos, M.C., Leckman, J.F., Curi, M., Quatramo, S. Katsovitch, L., Miguel, E.C. et al.** (2005). A family study of early-onset obsessive-compulsive disorder. *American Journal of Medical Genetics part B*, 136b: 92-97.
 15. **Farrell, L., Schlup, B. y Boschen, M.J.** (2010). Cognitive-behavioral treatment of childhood obsessive-compulsive disorder in community-based clinical practice: clinical significance and benchmarking against efficacy. *Behaviour Research and Therapy*, 48: 409-417.
 16. **Flessner, C.A., Freeman, J.B., Sapyta, J., Garcia, A., Franklin, M.E., March, J.S., et al.** (2011). Predictors of parental accommodation in pediatric obsessive-compulsive disorder: findings from the pediatric obsessive-compulsive disorder treatment study (POTS) trial. *Journal of the American academy of child & adolescent psychiatry*, 50(7): 716-725.
 17. **Freeman, J.B., García, A.M., Coyne, L., Ale, C., Przeworski, A., Himle, M., Compton, S. y Leonard, H.** (2008). Early Childhood OCD: Preliminary findings from a family-based cognitive-behavioral approach. *Journal of American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 47: 593-602.
 18. **Freeman, J.B., Garcia, A.M., Fucci, C., Miller, L. y Leonard, H.** (2003). Family-based treatment of early-onset obsessive-compulsive disorder. *Journal of Child and Adolescent Psychopharmacology*, 13(1): 71-80.
 19. **García, A.B., Freeman, J.B., Himie, M.B., Berman, N.C., Ogata, A.K., Ng, J. et al.** (2009). Phenomenology of early childhood onset obsessive-compulsive disorder. *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment*, 31: 104-111.
 20. **García, A.M., Sapyta, J.J., Moore, P.S., Freeman, J.B., Franklin, M.E., March, J.S., et al.** (2010). Predictor and moderators of treatment outcome in the pediatric obsessive compulsive treatment study (POTS I). *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 49(10): 1024-1033.
 21. **Ginsburg, G.S., Burstein, M., Becker, K.D. y Drake, K.L.** (2011). Treatment of obsessive compulsive disorder in young children: an intervention model and case series. *Child and Family Behavior Therapy*, 33: 97-122.
 22. **Ginsburg, G.S., Kingery, J.N., Drake, K.L. y Grados, M.A.** (2008). Predictors of treatment response in pediatric obsessive-compulsive disorder. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 47(8): 868-878.
 23. **Godoy, A. Gavino, A., Valderrama, L., Quintero, C., Cobos, M.P., Casado, M. et al.** (2011). Estructura factorial y fiabilidad de la escala obsesivo-compulsiva de Yale-Brown para niños y adolescentes en su versión de autoinforme (CY-BOCS-SR). *Psicothema*, 23(2): 330-335.
 24. **Hanna, G.L., Flischer, D.J., Chadha, K.R., Himle, J.A. y Van Etten, M.** (2005). Familial and sporadic subtypes of early-onset obsessive-compulsive disorder. *Biological Psychiatry*, 57: 895-900.
 25. **Krebs, G. y Heyman, I.** (2010). Treatment-resistant obsessive-compulsive disorder in young people: assessment and treatment strategies. *Child and Adolescent Mental Health*, 15(1): 2-11.
 26. **Lennertz, L., Grabe, H.J., Ruhrmann, S., Rampacher, F., Vogeley, A., Schulze-Rauschenbach, S.** (2010). Perceived parental rearing in subjects with obsessive-compulsive disorder and their siblings. *Acta Psychiatrica Scandinava*, 121: 280-288.
 27. **Liakopoulou, M., Korlou, S., Sakellariou, K., Kondyli, V., Kapsimali, E., Sarafidou, J., et al.** (2010). The psychopathology of parents of children and adolescents with obsessive-compulsive disorder. *Psychopathology*, 43: 209-215.
 28. **March, J.S., Foa, E., Gammon, P., Chrismas, A., Fitzgerald, D., Sullivan, K. et al.** o The Pediatric OCD Treatment study (POTS) Team (2004). Cognitive-behavior therapy, sertraline, and their combination for children and adolescents with obsessive-compulsive disorder. *JAMA*, 292(16): 1969-1976.
 29. **Marien, W.E., Storch, E.A., Geffken, G.R. y Murphy, T.K.** (2009). Intensive family-based cognitive-behavioral therapy for pediatric obsessive-compulsive disorder: Appli-

- cations for treatment of medication partial-or nonresponders. *Cognitive and Behavioral Practice*, 16: 304-316.
30. **Martin, J. y Thienemann, M.** (2005). Group cognitive-behavior therapy with family involvement for middle-school-age children with obsessive-compulsive disorder: a pilot study. *Child Psychiatry and Human Development*, 36(1): 113-127.
 31. **Nestadt, G., Samuels, J., Riddle, M., Bienvenu III, Liang, K., LaBuda, M., et al.** (2000). A family study of obsessive-compulsive disorder. *Archives of General Psychiatry*, 57: 358-363.
 32. **Merlo, L.J., Lehmkuhl, H.D., Geffken, G.R. y Storch, E.A.** (2009). Decreased family accommodation associated with improved therapy outcome in pediatric obsessive-compulsive disorder. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 77(2): 355-360.
 33. **O'Kearney, R.T., Anstey, K. von Sanden, C. y Hunt, A.** (2010). Behavioural and cognitive behavioural therapy for obsessive compulsive disorder in children and adolescents. *Cochrane Database Reviews*, 2010 (1), DOI: 10.1002/14651858.CD004856.pub2. Retrieved on November 15, 2010, from The Cochrane Library Database.
 34. **O'Leary, E.M., Barret, P. y Fjermestad, K.W.** (2009). Cognitive-behavioral family treatment for childhood obsessive-compulsive disorder: a 7-year follow-up study. *Journal of Anxiety Disorders*, 23: 973-978.
 35. **Peris, T.S., Bergman, R.L., Langley, A., Chang, S., McCracken, J.T. y Piacentini, J.** (2008). Correlates of accommodation of pediatric obsessive-compulsive disorder: parent, child, and family characteristics. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 47(10): 1173-1181.
 36. **Piacentini, J., Bergman, R.L., Jacobs, C., McCracken, J.T. y Kretchman, J.** (2002). Open trial of cognitive behavior therapy for childhood obsessive-compulsive disorder. *Anxiety Disorders*, 16: 207-219.
 37. **Scahill, L., Riddle, M.A., McSwigg-Hardin, M., Ort, S.I., King, R.A., Goodman, W.K., Cicchetti, D., y Leckman, J.F.** (1997). Children's Yale-Brown Obsessive-Compulsive Scale: Reliability and validity. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 36: 844-852.
 38. **Simons, M., Schneider, S. y Herpertz-Dahlmann, B.** (2006). Metacognitive therapy versus exposure and response prevention for pediatric obsessive-compulsive disorder. A case series with randomized allocation. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 75: 257-264.
 39. **Steketee, G., Van Noppen, B.** (2003). Family approaches to treatment for obsessive compulsive disorder. *Brazilian Journal of Psychiatry*, 25(1): 43-50.
 40. **Stengler-Wenzke, K., Trosbach, J., Dietrich, S. y Angermeyer, M.C.** (2004). Coping strategies used by the relatives of people with obsessive-compulsive disorder. *Journal of Advanced Nursing*, 48(1): 35-42.
 41. **Storch, E.A., Geffken, G.R., Merlo, L.J., Jacob, M.L., Murphy, T.K., Goodman, W.K., et al.** (2007) Family accommodation in pediatric obsessive-compulsive disorder. *Journal of Clinical Child and Adolescent Psychology*, 36 (2): 207-216.
 42. **Storch, E.A., Geffken, G.R., Merlo, L.M., Mann, G., Duke, D., Munson, M. et al.** (2007). Family-based cognitive-behavioral therapy for pediatric obsessive-compulsive disorder: comparison of intensive and weekly approaches. *Journal of American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 46: 469-478.
 43. **Storch, E.A., Larson, M.J., Muroff, J., Caporino, N., Geller, D., Reid, J.M., et al** (2010d) Predictors of functional impairment in pediatric obsessive-compulsive disorder. *Journal of Anxiety Disorders*, 24: 275-283.
 44. **Sukhodolsky, D.G., Rosario-Campos, M.C., Scahill, L., Katsovich, L., Pauls, D., Peterson, B.S., et al.** (2005). Adaptive, emotional, and family functioning of children with obsessive-compulsive disorder and comorbid attention deficit hyperactivity disorder. *American Journal of Psychiatry*, 162: 1125-1132.
 45. **Thienemann, M., Martin, J., Gregger, B., Thompson, H.B. y Dyer-Friedman, J.** (2001). Manual-driven group cognitive-behavioral therapy for adolescents with obsessive-compulsive disorder: a pilot study. *Journal of American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 40: 1254-1260.
 46. **Toro, J.** (2001). Trastorno obsesivo compulsivo en niños y adolescentes: psicopatología y tratamiento. Barcelona: Meeting & Congress.
 47. **Turner, C.M.** (2006). Cognitive-behavioral theory and therapy for obsessive-compulsive disorder in children and adolescents: current status and future directions. *Clinical Psychology Review*, 26: 912-938.
 48. **Valderhaug, R., Larsson, B., Götestam, G. y Piacentini, J.** (2007). An open trial of cog-

-
- nitive-behaviour therapy in children and adolescents with obsessive-compulsive disorder administered in regular outpatient clinics. *Behaviour Research and Therapy*, 45: 577-589.
49. **Waters, T.L., Barret, P.M. y March, J.S.** (2001). Cognitive-behavioral family treatment of childhood obsessive-compulsive disorder: Preliminary findings. *American Journal of Psychotherapy*, 55(3): 372-387.
50. **Whiteside, S.P. y Jacobsen, A.B.** (2010). An uncontrolled examination of a 5-day intensive treatment for pediatric OCD. *Behavior Therapy*, 41: 414-422.
51. **Wilcox, H.C., Grados, M., Samuels, J., Riddle, M., Bienvenu III, O.J., Pinto, A., et al.** (2008). The association between parental bonding and obsessive compulsive disorder in offspring at high familial risk. *Journal of Affective Disorder*, 111: 31-39.
52. **Williams, T.I., Salkovskis, P.M., Forrester, L., Turner, S., White, H. y Allsopp, M.A.** (2010) A randomized controlled trial of cognitive behavioural treatment for obsessive compulsive disorder in children and adolescents. *European Child and Adolescent Psychiatry*, 19: 449-456.