



Asociación de Psicología de Puerto Rico

PO Box 363435 San Juan, Puerto Rico 00936-3435

Tel. 787.751.7100 Fax 787.758.6467

www.asppr.net E-mail: info@asppr.net

Revista Puertorriqueña de Psicología
Volumen 20, 2009

Desarrollo de un instrumento para identificar sintomatología obsesiva-compulsiva en niños/as y adolescentes puertorriqueños/as¹

**Marisabel García-Domínguez, Sean Sayers y
Alfonso Martínez-Taboas²**
Universidad Carlos Albizu

Resumen

El Trastorno Obsesivo-Compulsivo (TOC) en niños/as y adolescentes ha sido poco estudiado en Puerto Rico, esto a pesar del hecho de que cerca del 50% de los casos de TOC comienzan en la niñez. En el presente estudio creamos un instrumento de cernimiento para detectar posibles casos de TOC en jóvenes de 8 a 16 años de edad. Administramos la Escala de Sintomatología Obsesiva-Compulsiva (ESOC) a 20 jóvenes (14 varones y 6 féminas) con un diagnóstico formal de TOC y a 80 jóvenes (24 varones y 46 féminas) sin diagnóstico psiquiátrico. La ESOC obtuvo un índice de consistencia interna de .97. Se realizó un análisis exploratorio de factores y se encontraron cuatro factores. Estos cuatro factores explican el 59.8% de la varianza total del instrumento. El análisis de varianza (ANOVA) demostró que existía diferencia significativa entre las puntuaciones de ambos grupos: el grupo TOC tuvo un promedio de puntuaciones mucho más alto que el grupo sin diagnóstico (40.55 vs. 6.01). Se sugiere que la ESOC es de utilidad para detectar posibles casos de TOC en niños/as y adolescentes.

Palabras claves: *Trastorno Obsesivo-Compulsivo, evaluación clínica, psicopatología, niñez*

¹ *Nota:* Este artículo fue sometido a evaluación el 1 de enero de 2009 y aceptado para publicación el 25 de marzo de 2009.

² Puede comunicarse con la primera autora escribiendo a garciamarisabel@gmail.com

Abstract

Childhood and adolescent Obsessive-Compulsive Disorder (OCD) has been understudied in Puerto Rico, despite the fact that nearly 50% of OCD cases begin in childhood. In the present study we created an instrument that detects the symptomatology of OCD in children and adolescents. We administered the Obsessive-Compulsive Symptom Scale (OCSS) to 20 youngsters (14 male and 6 female) with a formal diagnosis of OCD and to 80 youngsters (24 male and 46 female) without a psychiatric disorder. The OCSS obtained a Cronbach Alpha of .97. An exploratory factor analysis revealed four factors in the Scale. These four factors explained 59.8% of the variance of the Scale. The ANOVA demonstrated statistically significant differences between the mean scores of the group with OCD and the control group (4.55 vs. 6.01). It is suggested that the OCSS is of clinical utility to detect possible cases of youngsters with OCD.

Keywords: *Obsessive-Compulsive Disorder, clinical assessment, psychopathology, childhood*

El Trastorno Obsesivo-Compulsivo (TOC) en la adultez ha sido investigado desde muchísimos ángulos, incluyendo aspectos epidemiológicos, clínicos, etiológicos y terapéuticos (Abramowitz & Houts, 2005; Bloch, Landeros, Rosario, Pittenger, & Leckman, 2008; Goodman, Rudorfer, & Maser, 2000; Maj, Sartorius, Okasha, & Zohar, 2002). Como resultado de este amplio estudio, al día de hoy se conoce bastante sobre las causas, los parámetros poblacionales y la respuesta terapéutica de muchos adulto/as con esta condición psiquiátrica.

Sin embargo, la literatura sobre TOC en niños/as y adolescentes es mucho más limitada. Este dato resulta inquietante, ya que un número creciente de estudios indican que cerca del 50% de los casos de TOC comienza a manifestarse en la niñez o la adolescencia (Pauls, *et al.*, 1995). La edad de comienzo de TOC en la niñez va desde los 8 a los 12 años de edad (Shafran, 2003).

El TOC es designado en la cuarta edición del *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders-IV-TR* (American Psychiatric Press, 2000) como un trastorno de ansiedad. Se distingue de los otros trastornos por su curso crónico, por la severidad de sus síntomas y por su peculiar fenomenología. El caso típico consiste en una persona que comienza a tener pensamientos o imágenes recurrentes, invasoras e

incontrolables que son muy desagradables o que provocan mucha ansiedad. Éstas son catalogadas como *obsesiones*. El contenido de éstas puede relacionarse con contaminarse de gérmenes, hacer daño a los seres queridos, ofensas hacia Dios, ofensas sexuales, y así por el estilo. Estas ideas o imágenes muchas veces son contrarrestadas con unos actos, que pueden ser acciones o pensamientos, los cuales, luego de llevarse a cabo traen un alivio considerable de los pensamientos obsesivos. A estas acciones se les denomina *compulsiones*.

El TOC tiene una prevalencia aproximada de un 2% en la población general de adultos/as (First & Tasman, 2005). En niños, niñas y adolescentes se ha estimado una prevalencia similar (Shafran, 2003). En un estudio realizado por investigadores/as del Instituto Nacional de Salud Mental de los EEUU, se encontró que las obsesiones principales en niños/as con TOC eran: preocupación por gérmenes o sucio (40%); miedo de que pase una catástrofe (24%); poner todo en perfecto orden (17%); obsesiones de tipo religioso (13%). Las compulsiones más comunes fueron: lavado excesivo (85%); repetir acciones (51%); verificar acciones (46%); tocar repetidamente objetos (20%); ordenar pertenencias (17%); acumular objetos inservibles (11%) (Swedo, Rapoport, Leonard, Lenane, & Cheslow, 1989).

Diversos estudios han documentado que la mayoría de las personas con TOC presentan más de un tipo de obsesión-compulsión. Además, no son comunes personas con obsesiones, pero sin compulsiones. Por ejemplo, en la investigación de Foa y Kozak (1995), de un total de 431 individuos con TOC sólo un 2% presentó obsesiones sin compulsiones.

Más del 70% de las personas adultas y niños/as con TOC presentan perfiles comórbidos. Por ejemplo, en el estudio de Swedo, Rapoport, Leonard, Lenane y Cheslow (1989) con niños, niñas y adolescentes, solamente el 26% presentó un TOC sin comorbilidad. El restante mostró comorbilidad con depresión, tics, dismorfia corporal y trastornos de ansiedad.

Diversos estudios longitudinales indican que en muchos casos el curso clínico del TOC es de cronicidad o de altas y bajas en sintomatología. En el estudio de Flament y colaboradores (1990) el 68% de los niños y niñas con TOC aún tenía el diagnóstico siete años después. Por su parte, Berg y colaboradores (1989) encontraron que, tras dos años de seguimiento de niños y niñas con TOC, 81% aún tenía síntomas que ameritaban el diagnóstico. Asimismo, Thomsen (1994) en un estudio

longitudinal con niños y niñas con TOC con un mínimo de seis años de seguimiento, encontró que sólo el 25% de éstos/as no presentaba sintomatología. Más aún, se ha calculado que un 60% de estos/as niños/as muestran impedimentos severos a nivel personal, académico y social (Albano, Chorpita, & Barlow, 2003).

Afortunadamente, en las últimas dos décadas ha surgido una serie de tratamientos psicofarmacológicos y psicoterapéuticos que traen unos beneficios marcados en un 40-70% de los/as pacientes con TOC (Dougherty, Rauch, & Jenike, 2007; Franklin & Foa, 2007). Específicamente, la terapia psicológica basada en prevención de respuesta y exposición en vivo ha probado ser muy eficaz, tanto en personas adultas (Foa, *et al.*, 2005) como en niños/as (*Pediatric OCD Treatment Study*, 2004).

A pesar de la importancia de identificar, detectar y diagnosticar el TOC lo más temprano posible en el desarrollo, en Puerto Rico no contamos con ningún instrumento en español que haya sido adaptado y estudiado en una población juvenil con TOC. El propósito de este estudio fue el desarrollo de un instrumento de cernimiento clínico que permitiera documentar la presencia de síntomas de TOC en dicha población. A continuación presentamos el método y los resultados de esta investigación.

Método

Participantes

La muestra para este estudio constó de 100 niños/as y adolescentes entre las edades de ocho a 16 años. De éstos, 20 eran niños/as o adolescentes con un diagnóstico de TOC y 80 niños/as y adolescentes que no poseían ningún diagnóstico psiquiátrico, según la información ofrecida por los padres y las madres.

En la Tabla 1 se pueden observar datos sociodemográficos de los/as 100 participantes. La edad promedio de los/as participantes en el grupo TOC fue de 13.85 (DE= 2.41) y en el grupo normativo fue de 12.91 (DE= 2.43).

Otros datos que se desprendieron de la hoja de datos sociodemográficos es que el 75% (n=15) de los/as participantes TOC poseía como único diagnóstico un TOC, mientras que el restante 25% (n= 5) presentaba otros diagnósticos (depresión, oposicional desafiante y dismórfico corporal).

TABLA 1
Datos Sociodemográficos de los Dos Grupos de Participantes

| | <i>Grupo TOC</i> (n=20) | <i>Grupo Normal</i> (n=80) |
|---------|----------------------------|-------------------------------|
| Sexo | | |
| varones | 14 | 34 |
| fémimas | 6 | 46 |
| Edad | | |
| 8-10 | 2 (10%) | 15 (19%) |
| 11-13 | 5 (25%) | 29 (36%) |
| 14-16 | 13 (65%) | 36 (45%) |

Todos los/as participantes del grupo TOC habían sido diagnosticados con este trastorno por un psicólogo/a o psiquiatra. Obtuvimos esta información a través de los padres/madres de los/as participantes mediante un documento que evidenciaba criterios de inclusión y exclusión del estudio. Contactamos a los/as participantes con TOC a través de la Directora de la Fundación Obsesivo-Compulsivo de Puerto Rico (FOC-PR). El grupo normativo de 80 participantes fue obtenido a través del colegio Academia Cristo de los Milagros, ubicado en Caguas.

Materiales e instrumentación

Datos sociodemográficos - Creamos una planilla de datos sociodemográficos para obtener datos sobre los/as participantes. Recopilamos datos de género, edad, grado académico e identificación de áreas problemáticas. En esta hoja los padres/madres informaron si su hijo o hija había sido diagnosticado con algún trastorno psiquiátrico, aclarando la fecha del diagnóstico, el tiempo en tratamiento y los tipos de terapias recibidas.

Escala de Sintomatología Obsesiva-Compulsiva (ESOC) - El ESOC es una escala a ser completada por la persona evaluadora clínica mediante una entrevista al niño/a o adolescente. Consiste en 25 reactivos y cuatro subescalas. Cada reactivo es puntuado en una escala de gradación de frecuencia de 4 puntos (0 = Nunca, 1 = Menos de 1 hora al día, 2 = Entre 1 a 2 horas al día y 3 = Más de 2 horas al día).

La versión original del instrumento constaba de 62 reactivos,

SINTOMATOLOGÍA OBSESIVA-COMPULSIVA

divididos en dos subescalas: obsesiones (31) y compulsiones (31). La validez de contenido del instrumento fue evaluada a través del método de diez jueces expertos/as (psicólogos/as clínicos, psiquiatras pediátricos, expertos/as en construcción de prueba y expertos/as en TOC). Estos/as profesionales indicaron si los reactivos eran o no esenciales para identificar sintomatología obsesiva-compulsiva en niños/as y adolescentes puertorriqueños/as. Los/as jueces ofrecieron comentarios y sugerencias sobre reactivos que entendían que debían realizárseles modificaciones menores antes de incorporarse en el instrumento final.

La evaluación de la validez de contenido se llevó a cabo considerando los estándares de Schipper (Lawshe, 1975), en el cual se retuvieron los reactivos con un Índice de Razón de Validez de Contenido (RVC) mayor o igual a .62. Por este procedimiento se eliminaron todos los reactivos con un RVC menor de .62. Al final, la escala quedó con 30 reactivos divididos en dos subescalas: una de obsesiones (14 reactivos) y otra de compulsiones (16 reactivos). El RVC promedio para los reactivos que se retuvieron para conformar el instrumento final fue de .87. En el Apéndice 1 se puede encontrar la versión final de la ESOC.

Procedimiento

Contactamos a todas las personas participantes con TOC a través de la Fundación Obsesivo-Compulsivo de Puerto Rico (FOC-PR). La FOC-PR es una organización voluntaria compuesta por personas que padecen de TOC, sus familiares, amistades y profesionales. Obtuvimos la debida autorización de la FOC-PR y anunciamos el propósito de la presente investigación al final de las reuniones de la FOC-PR. Las personas interesadas en participar pautaron una cita con la investigadora principal para poder realizar la administración de los instrumentos.

En el caso de los 80 jóvenes sin diagnóstico psiquiátrico, hicimos un acercamiento a la directora del Colegio y se le orientó sobre la investigación, su propósito, riesgos y beneficios. Luego de obtener la autorización de la directora, colocamos los anuncios de la investigación en diferentes tablonas de edicto del Colegio. Las personas interesadas en participar contactaron a la investigadora principal para pautar una cita.

Creamos una hoja de consentimiento para padres, madres o

encargados/as de los/as jóvenes que participaron en la presente investigación. Explicamos que el propósito de la investigación era crear un instrumento que lograra identificar conductas obsesivo-compulsivas en niños/as y adolescentes. Orientamos a los padres/madres de que su participación consistía en autorizar a cada menor a participar y que llenarían una hoja de datos sociodemográficos de cada menor. Les informamos que la *Escala de Sintomatología Obsesiva Compulsiva* (ESOC) sería completada por la investigadora principal mediante una entrevista realizada al menor. Se enfatizó que cada menor participaría de manera voluntaria y que no sería penalizado si no deseaba participar. Este estudio estuvo aprobado por el *Internal Review Board* (IRB) de la Universidad Carlos Albizu.

Creamos, además, una hoja de consentimiento para cada menor. Mediante esta hoja orientamos a cada niño/a o adolescente sobre el proceso del estudio. Le informamos que la ESOC sería completada por la investigadora mediante una entrevista realizada a cada participante. Explicamos en un lenguaje sencillo y claro el derecho de confidencialidad, que su participación era totalmente voluntaria y, que una vez aceptaba participar, se podía retirar si no deseaba continuar con su participación.

En el caso de los/as jóvenes sin diagnóstico, el padre o madre certificó que su hijo/a nunca había sido diagnosticado con un trastorno psiquiátrico. En el caso de los/as jóvenes con TOC, el padre o madre certificó el diagnóstico de TOC, según fue informado formalmente por un psiquiatra o psicólogo/a clínico.

Resultados

Análisis preliminares

Comenzamos por determinar la confiabilidad de la ESOC. Para la muestra total (N=100) se obtuvo un alfa de Cronbach de .97, lo que indica que el instrumento posee una confiabilidad interna excelente. Luego, se llevó a cabo un análisis por grupo de comparación para conocer cómo se comportaba la consistencia interna del instrumento. Se encontró que el alfa de Cronbach para el grupo TOC (n=20) fue de .88, mientras que para el grupo normativo (n=80) fue de .88 también.

Asimismo, realizamos un análisis de factores cuyo objetivo es resumir patrones de correlación entre variables observadas.

Realizamos un análisis de factores, utilizando la técnica de rotación Varimax (ortogonal) con un valor *Eigen* mayor o igual a uno y una carga factorial mayor o igual a .30 con el fin de identificar los componentes o factores que pudieran existir en la Escala. De acuerdo con los criterios establecidos, al evaluar la matriz del componente principal, se encontró que existe un sólo componente, con un valor *Eigen* mayor de uno (*Eigen*= 15.7) que explica el 52.4% de la varianza. En la misma se agrupan los 30 reactivos del instrumento. Estos resultados sugieren que los reactivos de la Escala miden conducta o sintomatología obsesiva-compulsiva.

Luego, al evaluar los resultados de la rotación de los factores, encontramos que habían cuatro factores con valor *Eigen* sobre tres que explicaban el 59.8% de la varianza. Debe recalcarse que, de acuerdo con esta decisión, cinco de los 30 reactivos se eliminaron del instrumento; estos reactivos fueron el 3, 6, 13, 14 y 30 (véase en el Apéndice 1 la ESOC con los 25 reactivos).

El próximo paso fue ubicar a cada reactivo en su factor correspondiente de acuerdo con su carga factorial. Stevens (1992) sugiere que para una muestra de 100 participantes, el índice de carga factorial para ubicar cada reactivo en el componente correspondiente debe ser mayor de .30. También indica que el análisis de factores es una técnica sensitiva al tamaño de la muestra, por lo tanto, el índice de carga factorial va a variar en relación a ésta. Los resultados indicaron que el primer factor está compuesto por 12 reactivos. Estos reactivos están enfocados en conductas que sólo el grupo clínico endosó; el grupo control no endosó las mismas. A este primer factor se le denominó la *escala de obsesiones y compulsiones primarias*. El segundo factor se le denominó *escala de obsesiones y compulsiones secundarias*, la cual consta de cinco reactivos. Se le llamó así, ya que dichos reactivos fueron endosados ocasionalmente por algunos/as participantes del grupo normativo. Al tercer factor se le dio el nombre de *escala relacionada a la limpieza*, con cuatro reactivos. Por último, el cuarto factor consta de cuatro reactivos y lo denominamos como la *escala de perfección*.

Finalmente, llevamos a cabo un análisis de confiabilidad de cada uno de los cuatro factores y de la escala final con 25 reactivos. El alfa de Cronbach para el instrumento final fue de .97. El factor uno obtuvo un .96; el factor dos un .92; el factor tres obtuvo un .90; y el cuarto un .82. De acuerdo con Kline (2000), estos índices son adecuados, ya que sobrepasan el criterio de .80.

Medidas descriptivas en la ESOC y análisis inferenciales

La puntuación total promedio en la ESOC en su forma final de 25 reactivos fue de 12.92 (DE= 16.16). En el grupo TOC, la puntuación mínima fue de 14 y la máxima de 63, con un promedio de 40.55 (DE=13.96). En el grupo normativo, la mínima fue de cero y la máxima de 43, con un promedio de 6.01 (DE= 6.23). Al llevar a cabo un análisis de varianza (ANOVA) se encontró que existían diferencias significativas entre las puntuaciones de ambos grupos [$F(1,98)= 276.44$, $p= .0001$]. Estos resultados reflejan que el grupo TOC puntuó mucho más alto que el grupo normativo.

Decidimos también determinar una posible puntuación de corte para establecer qué puntuación en el instrumento se debe considerar como un indicador de sintomatología obsesiva-compulsiva. Según los datos arrojados por el análisis de frecuencia de las puntuaciones totales obtenidas por cada grupo, se refleja que el 89% del grupo control obtuvo una puntuación menor de 13; mientras que el 100% del grupo TOC obtuvo una puntuación mayor o igual a 13. Por lo tanto, una puntuación de 13 implica que la persona participante contesta “menos de 1 hora al día” en 13 de los 25 reactivos del instrumento. Por lo tanto, una puntuación de 13 debe ser considerada como una bandera de alerta de que el/la menor está presentando un cuadro sintomático de obsesión-compulsión.

Discusión

El TOC es una condición psicopatológica que suele comenzar en la niñez o la adolescencia. Estudios prospectivos y retrospectivos indican que entre un 30%-50% de las personas con TOC comenzaron a manifestar sintomatología antes de los 18 años de edad (Hanna, 2000). De hecho, sólo el 15% de los casos con TOC tienen su comienzo luego de los 35 años (Rasmussen & Eisen, 1992). Por lo tanto, resulta esencial identificar a las personas que sufren de un TOC lo antes posible, para evitar el deterioro personal, social, académico y ocupacional que muchas veces acompaña al TOC. Para lograr esto, es importante que los/as profesionales clínicos logren reconocer y detectar la sintomatología típica de un/a joven con TOC. La ESOC promete ser un instrumento útil en el cernimiento inicial de jóvenes que presentan perfiles de obsesiones y de compulsiones.

La ESOC tiene varias ventajas. En primer lugar, que es un ins-

trumento relativamente corto (25 reactivos) que se logra cumplimentar en unos 15-20 minutos. En segundo lugar, el lenguaje que se utiliza es sencillo y comprensible para cada joven. En tercer lugar, debido a que es el/la profesional clínico quien realiza las preguntas a cada joven, esto permite que se familiarice mejor con su paciente.

De la presente investigación se desprende que los/as participantes con TOC tuvieron una tendencia fuerte a endosar los reactivos de obsesiones y compulsiones. La puntuación media para el grupo TOC fue de 40; mientras, que en el grupo normativo sólo fue de seis. Estos resultados reflejan que los/as 80 jóvenes del grupo normativo no se identificaron con los reactivos que miden sintomatología de TOC. Esto sería de esperarse, ya que la prevalencia de TOC en jóvenes de comunidad es de un 1-2% según estudios epidemiológicos (Hanna, 2000). Un punto cardinal y de gran utilidad clínica es que con un punto de corte de 13 puntos, se logra discriminar a ambos grupos; el 100% de los/as participantes con TOC obtuvieron puntuaciones de 13 o más, mientras que esto sucedió solamente en el 11% del grupo normativo.

El presente estudio tiene ciertas limitaciones. En primer lugar, no utilizamos un tercer grupo de comparación que estuviese compuesto de jóvenes con algún otro trastorno psiquiátrico, tal como depresión o ansiedad. Es posible que al incluir un grupo con sintomatología de ansiedad o depresión, el punto de corte que estamos sugiriendo en el presente estudio tenga que ser más alto. Este punto debe ser escudriñado en un futuro estudio. En segundo lugar, nuestra muestra de jóvenes con TOC (n=20) fue limitada. Con una muestra mayor se podría ver un perfil más claro de cómo ejecuta este grupo en la ESOC.

El presente estudio permite abrir la puerta para utilizar el ESOC en clínicas ambulatorias donde se estén evaluando o tratando niños/as y adolescentes, en especial si presentan trastornos internalizantes (ansiedad y depresión). Muchas veces los síntomas de TOC son encubiertos y sólo es a través de un escrutinio específico, como el que permite la ESOC, que se pueden detectar jóvenes con TOC.

REFERENCIAS

- Abramowitz, J. S. & Houts, A.C. (Eds.) (2005). *Concepts and controversies in obsessive-compulsive disorder*. Nueva York, Nueva York: Springer.
- Albano, A. M., Chorpita, B. F., & Barlow, D. H. (2003). Childhood anxiety disorders. En E. J. Mash & R. A. Barkley (Eds.), *Child psychoopathology* (2da. Ed., pp. 279-229). Nueva York, Nueva York: Guilford.
- American Psychiatric Press. (2000). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (4ta ed., texto revisado). Washington, DC: Author.
- Berg, C. J., Rapoport, J. L., Whitaker, A., Davies, M., Leonard, H. L., Swedo, S. E., *et al.* (1989). Childhood obsessive compulsive disorder: A two-year prospective follow-up study of a community sample. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 28, 528-533.
- Bloch, M. H., Landeros, A., Rosario, M. C., Pittenger, C., & Leckman, J. F. (2008). Meta-analysis of the symptom structure of obsessive-compulsive disorder. *American Journal of Psychiatry*, 165, 1532-1542.
- Dougherty, D. D., Rauch, S. L., & Jenike, M. A. (2007). Pharmacological treatments for obsessive-compulsive disorder. En P. E. Nathan & J. M. Gorman (Eds.), *A guide to treatments that work* (3ra. ed., pp. 475-512). Nueva York, Nueva York: Oxford University Press.
- First, M. B. & Tasman, A. (2005). Anxiety disorders: Obsessive-compulsive disorder. En M. B. First & A. Tasman (Eds.), *DSM-IV-TR mental disorders: Diagnosis, etiology, and treatment* (pp. 902-25). Nueva York, Nueva York: Wiley.
- Flament, M. F., Koby, E., Rapoport, J. L., Berg, C. J., Zahn, T., Cox, C., *et al.* (1990). Childhood obsessive-compulsive disorder: A prospective follow-up study. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 31, 363-380.
- Foa, E. B. & Kozak, M. J. (1995). DSM-IV field trial: Obsessive-compulsive disorder. *American Journal of Psychiatry*, 152, 90-96.

SINTOMATOLOGÍA OBSESIVA-COMPULSIVA

- Foa, E. B., Liebowitz, M. R., Kozak, M. J., Davies, S. O., Campeas, R., Franklin, M. E., *et al.* (2005). Treatment of obsessive compulsive disorder by exposure and ritual prevention, clomipramine, and their combination: a randomized, placebo –controlled trial. *American Journal of Psychiatry*, 162, 151-161.
- Franklin, M. E. & Foa, E. B. (2007). Cognitive behavioral treatment of obsessive-compulsive disorder. En P. E. Nathan & J. M. Gorman (Eds.), *A guide to treatments that work* (3ra. ed., pp. 431-446). Nueva York, Nueva York: Oxford University Press.
- Goodman, W. K., Rudorfer, M. V., & Maser, J. D. (Eds.). (2000). *Obsessive-compulsive disorder: Contemporary issues in treatment*. Mahwah, N. J.: Erlbaum.
- Hanna, G. L. (2000). Clinical and family-genetic studies of childhood obsessive-compulsive disorder. En W. K. Goodman, M. V. Rudorfer, & J. D. Maser (Eds.), *Obsessive-compulsive disorder: Contemporary issues in treatment* (pp. 87-103). Mahwah, NJ: Erlbaum.
- Kline, P. (2000). *The handbook of psychological testing* (2da.ed.). London: Routledge.
- Lawshe, C. H. (1975). A quantitative approach to content validity. *Personnel Psychology*, 28, 563-575.
- Maj, M., Sartorius, N., Okasha, A., & Zohar, J. (Eds.). (2002). *Obsessive-compulsive disorder* (2da ed.). Nueva York, Nueva York: Wiley.
- Pauls, D. L., Alsobrook, J. P., Goodman, W., Rasmussen, S., & Leckman, J. F. (1995). A family study of obsessive-compulsive disorder. *American Journal of Psychiatry*, 152, 76-84.
- Pediatric OCD Treatment Study Team. (2004). Cognitive-behavioral therapy, sertraline, and their combination for children and adolescents with obsessive-compulsive disorder: the Pediatric OCD Treatment Study (POTS) randomized controlled trial. *Journal of the American Medical Association*, 292, 1969-1976.
- Rasmussen, S. A. & Eisen, J. L. (1992). The epidemiology and clinical features of obsessive-compulsive disorder. *Psychiatric Clinics of North America*, 15, 743-758.

- Shafran, R. (2003). OCD in children and adolescents. En R. G. Menzies & P. de Silva (Eds.), *Obsessive-compulsive disorder: Theory, research and treatment* (pp. 311-320). Nueva York, Nueva York: Wiley.
- Stevens, J. (1992). *Applied multivariate statistics for the social sciences*. Hillsdale, NJ: Erlbaum.
- Swedo, S. E., Rapoport, J. L., Leonard, H. L., Lenane, M., & Cheslow, D. (1989). Obsessive-compulsive disorder in children and adolescents. *Archives of General Psychiatry*, 46, 335-341.
- Thomsen, P. H. (1994). Obsessive-compulsive disorder in children and adolescents: A 6-22 year follow-up study. *European Child and Adolescent Psychiatry*, 2, 82-96.

APÉNDICE 1

Escala de Sintomatología Obsesiva-Compulsiva

Subescala primaria

1. Te preocupa demasiado contagiarte con alguna enfermedad.
2. Te preocupa que le suceda algo malo a alguien por tú haber o no haber hecho algo en particular.
3. Tienes pensamientos muy recurrentes que te causan malestar.
4. Tienes miedos de perder el control sobre tus pensamientos y acciones.
5. De repente sientes la necesidad de decir algo en particular porque si no lo haces, algo malo sucederá.
6. Necesitas repetir cierta actividad una y otra vez, hasta que pienses que ya puedes parar.
7. Sientes la necesidad de tocar un objeto cierta cantidad de veces para evitar que te suceda algo malo a ti u otros.
8. Sientes la necesidad de contar varias veces hasta cierto número.
9. Sueles realizar rituales particulares (repites cosas) al comer (por ejemplo, rezar dos veces, tocar el tenedor cuatro veces, masticar cuatro veces cada bocado).
10. Sientes la necesidad de hacer las cosas de cierta manera o cierta cantidad de veces hasta que lo estimes necesario.

SINTOMATOLOGÍA OBSESIVA-COMPULSIVA

11. Sueles mantener conteo de las veces que realizas algo (por ejemplo, las veces que has ido al baño, las veces que has estornudado o bostezado).
12. Realizas actos mentales o físicos para prevenir que te ocurran cosas malas a ti mismo u otros.

Subescala secundaria

13. Mantienes conteo mental en algunas situaciones (por ejemplo, cuando vas al baño, antes de contestar el teléfono, antes de abrir una puerta).
14. Te prohíbes a ti mismo mencionar cierto número, palabra o frase.
15. Antes de dormir, repites alguna actividad cierta cantidad de veces.
16. Sueles mantener conteo de cierta letra o número en particular.
17. Necesitas tocar o frotar algo en particular.

Subescala de limpieza

18. Te causa mucha molestia el polvo, gérmenes y cualquier cosa que no esté limpia.
19. Te limpias en exceso.
20. Limpias mucho tus pertenencias, hasta que pienses que ya no están sucias o contaminadas.
21. Realizas las siguientes cosas en exceso: lavarte los dientes, lavarte las manos, bañarte o arreglarte.

Subescala de perfección

22. Sueles atribuirte a ti mismo excesiva responsabilidad, aun cuando no sea necesario.
23. Te preocupa demasiado tu ejecución en la tarea o examen, pues deseas que éste sea lo más perfecto posible.
24. Verificas y vuelves a verificar tus asignaciones o trabajos realizados.
25. Sueles repasar una y otra vez cosas que hiciste, tratando de asegurarte que lo hiciste bien.