

# **Trabajo de Fin de Máster**

**Modalidad 1: revisión sistemática con propuesta aplicada**

## **Estudio de la acomodación familiar en el trastorno obsesivo-compulsivo en población infanto-juvenil**

Inés Vilar Gómez

Año 2024



**FACULTAD DE PSICOLOGÍA**

**Máster Universitario en Psicología General Sanitaria**



## Índice

<b>Introducción</b>	<b>6</b>
El TOC en la infancia	7
Acomodación Familiar y TOC	9
Factores familiares, TOC y AF	12
Justificación y objetivos	12
<b>Método</b>	<b>14</b>
<b>Resultados</b>	<b>15</b>
Características de los estudios y los participantes	16
Relación entre TOC y AF	16
AF y gravedad sintomatológica del TOC	17
AF evaluada en relación a tratamientos	17
La AF en relación con otras variables asociadas al TOC	19
Manifestaciones de la AF	19
Características familiares	22
Características de los niños	22
AF y Comorbilidad	23
Ira y sintomatología externalizante	23
Deterioro funcional asociado al TOC	24
Características de los progenitores y AF	26
Experiencias emocionales asociadas	26
Psicopatología en los progenitores	27
Diferencias entre madres y padres	28
<b>Discusión</b>	<b>29</b>
<b>Limitaciones y líneas futuras</b>	<b>35</b>
<b>Propuesta de Intervención</b>	<b>37</b>
Justificación del programa	37
Características del programa de intervención	39
Descripción del programa	39
Observaciones sobre el protocolo	40
Protocolo de tratamiento	42
Fase introductoria: Sesiones 1-5	43
Fase de EPR I: ítems iniciales	46
Fase de EPR II: ítems finales	47
Sesión final y cierre	47
Seguimiento y evaluación	55
<b>Conclusiones</b>	<b>58</b>
<b>Referencias bibliográficas</b>	<b>60</b>
<b>Índice de Tablas</b>	<b>68</b>
<b>Índice de Figuras</b>	<b>69</b>
<b>Anexos</b>	<b>70</b>

## Resumen

El **Trastorno Obsesivo-Compulsivo (TOC)** en la infancia y la adolescencia ha recibido poca atención en la literatura científica. Sin embargo, se estima que hasta un 80% de los adultos con TOC lo han padecido desde antes de los 18 años, a menudo incluso a edades tan tempranas como los 6 años de edad. Uno de los factores que más parece relacionarse con la gravedad del TOC infanto-juvenil es la **Acomodación Familiar (AF)**. La AF comprende aquellos comportamientos realizados por los familiares con el objetivo de reducir el malestar del niño, y se manifiesta tanto mediante conductas de evitación de situaciones ansiógenas, como de participación en los síntomas. Este trabajo busca **sistematizar las variables asociadas a la AF** realizada por los padres/cuidadores primarios y su relación con el TOC, así como qué variables de los niños y los progenitores se relacionan con la AF. Tras la revisión de 25 artículos los principales hallazgos son: (1) La AF realizada por los padres de niños con TOC es **elevada**; (2) la AF y la **gravedad del TOC** se afectan bidireccionalmente; (3) las **variables familiares**, los **síntomas externalizantes** en el niño, y las **emociones difíciles** de los padres correlacionan con la AF; (4) la AF predice el **deterioro funcional** asociado al TOC y tiene un papel mediador entre este y la gravedad del TOC. Estos resultados son útiles de cara a perfeccionar tratamientos futuros, especialmente en relación con aquellos casos resistentes a los tratamientos actuales.

**Palabras clave:** Acomodación familiar; Trastorno obsesivo-compulsivo; infanto-juvenil.

## Abstract

**Obsessive-Compulsive Disorder** (OCD) in childhood and adolescence has received little attention. However, it is estimated that up to 80% of adults with OCD had its onset before they were 18 years old, and often as young as 6 years old. One of the main factors related to the severity of pediatric OCD is **Family Accommodation** (FA). FA refers to a group of behaviors carried out by family members with the aim of reducing the discomfort of the child, and it is performed through facilitating the avoidance of anxiety-inducing situations, and by participating in the child's symptoms. This review aims to **systematize the variables associated with FA** performed by parents/main caregivers and its relationship with OCD, and to analyze which variables of children and parents are related to FA. After reviewing 25 articles, the main findings are: (1) FA is **high** in parents of children with OCD; (2) FA and **OCD severity** affect each other; (3) **family variables**, child **externalizing symptoms**, and difficult parental **emotions** correlate with FA; (4) FA predicts OCD related **functional impairment** and has a mediating role between functional impairment and OCD severity. These results are a useful tool to improve future treatments, especially for children resistant to the current ones.

**Keywords:** Family Accommodation; Obsessive-compulsive disorder; pediatric; children; adolescent.

## Introducción

El Trastorno Obsesivo-Compulsivo es una afección de curso crónico que puede llegar a resultar altamente incapacitante para quien lo sufre, dado su carácter disonante y obsesivo, su prolongación en el tiempo y la cantidad de horas que puede llegar a consumir cuando su gravedad aumenta (Valderhaug y Ivarsson, 2005).

El **Trastorno Obsesivo Compulsivo** (TOC) se define como:

“La presencia de obsesiones y/o compulsiones. Las obsesiones son pensamientos, impulsos o imágenes recurrentes y persistentes que se experimentan como intrusivos y no deseados, mientras que las compulsiones son conductas repetitivas o actos mentales que un individuo se siente impulsado a realizar en respuesta a una obsesión o de acuerdo con reglas que deben aplicarse rígidamente” (American Psychological Association [APA], 2022, p. 266).

A menudo, estos comportamientos que lo constituyen no son comprendidos por las personas del entorno, llevando a sentimientos de vergüenza, aislamiento e incompreensión; afectando gravemente a la calidad de vida de la persona y a los distintos ámbitos que la comprenden (Weidle et al., 2014; Weidle et al., 2015; Zabolski et al., 2019). Las dificultades particulares del TOC radican justamente en su cronicidad, en su naturaleza intrusiva y egodistónica, y en su elevada comorbilidad con otros trastornos, como el TDAH, trastorno bipolar, esquizofrenia, tics o depresión. Estos aspectos son los que pueden llevar a los pacientes a ser resistentes a los tratamientos que han mostrado más eficacia (Demaria et al., 2021; Singh et al., 2023).

La **prevalencia** del TOC en la adultez se estima en un un 1.2% en población estadounidense (Ruscio et al., 2010), y un 1.1% en población española (Subdirección General de Información Sanitaria [SGIS], 2021). En población infanto-juvenil, esta cifra puede que sea incluso mayor, estimándose porcentajes que van del 1 al 4% (Heyman et al., 2003; Rapoport et al., 2000). Esto hace que se haya considerado como uno de los trastornos psicológicos más prevalentes a nivel mundial, así como uno de los más incapacitantes (Salcedo et al., 2011). Una revisión metanalítica concluyó que las personas con TOC tienen

una calidad de vida significativamente más baja que la población normativa, siendo esto especialmente destacable en muestras con sintomatología grave (Coluccia et al., 2017).

## El TOC en la infancia

El TOC en la infancia ha recibido **poca atención** desde el punto de vista de la investigación. Tanto es así, que los aportes sobre prevalencias infanto-juveniles recientes son escasos (Heyman et al., 2003; Rapoport et al., 2000). Hasta la fecha, la mayoría de los conocimientos y aplicaciones sobre el TOC son extrapolados de su funcionamiento e investigación en la edad adulta. Incluso tratándose de sintomatología infantil, la mayoría proviene de **aportaciones retrospectivas en adultos**. Dichas aportaciones parecen indicar que la versión infantil del trastorno no difiere en gran medida de su equivalente adulta, si bien cuenta con algunas peculiaridades propias en cuanto a contenido y contexto (Gavino et al., 2015). Sin embargo, algunas investigaciones sí remarcan que es probable que existan variables específicas características del TOC infantil en relación con los aspectos evolutivos y los factores de vulnerabilidad (Chabane et al., 2005; Ivarsson y Valderhaug, 2006).

¿A qué se debe esta falta de investigación? Más allá de por estar el foco centrado en los adultos, existen otros motivos consecuencia de la etapa evolutiva en la que se producen. Dado su carácter egodistónico, la sintomatología viene acompañada a menudo de **desconcierto y culpabilidad** por parte del niño, quien a menudo carece de *insight* suficiente para comprender la situación, y tiende a **mantener el problema en secreto**. Todo esto lleva a que los adultos raramente sean conscientes de las complicaciones hasta que estas son lo suficientemente intensas como para resultar evidentes, lo que reduce la probabilidad de que se busque ayuda profesional, y por tanto da lugar a una **subdetección** del trastorno en la infancia y a una menor reacción en investigación (Gavino et al., 2015; Liu y Fan, 2023).

Sin embargo, los datos informados por adultos con TOC muestran que un **30-50%** de ellos recuerda sufrir el trastorno **desde edad temprana**, llegando a ser incluso de los seis años en adelante (Gavino et al., 2015; Salcedo et al., 2011). Se han recogido edades de inicio de incluso sólo 3 años (Hollingsworth et al., 1980). La APA (2022) recoge que hasta un 25% de los casos comienzan cerca de los catorce años, señalando algunos autores que hasta un

50% de los casos podrían tener su inicio antes de los once años (De Mathis et al., 2013). La investigación sugiere que hasta un 80% de las personas con TOC lo desarrollan antes de los dieciocho años de edad (Pauls et al., 1995).

Se habla, de hecho, de que existen dos momentos clave para el inicio del TOC infanto-juvenil: uno de inicio temprano, sobre los 10 años, y uno tardío, sobre los 17 (Geller et al., 1998). Y además, una edad de inicio más o menos temprana acarrea características propias que merece la pena dilucidar (Salcedo et al., 2011). Por ejemplo, parece darse un mayor riesgo de cronificación del trastorno, mayor probabilidad de recidiva, peor calidad de vida y mayor comorbilidad con otros trastornos (Fullana et al., 2009; Singh et al., 2023; Westwell-Roper y Stewart, 2019).

### **¿A qué se debe el TOC infanto-juvenil?**

En cuanto a los **factores de riesgo y protección** del TOC en la infancia, Pardo et al., (2022) no hallaron factores de protección, pero sí diversos factores de riesgo, entre los que se encuentran factores de tipo biológico, individuales o disposicionales, psicopatológico, familiar y psicosocial, indicando que se trata de un trastorno de **naturaleza multifactorial**. Los estudios sugieren que el TOC de inicio temprano, en contraposición con el de inicio tardío, parece contar con un importante peso genético, en el cual la interacción con el ambiente tiene un papel crucial en su expresión (Demaria et al., 2021; Liu y Fan, 2023).

Entre los **factores de riesgo psicosocial** se destacan, por un lado, los factores familiares, tales como un estilo de crianza negativo, tener un nivel socioeconómico limitado, los cambios de residencia. Por otro lado, se resaltan los relacionados con estresores, como lo son el trauma infantil, como la negligencia o distintos tipos de abusos, u otras patologías de carácter psicológico, como la somatización o la ansiedad de separación. Estas experiencias adversas en la infancia también parecen estar relacionadas con sintomatología obsesivo-compulsiva más grave (Pardo et al., 2022; Xu y Zhu, 2023).

Respecto a los **factores cognitivos** de los familiares de niños con TOC, se han hallado asociaciones positivas de la gravedad del TOC con características maternas como las actitudes de responsabilidad, la supresión de pensamiento, las creencias metacognitivas, y cierta percepción de escenarios ambiguos como amenazantes. Se ha observado también que los padres de niños con TOC expresan menos frecuentemente confianza, tienden menos a la

solución positiva de problemas y son menos recompensantes respecto a la independencia de sus hijos. Esto es interesante, especialmente teniendo en cuenta que los niños con TOC parecen poseer un sentido desproporcionado de responsabilidad y más creencias metacognitivas (Chessel et al., 2021).

De forma más específica, de los factores de riesgo **disposicionales e individuales**, se mencionan la inflexibilidad, la preocupación obsesiva, los comportamientos coercitivos hacia los otros o las rutinas normativas repetitivas. Los factores estresantes y los familiares vuelven a ser relevantes, destacando el tener un familiar de primer grado con TOC. La estabilidad emocional, el apoyo social en la escuela y la resiliencia se han identificado como factores protectores (Pardo et al., 2022).

Los factores que afectan a la aparición del TOC, por tanto, son numerosos, y entre ellos los factores ambientales y familiares poseen una gran influencia.

El tratamiento de primera elección actual para el TOC en niños es la **Terapia Cognitivo Conductual (TCC) con Exposición y Prevención de Respuesta (EPR)**, pero pese a su gran eficacia presenta algunas limitaciones. Varios metaanálisis y revisiones sistemáticas han hallado que el ambiente familiar y diferentes aspectos asociados, especialmente la culpabilización y la acomodación familiar, son relevantes para los resultados de los tratamientos. Las familias de individuos con TOC presentan unas características particulares que deben ser identificadas y tratadas de forma específica. El grado de participación familiar parece ser uno de los factores clave al poner en marcha un tratamiento (Peris y Piacentini, 2016; Rosa-Alcázar et al., 2015). Asimismo, el número de variables familiares directamente intervenidas parece tener un papel importante. A pesar de que estas no parecen afectar de forma directa a los síntomas de TOC, sí parecen tener un efecto sobre la reducción de la acomodación familiar.

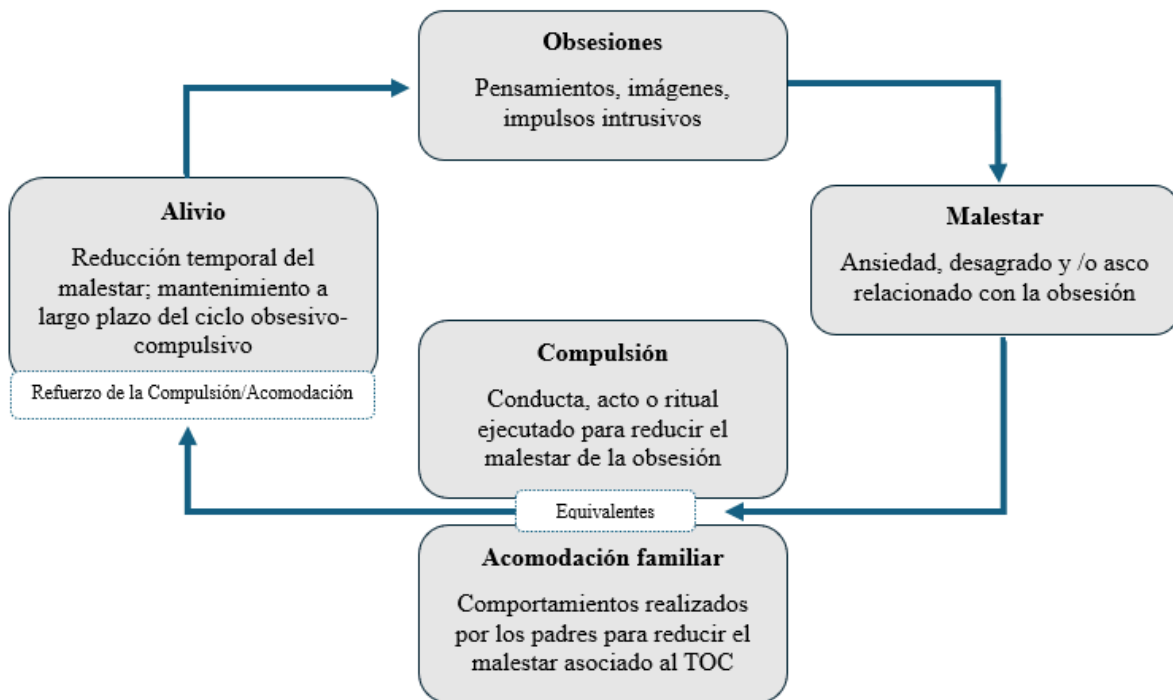
## **Acomodación Familiar y TOC**

La Acomodación Familiar (AF) es un término que refiere a un conjunto de acciones o comportamientos llevados a cabo por el entorno familiar de la persona que padece un trastorno o presenta un problema. La finalidad de estos comportamientos es **reducir el grado**

de malestar que el trastorno acarrea. Sin embargo, estos comportamientos llevan a menudo a un ciclo de reforzamiento negativo que dificulta la exposición y comprobación de la persona de aquello que se evita. Este se sintetiza en la **Figura 1**:

**Figura 1**

*Ciclo de reforzamiento de la Acomodación Familiar*



*Nota.* Adaptado de Yale School of Public Health (YSPH, 2024).

La AF fue por primera vez investigada justamente en relación al TOC (Calvocoressi et al., 1995). Ya entonces, se observaron elevadas tasas de estos comportamientos, los cuales se han seguido comprobando en investigaciones posteriores. En la actualidad, el concepto se ha ampliado a otros trastornos y problemáticas.

En el caso concreto del TOC, estos comportamientos se pueden englobar en dos categorías principales: de **participación en los síntomas** y de **modificación o evitación de situaciones ansiógenas**. En la primera se incluye, por ejemplo, la participación directa de los familiares en los rituales compulsivos; y en la segunda la adaptación de horarios, acciones o hábitos a las particularidades del trastorno del familiar. Un mayor grado de AF parece correlacionar con un mayor grado de gravedad sintomatológica (Strauss et al., 2015; Wu et al., 2016), así como la reducción de la AF ha sido detectada como un factor terapéutico

esencial tanto para la disminución sintomatológica como para los resultados terapéuticos. Algunos ejemplos de AF se muestran en la **Tabla 1**:

**Tabla 1.**  
*Tipos de conductas de Acomodación Familiar*

Proporcionar seguridad acerca de las preocupaciones obsesivas.
Esperar a que la persona finalice las compulsiones.
Participar directamente en las compulsiones.
Facilitar objetos necesarios para realizar las compulsiones.
Realizar las responsabilidades familiares que la persona no puede llevar a cabo debido al TOC en su lugar.
Modificar las rutinas familiares debido al TOC.
Ayudar a la persona a evitar situaciones ansiógenas que puedan desencadenar síntomas de TOC

*Nota.* Información obtenida de Calvocoressi et al., (1999), y YSPH, (2024).

A pesar de los avances en la investigación sobre AF en adultos, al igual que sucede con el resto de investigación en TOC, las publicaciones centradas específicamente en población infantil-juvenil son limitadas. Respecto a los hallazgos existentes, se ha hallado en muestras clínicas infantiles mayor AF global, así como en sus componentes parciales de participación en rituales, modificación de rutinas familiares y malestar al acomodar, en comparación con los controles. Se han hallado asimismo fuertes asociaciones entre la gravedad del TOC y el nivel de AF; y correlaciones consistentes entre la reducción sintomatológica y la reducción de AF, con mantenimiento en los seguimientos de hasta tres meses (Chessell et al., 2021).

Las revisiones metaanalíticas han hallado una **relación entre AF e intensidad de los síntomas** tanto en niños como en adultos. Los estudios revisados parecieron mostrar mayores niveles de AF en la población infantil que en la adulta, sin embargo los resultados no parecieron ser del todo concluyentes. No se halló, por ejemplo, que la existencia de

comorbilidad afectase al nivel de AF. (Wu et al., 2016). Respecto a la AF en trastornos de ansiedad en general, no se han hallado diferencias entre infancia y adolescencia, o de género. Tampoco se observaron diferencias en función de las características parentales (Iniesta-Sepúlveda et al., 2021). No obstante, ha de tenerse en cuenta que estos resultados no son específicos de poblaciones con TOC.

### **Factores familiares, TOC y AF**

Los factores familiares parecen ocupar un papel central en el funcionamiento del TOC infanto-juvenil. Un metaanálisis halló que a mayor cantidad de factores familiares directamente tratados en la terapia, mayor resulta la reducción de la AF, lo cual propicia mejores resultados terapéuticos (McGrath y Abbott, 2019).

Al analizar qué variables familiares podrían ser relevantes, algunos autores observaron que una **mayor ansiedad** en los padres de niños con TOC correlaciona con mayores niveles de AF, especialmente en padres de niños pequeños (Johnco et al., 2022). Como añadido, el tener **creencias negativas** sobre la ansiedad correlaciona con más AF, especialmente con niveles más altos de modificación del funcionamiento familiar, conductas de evitación y conductas de reaseguración. El apego inseguro de los padres parece moderar la relación entre las creencias sobre la ansiedad y la AF. Estos factores parecen relacionados con una mayor ansiedad en los niños.

### **Justificación y objetivos**

El **TOC infanto-juvenil** es un trastorno al que se ha prestado **poca atención** y del que todavía queda mucho por explorar, tanto por las características propias que pueda esconder, como por la necesidad de atender adecuadamente a una población especialmente vulnerable como lo son los niños. Conocer a fondo las variables que rodean al TOC en la infancia puede suponer además un potencial **recurso preventivo** para evitar que el trastorno se complejice, cronifique, y derive en complicaciones o comorbilidades mayores. Dadas las repercusiones funcionales que tiene en las personas, atajar este problema no supondría solo un beneficio de cara a la salud, sino también a nivel social y económico.

Se ha visto que la AF tiene un papel importante en el TOC pero, si ya el TOC infantil ha sido insuficientemente investigado, el conocimiento científico disponible sobre la AF es aún más reducido y ha sido escasamente sistematizado. Por ello, se conoce poco acerca de sus mecanismos, las variables específicas que la rodean están poco exploradas, y no han sido recogidas de forma conjunta en un trabajo de revisión. En este trabajo se tratará de solventar en la medida de lo posible esta laguna bibliográfica.

Por tanto, los **objetivos de investigación** propuestos son:

- ¿Cómo se relacionan la *AF de los progenitores/cuidadores* primarios y las manifestaciones o evolución del *TOC infanto-juvenil*?
- ¿Qué *variables asociadas a los niños* son relevantes en la relación entre la AF y el TOC infanto-juvenil?
- ¿Qué *variables de los padres* son relevantes en la relación entre la AF y el TOC infanto-juvenil?

Se espera que la organización del conocimiento disponible sobre la AF pueda contribuir a mejorar las intervenciones realizadas sobre los niños que están desarrollando o presentan ya un TOC, especialmente para aquellos que no responden suficientemente a las intervenciones ya establecidas.

## Método

La búsqueda que corresponde al presente trabajo fue realizada el 20/02/2024 en las bases de datos PsycInfo (n=49) y MedLine (n=81), utilizando operadores *booleanos* y los términos ((family accommodation) OR (parent\* accommodation)) AND TI(obsess\* OR OCD) AND TI(child\* OR adolesc\*). En total, fueron arrojados 130 resultados, de los cuales fueron eliminados 52 duplicados, quedando un total de 78. De estos, tras cribar por título y resumen, fueron excluidos 44 e incluidos 34, los cuales fueron analizados a texto completo. De estos, fueron excluidos 9 e incluidos 25, pasando estos a formar parte de la presente revisión sistemática.

Como **criterios de inclusión**, se utilizaron artículos que fueran: (1) publicaciones académicas y revistas científicas; (2) evaluadas por expertos; (3) en español o inglés; (4) muestra infanto-juvenil (0-18 años); (5) materia “obsessive compulsive disorder”; (6) estudio empírico. Se limitó la búsqueda según el tipo de metodología mediante los criterios de exclusión: (1) Revisión de literatura; (2) Revisión sistemática; (3) Metaanálisis; (4) Estudio de caso clínico. Dado el número asequible de resultados, no se estableció límite temporal.

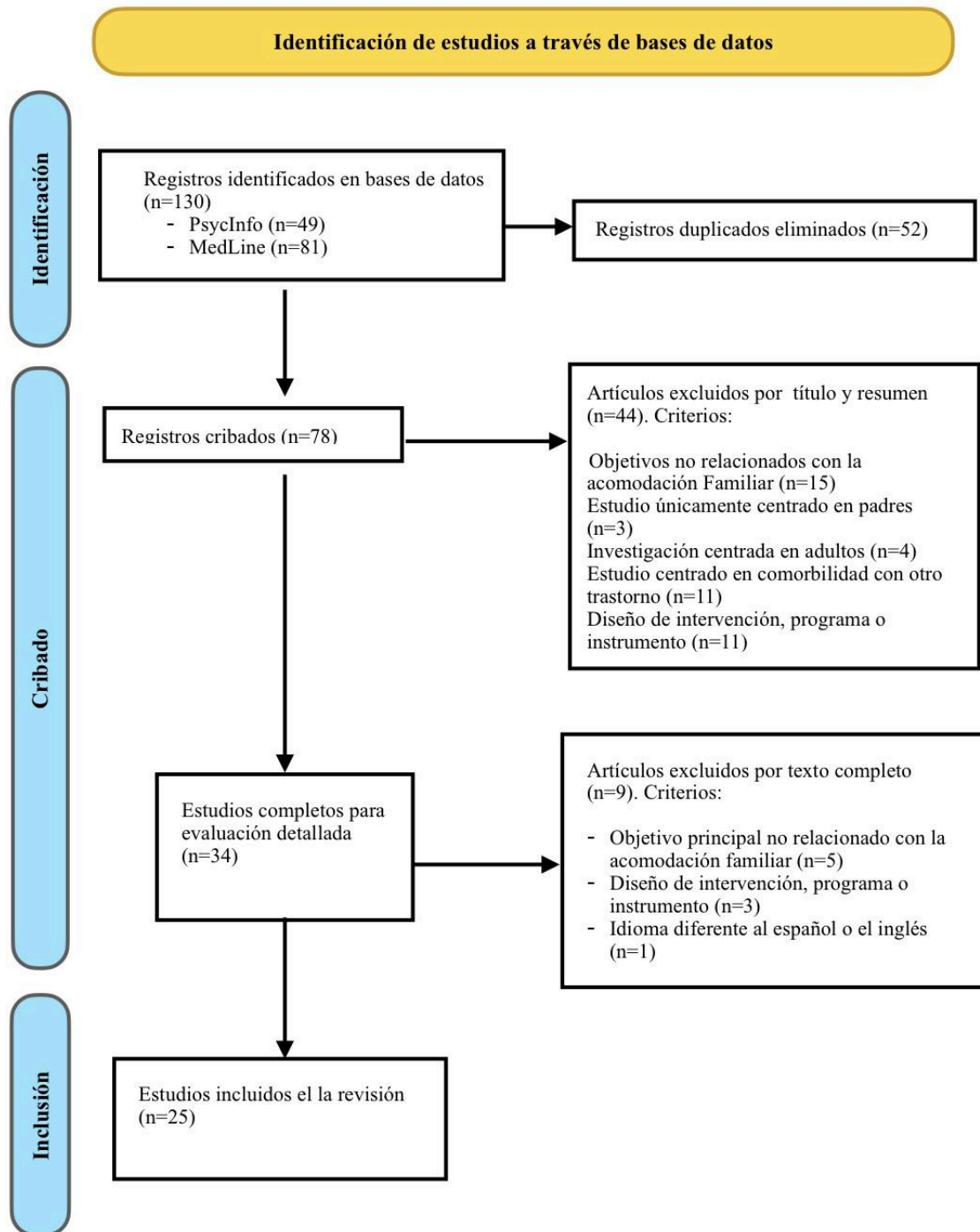
**No fueron incluidos** artículos con objetivos no relacionados con la Acomodación Familiar (n=20); estudios únicamente centrados en padres (n=3); estudios centrados en comorbilidad con otros trastornos (n=11); Investigación centrada en adultos (n=4); diseño de intervención, programa o instrumento (n=14); o un idioma diferente al español o al inglés (n=1).

La selección de trabajos fue realizada siguiendo la secuencia de pasos correspondiente al **diagrama PRISMA** (*Preferred Reporting Items for Systematic reviews and Meta-Analyses*) (Page et al., 2021). El proceso completo de búsqueda y selección está reflejado en el apartado de Resultados, en la **Figura 2**.

## Resultados

**Figura 2**

Diagrama de flujo representativo del proceso de revisión sistemática siguiendo las recomendaciones PRISMA



Nota. Adaptado de “Declaración PRISMA 2020: una guía actualizada para la publicación de revisiones sistemáticas”, por Page et al., 2020, *Revista Española de Cardiología*, 74(9), 790-799. <https://doi.org/10.1016/j.recesp.2021.06.016>

A lo largo del siguiente apartado están expuestos los resultados que responden a los interrogantes que articulan este trabajo. Estos están organizados en función de los objetivos planteados. De este modo, los resultados se subdividen en aquellos que responden a la manera en la que AF de los progenitores y el funcionamiento del TOC se relacionan; aquellos que responden a las variables de los niños que afectan a esta interacción; y aquellos referidos a las variables de los progenitores o los cuidadores primarios.

### **Características de los estudios y los participantes**

El presente trabajo sistematiza información de distintos tipos de estudios. Entre ellos, algunos estudian la AF de manera **longitudinal** a través de **tratamientos** (N =12), mientras que otros se centran en analizar **variables** de forma **transversal** (N = 13). Los principales resultados de estos estudios se hallan organizados en el **Anexo A**.

El 100% de los participantes provinieron de muestras clínicas. De las muestras a las que pertenecían, 16 fueron de Estados Unidos; 3 de España; 2 de Reino Unido; 2 de Australia; 1 de Brasil; y 1 de Italia.

Los participantes tienen una edad comprendida entre los 5 y los 20 años. Sin embargo, la mayoría de los trabajos se hallan entre los 7-17 (n = 6); y 7-18 (n= 3). Solo uno incluye una muestra hasta los 20. Un total de 5 se centran exclusivamente en muestras infantiles, de entre 5-9 años. La mayoría de los estudios tienen una distribución de género equivalente. Al tratarse de una medida familiar, prácticamente todos los estudios toman medidas informadas por los padres de los niños, o de naturaleza mixta.

### **Relación entre TOC y AF**

El objetivo principal de esta revisión sistemática es el de analizar *cómo se relacionan la AF de los progenitores/cuidadores primarios y las manifestaciones o evolución del TOC infanto-juvenil*.

### **AF y gravedad sintomatológica del TOC**

A lo largo de los distintos trabajos revisados se ha observado de forma consistente que mayores niveles de AF aparecen significativamente relacionados con una **mayor gravedad sintomatológica** en el TOC (Flessner et al., 2011; Lebowitz et al., 2014; Monzani et al., 2020). Algunas investigaciones hallaron no sólo correlaciones, sino que concluyeron que existe una propiedad predictora en la AF, siendo que mayores niveles de AF predijeron significativamente la gravedad sintomatológica del TOC (Rudy et al., 2014). De hecho, la AF ha llegado a explicar hasta un 35% de la varianza, y a ser el **predictor más fuerte** a corto, medio y largo plazo (Francazio et al., 2016). Se han hallado indicios de que esta relación sucede **también a la inversa**, prediciendo la gravedad del TOC el nivel de AF (Storch et al., 2012). Además, el **número de progenitores** (cero, uno, o ambos) acomodando, no solo correlacionó significativamente con la gravedad del TOC, sino que predijo peores respuestas a los tratamientos (Monzani et al., 2020).

### **AF evaluada en relación a tratamientos**

Diversas investigaciones han evaluado la AF en relación con la gravedad sintomatológica del TOC a través de la puesta en marcha de tratamientos. También en este tipo de estudios la reducción de la AF se ha visto asociada con **reducciones en la gravedad de la sintomatología** (Gorenstein et al., 2015), así como puntuaciones menores de AF se han asociado de forma significativa con la **buena respuesta al tratamiento** (Jacoby et al., 2022). Un estudio que halló este mismo resultado, señaló además que los individuos que respondieron al tratamiento tuvieron una reducción de la AF mucho mayor que aquellos que no lo hicieron, y un 40% de los no respondientes presentaron incluso aumentos o mantenimientos de los niveles de AF (Merlo et al., 2009).

Otro de los resultados relevantes es que al tomar varias medidas a lo largo del tiempo, la **relación** entre la AF y la gravedad del TOC es **consistente**. Además la AF predice tanto la gravedad sintomatológica como el deterioro funcional asociado al TOC en las evaluaciones posteriores al tratamiento. Por otro lado, la **capacidad predictiva** de la AF **parece depender del momento** en el que ésta se mide. Un estudio sugirió que el mejor momento para incidir sobre la AF podría ser durante la segunda mitad del tratamiento, puesto que fue en este punto

cuando se observó que los cambios en la AF precedieron a la mejoría en la gravedad de los síntomas del TOC y del deterioro asociado (O'Connor et al., 2023).

En esta misma investigación se observó que una mayor gravedad sintomatológica al inicio del tratamiento implicó también mayor gravedad a lo largo del mismo. Este fenómeno se observó en la AF también, de manera que una mayor AF al inicio también se asoció a mayor AF a lo largo de éste. Este mismo patrón se ha dado en otras investigaciones, lo que parece implicar que **los valores iniciales de AF**, previos al tratamiento, son un **factor relevante a la hora de lograr la remisión sintomatológica**. Uno de los estudios halló no sólo que los participantes con mayor AF inicial fueron los que menos remisión lograron, sino que la AF fue la única variable que no necesitó interaccionar con otras variables para contribuir a la reducción de los síntomas (Rudy et al., 2014) . Al evaluar distintas modalidades de tratamiento simultáneamente, mayores niveles de AF predijeron peores resultados en las diversas modalidades. Sin embargo, se recalca que no se halló que la AF explicara si un paciente respondería al tratamiento o no (García et al., 2010).

Otro estudio halló también que la gravedad del TOC al inicio del tratamiento se asoció a mayores niveles de AF al finalizarlo. Sin embargo, la gravedad del TOC no pareció afectar a los cambios en la AF durante el tratamiento o durante el seguimiento (Jacoby et al., 2022).

Cabe mencionar que el intervenir directamente sobre las **variables familiares** parece llevar a reducciones significativas de AF, así como a mejores respuestas en cuanto a reducción de la gravedad del TOC, deterioro funcional asociado al TOC, funcionamiento familiar (Peris et al., 2017; Piacentini et al., 2011) y sintomatología externalizante (Rosa-Alcázar et al., 2017).

Sin embargo, no todos los estudios dieron tan claramente con este tipo de relación. En uno de los estudios, no se halló que la AF materna, medida en el pretratamiento y en el postratamiento, mediase significativamente la relación con la gravedad del TOC en el postratamiento ni en el seguimiento (Rosa-Alcázar et al., 2021).

### **La AF en relación con otras variables asociadas al TOC**

Al medir diversas variables a lo largo de un tratamiento de TCC grupal, se observó que la AF al inicio del tratamiento estaba significativamente asociada con una mayor gravedad del TOC a los 6 y 12 meses tras el tratamiento. Se observó que ésta, junto al **rechazo parental** inicial, explicó un 19.2% de la varianza. Sin embargo, mientras que el rechazo parental sí explicó por sí mismo un 17.7% de la varianza, la AF por sí sola no supuso una contribución suficiente. En cambio, el nivel de AF al finalizar el tratamiento sí predijo por sí solo un 16.6% de la gravedad del TOC en el seguimiento a los 12 meses, mientras que el rechazo parental no lo hizo (Lavell et al., 2016)

Al analizar características específicas de la **sintomatología del TOC**, se ha visto que mayores niveles de AF están asociados con manifestaciones más severas de la ansiedad propia del trastorno (Lebowitz et al., 2014). En general, en relación con los tipos de obsesiones y compulsiones presentadas, no se han hallado diferencias significativas en función del nivel de AF, aunque uno de los estudios halló que la sintomatología específica de contaminación y limpieza llevaría a una mayor participación en los rituales (Flessner et al., 2011). Sí parece que, cuando hay poca AF, se da una tendencia a presentar una mayor variabilidad de obsesiones (46.7%), más obsesiones de contaminación (33.3%) y más compulsiones de comprobación (53.3%); mientras que cuando la AF es alta la tendencia fue, también, a tener obsesiones de contaminación (55.6%) y una mayor frecuencia de compulsiones de limpieza (38.9%) (Pontillo et al., 2020).

### **Manifestaciones de la AF**

#### **Frecuencia de la AF**

La AF se refiere a un **conjunto de conductas** cuya finalidad es aliviar el malestar derivado de la sintomatología obsesivo-compulsiva del niño. Teniendo en cuenta esta definición, se puede comprender que una manera de medir la AF es contabilizando la frecuencia con la que las distintas conductas tienen lugar. Por lo tanto, una suma mayor de ellas implicará una cantidad de AF a nivel global más pronunciada. En medidas informadas por los progenitores de niños con TOC, y consistentemente a lo largo de la literatura científica revisada, esta AF global es realizada por entre un **75 y un 100%** tanto de madres

como de padres (Gorenstein et al., 2015; Pontillo et al., 2020). Algunos estudios sugieren que la AF infanto-juvenil podría ser superior que en población adulta (Skriner et al., 2016).

Se ha observado, por otro lado, que se da una correlación media-alta entre la **cantidad de AF** realizada por la madre y aquella realizada por el padre (Rosa-Alcázar et al., 2021), así como **patrones similares** de los tipos de conductas de AF en cada pareja. Se halló además que cuando ambos progenitores realizan conductas de AF a diario, la gravedad del TOC del niño es mayor (Monzani et al., 2020).

Al evaluar con más detenimiento aspectos concretos de la AF se encuentra que, en un **55%** de los casos, ambos progenitores realizaron AF con una **frecuencia diaria**; en un 28% de los casos, uno de ellos; y solo en un 17% de los casos ninguno (Monzani et al., 2020). En otra muestra, hasta un **69%** de las madres informaron de *participación* diaria en los síntomas del niño; un 27% realizaron *modificaciones de las rutinas y horarios* familiares; y un 23% realizó ambas formas de acomodación (Lebowitz et al., 2014). Otros estudios recogen que la frecuencia de la AF es de entre 1-3 días semanales de media (Skriner et al., 2016). Se ha observado que el porcentaje asciende, en algunos casos, hasta un **80.4%** de participación en al menos un tipo de AF, o bien diariamente, o bien de “manera extrema” (Jacoby et al., 2022).

### **Conductas más frecuentes**

En relación a las conductas específicas que constituyen la práctica de AF, la más habitual parece ser “*proporcionar seguridad*” al niño en relación a los síntomas, llegando a ser realizada hasta en un 56-79% de los casos, tanto por madres como por padres. Además de esta, la *participación directa en los rituales* (32.6-46%) y el *ayudar al paciente a evitar situaciones ansiógenas* (37.2-69.8%) se han mostrado consistentemente como las conductas más habituales (Futh et al., 2021; Gorenstein et al., 2015; Jacoby et al., 2022; Monzani et al., 2020; Peris et al., 2008). El “*hacer cosas en lugar del niño*” también se ha identificado como habitual (Lebowitz et al., 2014). Por otro lado, entre las conductas que menos se realizan están “*evitar ir a lugares*” para evitar situaciones ansiógenas (57.3%) y *modificar actividades placenteras* para acomodar síntomas (52.1%) (Flessner et al., 2011). La frecuencia y formas de AF más habituales se sumarizan en la **Tabla 2**:

**Tabla 2***Cantidad de AF realizada por los progenitores/cuidadores de niños con TOC*

<b>Autores y año</b>	<b>Cantidad de AF</b>
Flessner et al., (2011)	-El 99% de los progenitores realizaron AF.; el 77.1% lo hicieron a diario. 63.5% “proporcionó seguridad”, 32.3% “participaba en rituales”, 33.3% “asiste al niño en evitar situaciones ansiógenas”.  57.3% no evitó ir a lugares y 52.1% no modificó actividades placenteras para acomodar síntomas.
Futh et al., (2021)	-AF elevada, casi la mitad de los progenitores ven a los niños mientras completan rituales o esperan al niño diariamente.
Gorenstein et al., (2015)	-El 75% de los progenitores realizaron AF. 62,8% “proporcionó seguridad” 32.6% “participó en los rituales” 37.2% “ayudó al paciente a evitar”.
Jacoby et al., (2022)	-Un 98.6% de los padres comunicaron AF en la semana anterior al tratamiento. -80.4% comunicó participar en al menos un tipo de AF o bien diariamente o bien de “manera extrema”. 79.0% “proporcionó seguridad” 69.8% “evitó decir o hacer cosas debido al TOC del niño”
Lebowitz et al., (2014)	- La AF es altamente prevalente entre madres de niños con TOC, 69% de participación diaria en síntomas; 27% de modificación de rutinas y horarios 23% ambas.
Merlo et al., (2009).	-El 88% de los progenitores reportaron al menos AF leve.
Monzani et al., (2020)	-El 80% de las madres y el 57% de los padres realizaron AF diaria. -En un 55% de los casos, ambos progenitores realizaron AF diario -En un 28% de los casos solo uno. -“Ofrecer seguridad”, “participación en rituales” y “facilitación de la evitación” fueron los más habituales. -Se hallaron patrones similares de comportamientos de AF en cada pareja.
Pontillo et al., (2020)	-El 100% de los progenitores realizaron AF.
Skriner et al., (2016)	-Se realizó AF entre 1-3 días semanales de media.

*Nota.* AF = Acomodación Familiar

En otra investigación, se observó que mayores niveles de los progenitores de implicación respecto al trastorno; de *participación más frecuente en los rituales*; *modificaciones más frecuentes de las rutinas familiares*; y mayores *consecuencias por no acomodar*, se asociaron positivamente a la gravedad del TOC (Peris et al., 2008).

En este último estudio, por otro lado, se hallaron dos **predictores** estadísticamente significativos de las conductas **de AF** de forma global: la *gravedad de las compulsiones* y la *ansiedad paterna* (23% de la varianza). Mayores niveles de estas variables, por lo tanto, parecerían facilitar la realización de AF. Además, estas dos variables predijeron también la “**evitación de disparadores**” (17%). Por su parte, la “**participación en compulsiones**” tuvo dos predictores significativos distintos: los *comportamientos opositoristas* y la sintomatología asociada a la *limpieza y la contaminación* (23.2% de la varianza).

### **Características familiares**

Al evaluar aspectos relacionados con la AF, algunas investigaciones analizaron qué **variables del ambiente familiar** podrían jugar un papel a la hora de aumentarla o disminuirla. Dentro de los aspectos que correlacionaron con la AF, se encuentran la *cohesión* y el *conflicto* familiares, siendo la primera correlación negativa y la segunda positiva. Concretamente, en relación con características específicas del funcionamiento de la AF, se ha observado que estas variables afectan a las *consecuencias por no acomodar* y al *malestar* generado en relación a la AF, aunque no se hallaron en relación con la AF en general. La cohesión parece también relevante respecto a la gravedad del TOC en el postratamiento (Gorenstein et al., 2015; Peris et al., 2008). Otro hallazgo en esta línea es que las familias con más *organización*, es decir, con un funcionamiento interno más claro y estructurado, realizaron AF con menos frecuencia y, específicamente, se involucraron menos en los síntomas.

### **Características de los niños**

La segunda pregunta de investigación está dirigida a averiguar *qué variables asociadas a los niños son relevantes en la relación entre la AF y el TOC infanto-juvenil*. Estas variables interactúan tanto con la sintomatología del TOC como con la AF de los

padres, dando lugar a potenciales complicaciones y factores que se han podido estar pasando por alto.

### **AF y Comorbilidad**

La psicopatología comórbida en los niños con TOC podría implicar complicaciones de la AF ejercida por los padres. La comorbilidad con otros trastornos en determinadas muestras parece ser alta, siendo que hasta un 57.6 % presentó al menos un trastorno de ansiedad; un 16.9 % un trastorno depresivo mayor, entre otros (Lebowitz et al., 2015), aunque no todos los estudios hallaron este tipo de sintomatología (Flessner et al., 2011). Al evaluar si existían asociaciones entre la AF y la psicopatología comórbida, se dio con correlaciones positivas significativas entre el nivel de AF y los **niveles de ansiedad**, tanto la asociada a situaciones y problemáticas específicas, como la generalizada (Lebowitz et al., 2014). En otros casos, esta relación entre mayor FA y mayor sintomatología ansiosa no se encontró, pero sí entre mayor FA y la presencia de **sintomatología depresiva**, autoestima negativa, sentimientos de ineffectividad y dificultades emocionales (Monzani et al., 2020; Pontillo et al., 2020). Esto podría ser relevante, especialmente porque la depresión parece afectar al TOC independientemente de los efectos causados por la AF (Lavell et al., 2016).

### **Ira y sintomatología externalizante**

Hay resultados contradictorios respecto a la prevalencia de los problemas de carácter coercitivo-disruptivo. Estos se han visto comunes en algunas muestras de jóvenes con TOC, mostrando correlaciones positivas entre estos problemas y la gravedad del TOC, así como con los síntomas ansiosos (McKenzie et al., 2020; Storch et al., 2012). Otros trabajos, hallaron porcentajes de 13.6% de comorbilidad con el trastorno oposicionista-desafiante (Lebowitz et al., 2015); o que este fue de muy leve a leve (Flessner et al., 2011).

En cualquier caso, los **problemas externalizantes** en los niños parecen complicar las circunstancias del TOC (Storch et al., 2009), y predecir un alcance reducido en su mejoría (García et al., 2010). Mayores manifestaciones infantiles de ira se han visto fuertemente **asociadas a mayor AF**, así como moderadamente asociadas al **deterioro funcional** derivado del TOC. Además, se ha visto que la ira funciona como predictor tanto de la AF como de la **gravedad del TOC** (McKenzie et al., 2020; Storch et al., 2012).

Al analizar qué **formas de AF** se ven incrementadas por la ira y las conductas externalizantes, se ha visto que estas suponen modificaciones más frecuentes de las *rutinas familiares y peores consecuencias por no acomodar* (Peris et al., 2008), y mayores dificultades comportamentales asociadas a la AF (Monzani et al., 2020). Las conductas oposicionistas se han identificado también como predictores de una mayor *participación* de los padres *en las compulsiones* (Flessner et al., 2011).

Un hallazgo particularmente interesante es que la AF parece explicar de manera indirecta el 97.13% del efecto que los comportamientos coercitivo-disruptivos tienen respecto a la gravedad del TOC (Lebowitz et al., 2015). Otros estudios han hallado resultados similares, al observar que la ira afecta tanto a la gravedad del TOC como al deterioro funcional asociado a éste, y lo hace mediante el **incremento previo de la AF** (Storch et al., 2012).

### **Labilidad emocional y emociones negativas**

Como características que se han visto asociadas positiva y significativamente, tanto con la AF como con los síntomas externalizantes, se han detectado el nivel de labilidad emocional y la presencia de emociones negativas en el niño. Estos factores emocionales predijeron los síntomas externalizantes, independientemente de cuán grave fuera el TOC pero, sin embargo, no predijeron la cantidad de AF. Se halló, por otro lado, que la labilidad y la negatividad emocionales **moderaron** significativamente la **relación entre la gravedad del TOC y la AF**. Coherentemente con este resultado, la capacidad de regulación emocional adaptativa en los niños correlacionó significativa y negativamente con los síntomas externalizantes (McKenzie et al., 2020).

### **Deterioro funcional asociado al TOC**

El alcance de los efectos del TOC va más allá de la sintomatología propia del trastorno. Además de las obsesiones y las compulsiones, éste repercute sobre los distintos **ámbitos en los que se desenvuelve el niño**, de manera que genera estragos a la hora de desenvolverse correctamente en **casa**, en el **colegio**, y en las relaciones de **amistad**. Las investigaciones se refieren repetidamente a este hecho al hablar del deterioro funcional asociado al TOC (García et al., 2010; Skriner et al., 2016).

La AF parece jugar un papel relevante respecto a este deterioro funcional. Varios trabajos hallaron **correlaciones significativas** entre los niveles de AF, materna y paterna, y el funcionamiento general del niño (Monzani et al., 2020; Storch et al., 2010; 2012). De hecho, las reducciones de AF parecen preceder a las reducciones en el deterioro funcional, así como los cambios en el deterioro también parecen predecir los cambios en la AF en momentos específicos (O'Connor et al., 2023). Se observó que aquellos niños pertenecientes a familias con AF elevada presentaron peor funcionamiento global que los de AF baja, especialmente en el funcionamiento social y de rol (Pontillo et al., 2020).

El efecto de la AF parece ser lo suficientemente importante como para **predecir el deterioro funcional en todos los entornos** en los que éste fue evaluado. Predijo especialmente el deterioro en el hogar, pero también en la escuela y en el ámbito social. Otras variables predictoras fueron la gravedad sintomatológica del TOC, el grado de *insight* respecto al TOC y la sintomatología depresiva, pero lo fueron en menor medida y sin llegar a afectar a todos los ámbitos psicosociales del niño (Storch et al., 2010). Otro estudio halló que el **deterioro funcional**, pero no la gravedad de los síntomas, **predice los cambios en la AF** previa al tratamiento. Es decir, es el deterioro funcional generado por los síntomas de TOC, y no los síntomas del TOC directamente, el que parece llevar a la realización de AF. Esto se comprobó tanto en las medidas informadas por los niños como en las informadas por los padres (Jacoby et al., 2022).

Este último estudio, con medidas multiinformante, halló además que el nivel de deterioro funcional inicial se relacionó con los niveles de AF en el postratamiento. El deterioro funcional también se asoció a cambios en la AF durante el tratamiento, pero no durante el seguimiento. Hallaron también que la **AF medió significativamente la relación entre la gravedad del TOC y el deterioro funcional**, de manera que una mayor gravedad del TOC durante el tratamiento se asoció a mayor participación de la familia en los síntomas del niño, lo que aumentó los deterioros asociados al TOC. Sin embargo, este resultado fue informado por los padres, pero no por los niños. Esta misma discrepancia paterno-filial se halló en otro estudio, el cual también halló asociaciones significativas de los cambios de AF con la gravedad de los síntomas de TOC y del deterioro funcional. Esto se vio tanto en el pretratamiento como en el postratamiento, e incluso tras controlar la gravedad de los síntomas iniciales (Merlo et al., 2009).

## Características de los progenitores y AF

La tercera pregunta de investigación trata de responder a *qué variables de los progenitores son relevantes en la relación entre la AF y el TOC infanto-juvenil*. Puesto a que éstos son quienes realizan las conductas de AF, surge la necesidad de analizar en este trabajo qué es lo que los lleva a realizarlas, cuál es su experiencia al respecto, y qué variables reducen la probabilidad de su aparición.

### Experiencias emocionales asociadas

Entre las variables de los progenitores asociadas a una realización de AF más habitual se encuentran la vivencia de niveles elevados de **malestar** (*distrés*). Este malestar se ha visto además asociado a variables del niño, como la gravedad sintomatológica y el nivel de deterioro, y de los progenitores, como mayor psicopatología y carga del cuidador. (Storch et al., 2009). En al menos una de las muestras, se halló que un 60.5% presentó un nivel de malestar familiar moderado o superior (Gorenstein et al., 2015), y en otra se observó que, al comparar al grupo con TOC con los controles, el malestar fue mayor en el primero, en el cual también se presentaron mayores niveles de AF y peores consecuencias al no realizarla (Lebowitz et al., 2014). Respecto a este fenómeno, los padres afirman que existe un **dilema estresante** entre si acomodar las conductas del niño o resistirse a hacerlo. Este dilema se encuentra asociado a la dificultad de gestionar tanto las emociones propias como las del niño (Futh et al., 2021).

Algunos de los artículos revisados han explorado manifestaciones de emociones más concretas. Se han hallado, por ejemplo, correlaciones positivas significativas entre la AF y sentimientos como la **culpa**, la **preocupación**, la **tristeza** “no resuelta”, y la **incertidumbre prolongada**. Coherentemente, el disponer de recursos emocionales correlacionó negativamente con la mayoría de estas emociones. De las medidas mencionadas, la incertidumbre parece especialmente reseñable, puesto que presenta correlaciones elevadas con el deterioro funcional asociado al TOC, así como correlaciones pequeñas con el resto de las emociones. Estas experiencias se vieron también asociadas a la gravedad sintomatológica del TOC (Storch et al., 2009).

### Psicopatología en los progenitores

Algunas investigaciones no hallaron que hubiera diferencias entre los padres con y sin sintomatología clínica en relación con el cambio en la AF. Tampoco se hallaron en relación al ambiente familiar (Flessner et al., 2011; Gorenstein et al., 2015). Otras, sin embargo, sí han encontrado correlaciones significativas entre la AF de los progenitores y el nivel de psicopatología de los padres (Monzani et al., 2020), tanto de forma general como en relación a síntomas específicos. En concreto, una mayor AF paterna (aunque no materna) parece asociada a presentar **somatizaciones** y **sintomatología obsesivo-compulsiva** (Pontillo et al., 2020).

En línea con lo anterior, un estudio descubrió que la presencia de **antecedentes obsesivo-compulsivos** en la familia moderó los efectos de distintas modalidades de tratamiento. Se halló que la presencia de estos antecedentes podrían afectar en gran medida a la **capacidad de la terapia** para lograr una mejoría sintomatológica. Sin embargo, no hallaron que este efecto estuviera asociado a la cantidad de AF realizada en la familia (Garcia et al., 2010). Sin embargo, en otros estudios sí se ha observado que cuando los padres y madres presentan TOC ellos mismos, las **puntuaciones de AF son mayores**. Esta AF se manifiesta especialmente en relación a *cambios en las rutinas* para ajustarse a los síntomas del niño. Además, los progenitores con TOC presentan mayores niveles de malestar al realizar la AF y sufren *peores consecuencias* cuando no la realizan. No se observó, en cambio, que hubiera una mayor probabilidad de participación en los rituales del niño (Peris et al., 2008).

Mayores niveles de **ansiedad materno/paterna** se han visto asociados a mayores niveles de **implicación** a la hora de realizar AF, pero no se ha hallado que estén asociados a conductas específicas de AF. En cambio, la experiencia de **hostilidad** materno/paterna sí se ha visto asociada a todas las formas de realizar la AF, a excepción de la participación en los rituales del niño. Una mayor **gravedad psicopatológica** en los padres también se asoció a todas las manifestaciones conductuales de la AF, exceptuando el malestar asociado a la acomodación (Peris et al., 2008).

### **Diferencias entre madres y padres**

La mayoría de los trabajos no marcaron ninguna diferenciación entre las madres y los padres a la hora de evaluar la AF. Sin embargo, hubo algunos que lo consideraron una variable relevante.

De entre estos estudios, algunos hallaron que las **madres realizan más AF** (Monzani et al., 2020; Rosa-Alcázar et al., 2021) y que hasta un 80% de las madres realizan al menos una conducta de AF diaria, frente a un 57% de los padres. Además, la participación de las madres en la AF es mayor tanto en las conductas relacionadas con la evitación, como en las de participación en compulsiones. Otros trabajos, en cambio, hallaron **niveles equivalentes** de acomodación en madres y padres. Sin embargo, la AF de las madres estuvo asociada más fuertemente a emociones negativas (Futh et al., 2021).

Otra diferencia detectada es que las madres utilizan **mayor variedad de estrategias de afrontamiento** que los padres, especialmente el escape-evitación, el responsabilizarse y la búsqueda de apoyo social. Las estrategias de escape-evitación correlacionan tanto con la AF como con la tendencia a las emociones negativas en madres y en padres (Futh et al., 2021).

Al evaluar con qué **variables diferenciadas se asociaba la AF** de la madre y la del padre, se encontró que la AF materna está significativamente asociada a la gravedad de los síntomas del TOC infantil, así como a mayores niveles de psicopatología materna, paterna e infantil, explicando hasta un 40% de la varianza. La AF paterna, por su parte, explicó un 34% de la varianza, y se vio asimismo asociada a mayor gravedad del TOC, y a mayores niveles de psicopatología paterna e infantil, pero no a la psicopatología materna (Monzani et al., 2020). Otros resultados apuntan a que la realización de AF, en el caso de las madres, está asociada a, y es explicada por, variables específicas del niño, tales como la presencia de síntomas externalizantes o la gravedad del TOC (68.7% de la varianza de AF). La acomodación paterna, además de a los síntomas externalizantes, está asociada a la AF materna, y se explica no mediante características filiales, sino por la cantidad de AF materna y la experiencia de preocupación del padre (35.4% de la varianza) (Rosa-Alcázar et al., 2021). Cabe pensar, por lo tanto, que la AF de madres y de padres presenta algunas similitudes, pero también algunas diferencias particulares de cada uno.

## Discusión

A lo largo de la presente revisión bibliográfica se han analizado las relaciones entre la AF y el TOC infanto-juvenil mediante la respuesta a tres preguntas de investigación a través de las cuales se han recorrido los correlatos principales que afectan a esta asociación. Estas preguntas han recogido las contribuciones principales sobre el tema, aglutinándose en estas páginas en el análisis descriptivo de 25 artículos.

**La primera pregunta ha tratado de responder cuál es la relación entre la AF de los progenitores y las manifestaciones o evolución TOC.** Algunas de las investigaciones han respondido esta cuestión de forma central, mientras que otras la han considerado en el marco de estudios más generales.

Tomando en cuenta el grueso de los resultados, se concluye que **existe una relación positiva entre los niveles de AF** realizada por los padres y la **gravedad del TOC** en los niños, lo cual parece un resultado consistente en la literatura (Strauss et al., 2015; Wu et al., 2016). Esta relación no sólo es consistente a lo largo del tiempo, sino que varios estudios sugieren que la AF actuaría como predictora de la gravedad del TOC, y podría ser también a la inversa, de manera que una mayor gravedad sintomatológica podría llevar a mayores niveles de AF (Francazio et al., 2016; Storch et al., 2012).

Se han detectado distintos factores que contribuyen a la AF, y estos serían la **frecuencia** (Flessner et al., 2011; Lebowitz et al., 2014; Merlo et al., 2009; Monzani et al., 2020), el **número de progenitores** que la realizan (Monzani et al., 2020), y el **tipo de conductas** de acomodación realizadas. Los dos primeros factores, cumplen con que a mayor cantidad mayores repercusiones sobre el TOC (Francazio et al., 2016; Rudy et al., 2014). Las conductas que más se realizan son “proporcionar seguridad”, “ayudar al niño a evitar”, “participar en los rituales”, lo cual es consistente con las investigaciones anteriores (Futh et al., 2021; Jacoby et al., 2022; Monzani et al., 2020).

Por otro lado, la cantidad de AF parece predecir tanto la **respuesta al tratamiento** como el **mantenimiento** de los resultados en los seguimientos de hasta un año (O’Connor et al., 2023). No solo eso, sino que el hecho de que se reduzca la AF durante el tratamiento

también afecta a la respuesta a este (Merlo et al., 2009). En concreto, la **AF inicial** tiene un papel importante y aparentemente central, y más allá de la interacción con otras variables, en la remisión sintomatológica (Rudy et al., 2014). Es decir, en que los tratamientos surjan efecto y se mantengan en el tiempo. Resulta remarcable el hecho de que la gravedad del TOC no parece afectar a que se logren reducciones en AF gracias a los tratamientos, aunque sí está asociada con que los valores generales al finalizar sean más altos (Jacoby et al., 2022).

**Respecto al segundo objetivo de investigación, se han hallado numerosos factores asociados a los niños con TOC que parecen afectar a los niveles de AF.**

En relación con **psicopatología comórbida**, se han hallado relaciones de la AF especialmente con la sintomatología ansiosa y depresiva (Lebowitz et al., 2014; Monzani et al., 2020; Pontillo et al., 2020). Respecto al efecto de estos síntomas sobre la mejoría del TOC, algunos estudios no hallaron asociaciones relevantes, (Flessner et al., 2011; Rudy et al., 2014) mientras que otros sí lo hicieron para la depresión (Lavell et al., 2016). Estos resultados son parcialmente coincidentes con los hallados a nivel metaanalítico (Wu et al., 2016).

Se ha hallado que la **sintomatología externalizante**, por su parte, sí afecta a la AF. Estos comportamientos parecen jugar un papel importante, y ser relativamente comunes en los niños con TOC, complicando la sintomatología y la gestión de esta en los padres. Esto coincide con otros resultados sobre variables disposicionales en el niño (Pardo et al., 2022). Estas conductas podrían favorecer ciclos de evitación y refuerzo negativo, dirigidos tanto a evitar el malestar del niño como las conductas externalizantes, así como el propio malestar paterno. El hallazgo de que los comportamientos externalizantes aumentan la gravedad del TOC y sus repercusiones afectando previamente a la AF, podría señalar especialmente en esta dirección. Estas conductas parecen no solamente aumentar la AF, sino concretamente la participación en las compulsiones (Flessner et al., 2011). La labilidad emocional de los niños y las emociones negativas podrían estar en la base de los comportamientos externalizantes (McKenzie et al., 2020).

Otra posibilidad, teniendo en cuenta que **la hostilidad** y el rechazo de los progenitores correlacionan positivamente con la AF (Lavell et al., 2016; Peris et al., 2008), es que estas, sumadas a las conductas externalizantes del niño, lleven a ciclos coercitivos entre padres e

hijos, lo cual podría llevar a la relación a empeorar progresivamente, y a generar situaciones cada vez más complicadas. Esto estaría en línea con los hallazgos de que los progenitores de niños con TOC tienen menos tendencia a la solución positiva de problemas y expresar menos confianza (Chessel et al., 2021). Los estilos parentales punitivos, así como distintos tipos de experiencias adversas familiares parecen ser comunes en las muestras de niños con TOC, y además estar asociados a sintomatología más severa (Pardo et al., 2022; Xu y Zhu, 2023).

El papel de las conductas externalizantes sobre la AF es relevante también en la medida en que dicho incremento en la AF lleva a empeoramientos en el TOC y en el deterioro funcional asociado a este (Storch et al., 2012).

La relación entre la AF, la gravedad del TOC y el **deterioro funcional** parece ser especialmente **compleja y multidireccional**. Las investigaciones sugieren que la AF tiene un papel predictor sobre el deterioro funcional, y que en momentos concretos se da también la relación inversa, de manera que la AF y el deterioro funcional se predecirían mutuamente (O'Connor et al., 2023; Pontillo et al., 2020). Esta relación es especialmente relevante, puesto que repercute directamente sobre la calidad de vida y el desarrollo del niño. Como es de esperar, la AF afecta especialmente al nivel de funcionalidad en el hogar, donde esta sucede de forma principal, pero alcanza a tener repercusiones tanto en la escuela como en el ámbito social, así como en los resultados en los tratamientos dirigidos al TOC. Es decir, las repercusiones de la AF sobre el deterioro funcional tienen efectos en una pluralidad de esferas de la vida del niño (Jacoby et al., 2022; Storch et al., 2010).

Sin embargo, un punto llamativo es que al tomar medidas a padres y a niños, el efecto de la AF sobre el deterioro funcional aparece en las medidas proporcionadas por los padres, pero no en las de los niños (Jacoby et al., 2022; Merlo et al., 2009). Esto podría explicarse debido a que los padres tienen una visión más completa y externa de la situación, así como una mayor capacidad analítica y comparativa, aunque también podría deberse a que la preocupación de los padres juegue un papel maximizador sobre la percepción de las problemáticas del niño.

**La tercera pregunta de investigación está relacionada con las variables particulares de los progenitores que realizan AF.**

A lo largo de este trabajo, se ha visto que el TOC infantil y la realización de AF por parte de los padres están fuertemente vinculados, llegando a suceder en ocasiones con una **frecuencia diaria** (Futh et al., 2021; Jacoby et al., 2022; Monzani et al., 2020). Esta parece ser acompañada por **emociones** como la culpa o la preocupación. Entre estas experiencias emocionales destacan las habituales experiencias de malestar (*distrés*), el cual repercute tanto en el bienestar paterno como en el familiar (Gorenstein et al., 2015; Lebowitz et al., 2014; Storch et al., 2009). Este malestar parece estar relacionado con las dificultades para gestionar la situación, las emociones propias y las del niño (Futh et al., 2021).

La **incertidumbre** parece correlacionar especialmente con el deterioro funcional (Storch et al., 2009), lo cual podría indicar que la presencia de deterioro funcional en el niño genera más dificultades en los padres a la hora de saber cómo actuar y qué esperar del futuro de su hijo. En relación con la incertidumbre, parecen especialmente relevantes la **gravedad de las compulsiones** y la **ansiedad de los padres** (Flessner et al., 2011), lo cual resulta coherente, puesto que las compulsiones son la parte más disruptiva del trastorno y la que se aprecia desde fuera; y la ansiedad de los padres podría llevar a tratar de buscar soluciones, aunque sean desadaptativas, con vistas a ayudar al niño. Estos resultados podrían ir en línea con la tendencia de las madres de niños con TOC a presentar características cognitivas como la tendencia a la responsabilidad, las creencias metacognitivas, y cierta percepción de escenarios ambiguos como amenazantes o la responsabilidad (Chessel et al., 2021).

La relevancia que parecen tener estas **experiencias emocionales** de los progenitores en relación con la AF y con la gravedad sintomatológica del TOC podría ser de especial interés. Además de estos aspectos emocionales, se ha observado un papel similar en ciertas variables del entorno familiar, como la **cohesión**, el **conflicto**, o el nivel de **organización** en la familia. Resulta coherente pensar que variables propias de los padres, así como del entorno familiar, afecten al nivel de AF. Conociendo esto, estas variables podrían ser útiles de cara a futuras intervenciones, sobre todo en los casos que no responden adecuadamente a los tratamientos habituales o que tienen una situación familiar complicada (Peris y Piacentini, 2016).

Respecto a la **psicopatología en los progenitores**, hay resultados contradictorios. Por una parte, algunos estudios no han encontrado que se den diferencias en relación con la AF

(Flessner et al., 2011; Gorenstein et al., 2015), mientras que otros parecen apuntar a lo contrario (Monzani et al., 2020; Peris et al., 2008). En concreto, parece especialmente relevante la **sintomatología asociada al TOC**, que algunas investigaciones asocian al AF (Peris et al., 2008; Pontillo et al., 2020) y otras no (Flessner et al., 2001; Garcia et al., 2010). Esto resultaría comprensible, puesto que podría hipotetizarse que el TOC paterno serviría de factor de vulnerabilidad a los hijos, ya sea mediante aprendizaje vicario, por la transmisión de variables conductuales o psicológicas que pudieran facilitar su aparición, o por un componente genético.

Sin embargo, ha de recalcarse que la diferencia en las investigaciones puede marcar algún tipo de sesgo, puesto que algunas midieron esta relación mediante la reducción de AF a lo largo de un tratamiento, y otras midieron correlaciones de una forma más “estática”, sin una intervención de intermediaria. Esto podría explicarse, en parte, valorando que la AF pueda reducirse mediante un tratamiento independientemente del nivel de psicopatología de los padres, igual que en algunas investigaciones se ha visto que esta puede bajar independientemente de la gravedad del TOC del niño. De este modo, incluso existiendo una relación inicial entre la psicopatología paterna y la AF, esta podría reducirse a pesar de mantenerse la psicopatología. Sin embargo, ha de señalarse que algunos autores no han hallado la relación entre ambas variables ni siquiera en estas investigaciones “estáticas” (Flessner et al., 2011).

Otro factor interesante es el relacionado con las **diferencias entre madres y padres**. Parece haber una tendencia por parte de las madres a una mayor implicación tanto en respecto al número de variables que aparecen asociadas a ellas como al tipo de variables. En general, se observa que las madres realizan más AF (Monzani et al., 2020; Rosa-Alcázar et al., 2021), aunque esto no se encuentra en todos los estudios (Futh et al., 2021).

La **AF materna** está asociada especialmente a la sintomatología del niño, pero también parece afectada por el nivel de psicopatología familiar. Esto está en línea con resultados anteriores (Johnco et al., 2022). En cambio, el papel de la psicopatología y el TOC del niño en relación con la **AF paterna** no parece clarificarse, puesto que se ha hallado tanto que está asociada (Monzani et al., 2020) como que no (Rosa-Alcázar et al., 2021). Una posible explicación, en base a los resultados hallados, es que esta dependa especialmente de la presencia de comportamientos disruptivos y externalizantes en el niño. Además de esto, la

AF paterna parece estar más centrada en la vivencia propia del padre y depender también de la actuación de la madre, y se ha visto que ambas AF tienden a correlacionar (Rosa-Alcázar et al., 2021).

En relación con las **estrategias de afrontamiento**, destaca la mayor variabilidad en las madres (Futh et al., 2021). Los padres, por su parte, presentan mayor sintomatología somática (Pontillo et al., 2020), lo cual podría estar asociado con la falta de estrategias de afrontamiento variadas.

El presente trabajo corrobora que la AF tiene un papel esencial en el mantenimiento del TOC infanto-juvenil. Más concretamente contribuye, por un lado, al conocimiento sobre qué mecanismos afectan a esta relación; y por otro, sobre qué factores favorecen su aparición, su frecuencia y sus manifestaciones. En ello entran en juego tanto las variables particulares de los padres como las del niño. En el niño son especialmente relevantes las conductas externalizantes y el deterioro funcional derivado del TOC, mientras que en los padres han de valorarse las emociones difíciles y el nivel de psicopatología.

Finalmente, de los resultados revisados se deduce que para incidir sobre el TOC es necesario reducir la AF, y para reducir la AF es necesario tener en cuenta tanto las variables familiares (McGrath y Abbott, 2019) como los motivos por los que los padres la realizan. Por lo tanto, trabajar con los progenitores en determinados casos, podría ser clave para lograr la mejoría clínica y el bienestar familiar, y evitar con ello el estancamiento, la cronificación, y las numerosas repercusiones que conllevan.

## Limitaciones y líneas futuras

En relación con la selección de investigaciones de la revisión, la principal limitación es probablemente el reducido número de investigaciones centradas exclusivamente en la AF en el TOC. Esto da lugar a una serie de inconvenientes. Los estudios presentan gran **variabilidad** en cuanto a **diseño y objetivo**, lo cual puede derivar en sesgos enraizados en esta diferencia central. Al ser un **tema infraestudiado**, el número de estudios es limitado y no basta con simplemente aquellos más recientes, lo que puede implicar que se den **sesgos generacionales** propios de las distintas cohortes, que pueden no haberse tenido en cuenta.

Ha de mencionarse también que el origen de las muestras es diverso y procedente de **numerosos países**, lo cual puede dar lugar a sesgos en la forma de interpretar el trastorno, de tipo sociocultural, o incluso derivados del uso del lenguaje y las propias traducciones.

Otro de los inconvenientes es la variabilidad del **rango de edad** que comprenden estos estudios. Si bien todos están centrados en población infantil-juvenil, en muy pocos se marca una diferencia por rango de edad que separe los niños propiamente dichos de los adolescentes. Siendo que algunos estudios no encuentran la edad como un factor diferencial en la manifestación del TOC, sí se han reportado diferencias en función de si el TOC tiene inicio temprano (10 años o antes) o tardío (sobre los 17) que convendría considerar (Salcedo et al., 2011). Asimismo, la vivencia del trastorno en estos periodos vitales, por los cambios y características propias que estos aglutinan, es potencialmente muy diferente.

Mientras que algunas investigaciones sí recalcan la diferencia entre la **FA materna y paterna**, e incluso la analizan como parte de su diseño, la mayoría no la evalúan. De hecho, y especialmente en la literatura científica más antigua, se atendía exclusivamente al rol de las madres, pasando por alto el papel que pudieran jugar los padres. En esta línea, tampoco se ha prestado especial atención a otros miembros de la familia, como podrían ser hermanos o abuelos. Futuras investigaciones podrían añadir estas variables para obtener información más ajustada a un funcionamiento más realista de la FA.

A pesar de haberse excluido los trabajos principalmente centrados en la **comorbilidad**, es una realidad que ésta está presente en un amplio número de los niños con

TOC. Aunque hay resultados no concluyentes al respecto (Flessner et al., 2011; Lavell et al., 2016; Rudy et al., 2014) , la presencia de comorbilidades puede funcionar como una variable extraña que convendría manejar en trabajos futuros. Sin embargo, se trata de un objetivo escurridizo, puesto que delimitar adecuadamente la sintomatología comórbida no es tarea fácil, y a menudo la comorbilidad es múltiple.

Otro inconveniente clásico es el relativo a la **deseabilidad social**, especialmente cuando se trata de medidas informadas por los padres. Si bien en algunas investigaciones se cuenta con distintos informantes (padres, profesionales, niños), otras se basan exclusivamente en la declaración de los padres.

Del presente trabajo se plantea la necesidad de investigar la FA de una manera más sistematizada, especialmente teniendo en cuenta lo relevante que parece ser su papel. Por un lado, convendría estudiarla en relación con otras variables de relevancia hasta la fecha poco investigadas, como el *insight* del niño respecto al TOC, el cual se intuye que podría tener un papel relevante (García et al., 2010).

Una mayor comprensión de la AF es no solo recomendable, sino quizá necesaria, de cara a futuras intervenciones y programas terapéuticos, especialmente aquellos dirigidos a aquel porcentaje que no alcanza la remisión mediante la intervención habitual, o a niños de familias con situaciones y dinámicas disfuncionales o con características sintomatológicas particularmente complejas.

## Propuesta de Intervención

### Justificación del programa

A lo largo del presente trabajo se ha verificado la importancia de la AF respecto al manejo del TOC infantil. No solo eso, sino también otros factores asociados a la AF en concreto, y a otras variables familiares en general, se han visto relevantes de cara a una remisión sintomatológica. La reducción de la AF parece disminuir tanto la gravedad del TOC como otras variables secundarias, como el deterioro funcional (Monzani et al., 2020; O'Connor et al., 2023; Pontillo et al., 2020). lo que deriva en la opción de trabajar con los padres este aspecto como justificada.

Dentro de los otros factores que afectan tanto a la AF como a la gravedad del TOC, se encuentran las **conductas externalizantes**, la ira y los comportamientos oposicionistas y disruptivos en los niños. Estos añadidos podrían no solo dificultar el tratamiento estándar, sino también los intentos por reducir la AF. En esta línea, la hostilidad en los padres, y la cohesión en la familia parecen jugar también papeles importantes (Peris et al., 2008).

Otro factor resaltado a partir de esta revisión es el de las **dificultades propias de los progenitores**. Estos a menudo viven el TOC de sus hijos con marcadas dificultades, como no saber cómo responder o si involucrarse, así como con emociones como la culpa, la incertidumbre prolongada, la preocupación o la ansiedad, las cuales afectan comprensiblemente a la AF (Futh et al., 2021; Gorenstein et al., 2015; Lebowitz et al., 2014).

Otros aspectos relevantes refieren a pistas sobre **cómo podría afectar la AF en los tratamientos**. El nivel de AF al inicio parece ser especialmente relevante de cara al tratamiento, así como su reducción durante este (Merlo et al., 2009; Rudy et al., 2014) Por otro lado, se sugiere que la última parte del tratamiento es la más efectiva para incidir sobre la AF de cara al mantenimiento de los resultados (Jacoby et al., 2022; O'Connor et al., 2023).

Algunos autores señalan que dentro de los tratamientos actuales, un porcentaje importante de casos no responden adecuadamente a las intervenciones, siendo preocupantes especialmente los casos con mayor gravedad sintomatológica o dificultades añadidas. Apuntan que para estos casos, **añadir un componente familiar a la TCC** podría favorecer

unos resultados distintos, y que sin embargo las versiones familiares más intensivas (Barrett et al., 2004; Barrett et al., 2008), no logran una mejoría superior que la terapia estándar, ni afectar al funcionamiento familiar o al malestar paterno, de manera que el ambiente familiar sigue siendo un riesgo para las recaídas. Señalan que tal vez la clave sea que las intervenciones actuales no estén actuando lo suficiente sobre las variables más relevantes, las cuales pueden tener que ver con la forma particular en la que la familia se involucra en el TOC y con la necesidad de individualizar más los tratamientos en los casos complejos (Peris y Piacentini, 2016).

Con todo, las versiones de TCC con un componente familiar se han probado efectivas en población infanto-juvenil con TOC (Iniesta-Sepúlveda et al., 2017). Rosa-Alcázar et al., (2015) hallaron que la participación activa de los padres en el tratamiento tiene una relación positiva y significativa con el tamaño del efecto de los síntomas de TOC. McGrath y Abbott (2019) hallaron en su metanálisis que todos los estudios revisados lograron resultados significativos tanto en TOC como en AF, en el posttest y en el seguimiento, hubieran intervenido directamente los factores familiares o no. Lo que sí parece concluyente, es que el número de estos factores familiares sí es importante, ya que la reducción de la AF sí parece depender de esto. Se han observado mejores resultados en general, así como en la sintomatología del TOC, y el deterioro funcional asociado a éste (Peris et al., 2017; Piacentini et al., 2011). El añadir un componente familiar parece incidir especialmente sobre la sintomatología externalizante y el mantenimiento de las mejorías en las obsesiones (Rosa-Alcázar et al., 2017).

También se ha hallado que el incluir un **mayor número de miembros** de la familia en la intervención lleva a mejores resultados, especialmente en los casos que presentan medidas elevadas de AF. La **participación directa del niño** en el tratamiento también parece influir sobre unos mejores resultados (Rosa-Alcázar et al., 2019). Sin embargo, aunque la participación de los padres en la terapia parece importante, el número de horas que los padres pasan en terapia no parece moderar significativamente los resultados de la sintomatología del TOC, lo que lleva a suponer que con incluir a los progenitores el mínimo tiempo posible, los resultados pueden mejorar suficiente.

## **Características del programa de intervención**

De entre los protocolos de intervención en TOC infanto-juvenil, el que cuenta con mayor evidencia empírica es el diseñado por March y Mulle (1998), siendo la primera recomendación terapéutica en los casos de TOC infantil. Por este motivo, se ha utilizado este programa como estructura principal para elaborar el presente. Todos los programas mencionados se construyen sobre una TCC con EPR, la cual es base de la actual propuesta también. Sin embargo, dados los hallazgos obtenidos mediante la Revisión Sistemática, la intervención requiere de un componente familiar principal, especialmente centrado en el manejo de la AF. Por ello, se tomarán elementos tanto del programa FOCUS, como del de Freeman et al., (2008). Se tendrá en cuenta en mayor medida este segundo, puesto que pone especial foco en el papel activo de los padres, así como en la idea de construir un trabajo colaborativo entre los miembros de la familia.

Los **aspectos añadidos** específicos que se trabajarán en el programa, tomando como recomendación los resultados del presente trabajo de revisión, son:

- Dar un **papel central a los padres y a la AF** en el tratamiento, dada la relevancia que parecen tener sobre la mejora sintomatológica del niño y su posterior mantenimiento (Iniasta-Sepúlveda et al., 2017; Rosa-Alcázar et al., 2015).
- Tratar de intervenir sobre el **mayor número de factores familiares** posibles (McGrath y Abbott, 2019) asociados a la AF, que puedan estar afectando a la eficacia de los tratamientos actuales al pasarse por alto (Peris y Piacentini, 2016): aumento de la cohesión familiar, reducción y manejo de los síntomas externalizantes del niño, así como de la hostilidad en los padres, los cuales pueden llevar a conflictos y dinámicas familiares desadaptativas (Gorenstein et al., 2015; Peris et al., 2008).
- Manejo de las **emociones difíciles en los padres**, asociadas a mayores niveles de AF, gravedad sintomatológica, y deterioro funcional (Futh et al., 2021; Garcia et al., 2010; Gorenstein et al., 2015; Lebowitz et al., 2014; Storch et al., 2009).

## **Descripción del programa**

**Destinatarios:** niños de 5-11 años con TOC y sus padres/cuidadores primarios.

**Duración:** 12-20 sesiones de 60-90 minutos de duración, en función de necesidades y de si se trabaja con padres e hijos. Las 12 primeras sesiones tienen una periodicidad semanal, mientras que las últimas son quincenales y posteriormente mensuales a medida que los logros se vayan estabilizando. En cualquier caso, el criterio principal para espaciar las sesiones será el éxito en la primera misión una vez pasada a la segunda etapa de la EPR (sesiones 12-19).

**Objetivos del programa:**

- Reducción sintomatológica del TOC, así como de los deterioros asociados.
  - Aprendizaje de estrategias que permitan manejar el TOC.
  - Reducción de la sintomatología externalizante.
- Reducción de la AF en la familia y establecimiento de unas dinámicas familiares más adaptativas.
  - Aprendizaje de estrategias que permitan manejar el TOC.
  - Disminución de emociones difíciles que llevan a realizar AF.
  - Aumento de la colaboración familiar y de las actitudes recompensantes.

**Observaciones sobre el protocolo**

Como se ha comentado previamente, el siguiente protocolo está basado en el de March y Mulle. Las principales variaciones se encuentran en el papel que se otorga a los padres y en la parte de la sesión que se dedica a ellos (el cual está contemplado también en otros programas de TCC familiar para TOC [Barrett et al., 2004; Freeman et al., 2008; Freeman y García, 2008]). El tiempo dedicado a ellos o al niño variará en función de la sesión. De forma general, en las primeras sesiones se trabajará más intensivamente con los padres, realizando psicoeducación y proporcionando estrategias para el manejo de los factores familiares que se han visto correlacionan con la AF y la reducción de la sintomatología del TOC, prestando especial atención a la AF dada su relevancia (Iniesta-Sepúlveda et al., 2017; Rosa-Alcázar et al., 2015). A medida que avanza el tratamiento, el tiempo dedicado a los padres se va reduciendo y centrandó únicamente en el refuerzo de lo trabajado, revisión de dificultades, y mantenimiento de los progresos. En cambio, el tiempo dedicado a los niños va aumentando, hasta llegar a la sesión centrada en la EPR (sesiones 12-19) de forma intensiva, donde el trabajo pasa a ser exclusivamente con el niño.

Otros cambios implican la eliminación o sustitución de aspectos de algunas sesiones del protocolo original. Debido a la participación activa de los padres, se ha modificado en la sesión 5 el objetivo de “evaluar de qué manera el TOC afecta a otros miembros de la familia”, sustituyéndolo por “Evaluar y acordar el papel de los padres de cara a la jerarquía de misiones”. Por este mismo motivo, se ha eliminado la llamada telefónica entre las sesiones 5 y 6.

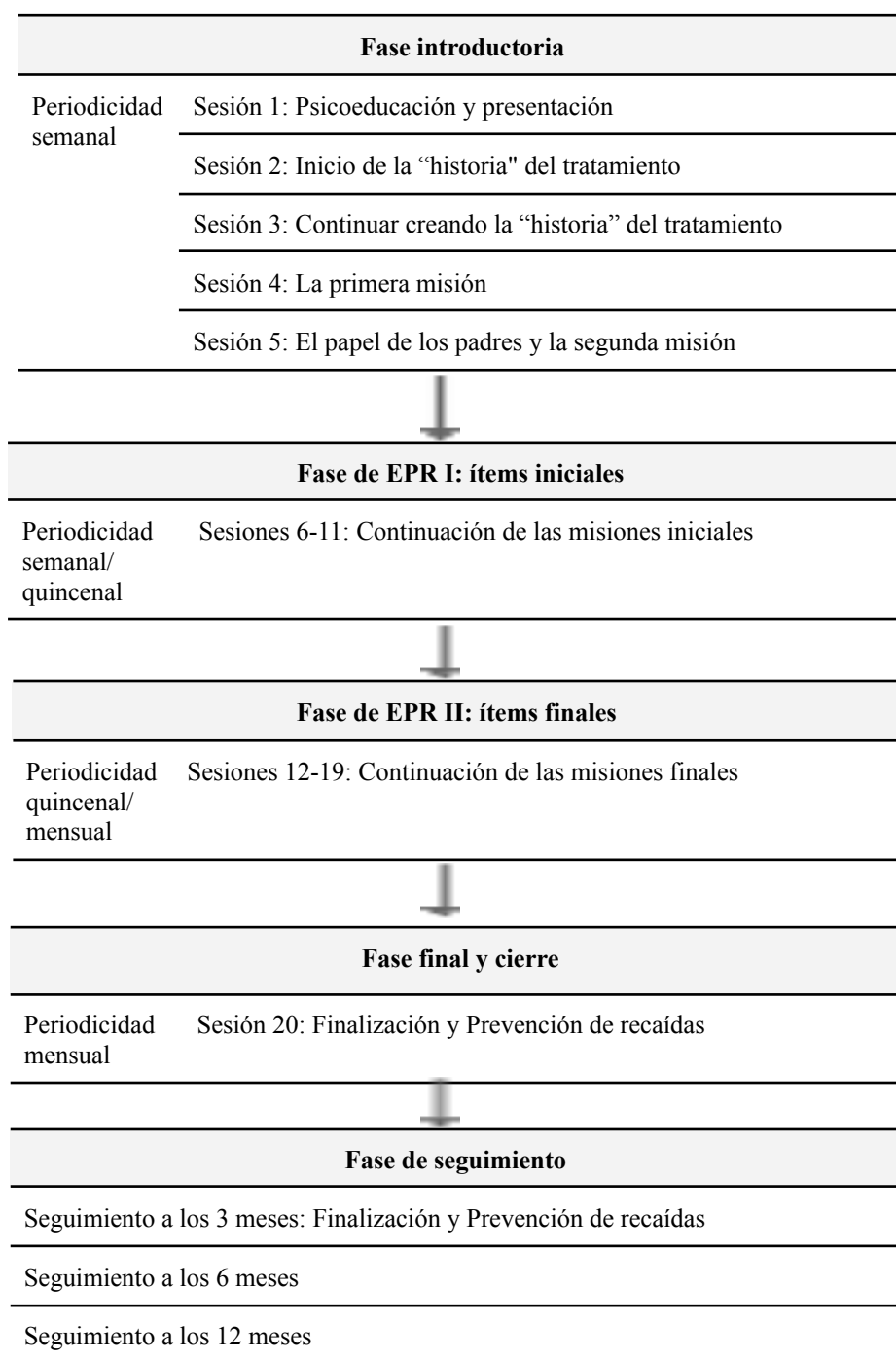
En cada sesión se revisará lo aprendido en las anteriores y la continuación de su puesta en práctica como parte natural de la sesión (refuerzo diferencial, técnicas de autorregulación, uso de elogios, evitar castigos, uso de consecuencias naturales, ira y hostilidad...), incluso aunque no se especifique explícitamente en el esquema de las sesiones por motivos de legibilidad.

Se añadirá la reducción de la AF como una extensión de la jerarquía de exposición del niño, de manera que de forma natural se introducirá como un proceso progresivo para los padres también. Se busca sentar las bases de reducción de variables familiares disruptivas y la potenciación de las positivas desde el principio de la terapia, para de establecerlas como parte del proceso y de afianzar su mantenimiento. Una vez hecho esto, se centra la atención en el trabajo con el niño, puesto que existe cierta evidencia de que lo esencial del trabajo con los padres parece ser más el número de factores tratados que el tiempo en terapia con ellos (McGrath y Abbott, 2019). Finalmente, en la última sesión, se introduce de forma intensiva un repaso del manejo de la AF y de las dificultades familiares, ya que igualmente hay indicios de que intervenir sobre la AF en el final del tratamiento parece mantener mejor los cambios a largo plazo (O'Connor et al., 2023).

## Protocolo de tratamiento

**Figura 3**

*Fases del programa de intervención*



*Nota.* EPR = Exposición con Prevención de Respuesta

## **Fase introductoria: Sesiones 1-5**

### **Sesión 1: Psicoeducación y presentación**

La primera sesión, centrada en la psicoeducación, tiene un carácter introductorio y preparativo respecto a los objetivos y funcionamiento del programa. Se establece el vínculo terapéutico y se pone en contacto a la familia con el funcionamiento del TOC y su papel en él (AF). En relación con el niño, se introduce la idea de la terapia como juego, como una historia en la cual el TOC es un villano al que vamos a vencer (o a sus secuaces).

Se piden primeras tareas para casa que sirvan tanto de preparación como de herramienta de evaluación. Como primeras pautas, se inicia la práctica del Refuerzo diferencial y el uso de elogios, de cara a fortalecer conductas deseadas en el niño y de fomentar dinámicas positivas en la familia. Se comenta la importancia del refuerzo frente al castigo y el uso de las “consecuencias naturales”. Se explica a los padres la importancia de no tratar de razonar con su hijo el absurdo y la incongruencia de los síntomas. Como tarea para casa, se pide a los padres que completen un autorregistro de AF, disponible en el **Anexo B**, y al niño que comience a pensar en los personajes para su “historia”.

Se proporcionarán las escalas CY-BOCS, EAF y COIS-RC a modo de evaluación inicial, para ser cubiertas por los padres mientras el terapeuta atiende al niño.

### **Sesión 2: Inicio de la “historia” del tratamiento**

Sesión centrada en cambiar la visión sobre el TOC, transmitiendo la idea de que el TOC es el problema y no el niño. Se busca con esto realizar una externalización del problema que permita desculpabilizar al niño y plantear un objetivo común (el TOC) contra el que luchar juntos de forma cooperativa, evitando enfrentamientos y conflictos.

Se plantean alternativas a la AF en base al autorregistro realizado por los padres. Este nos servirá también para analizar las dinámicas que tienen lugar en el hogar, las dificultades que se presentan, la vivencia de los padres al respecto, y parte de las características del TOC del niño. Se buscan alternativas de forma conjunta a las conductas de AF, y se introduce la reestructuración cognitiva como una de ellas.

Se explica el tratamiento de forma pormenorizada al niño, continuando con la metáfora de la historia. Se introducen los siguientes conceptos:

- Terapia como *historia* en la que se ha de vencer al *villano* (TOC).
- *Misiones*: los distintos pasos de la jerarquía de exposición. Cada ítem se considerará una “misión” que cumplir.
- *Campo de batalla*: lugar y manera en los que tendrán lugar las tareas de exposición, en función de los síntomas del niño.
- *Mapa y territorios*: los distintos ámbitos en los que se dan síntomas o compulsiones.

Se analizan detalladamente las obsesiones, compulsiones, estímulos y situaciones desencadenantes, y conductas de evitación, de cara a comprender las especificidades del TOC y construir una jerarquía de exposición para la futura implementación de la EPR. En esta línea, se explica al niño cómo usar el “termómetro del miedo” (disponible en el **Anexo B**) para medir los niveles de ansiedad ante los estímulos desencadenantes.

### **Sesión 3: Continuar creando la “historia” del tratamiento**

Esta sesión introduce de forma más contundente la AF. En base al autorregistro, se aporta psicoeducación más en detalle: explicación de los distintos tipos de AF y de qué forma ayudan a mantener el TOC. Se analizan las emociones asociadas tanto a la realización de AF como al TOC, buscando normalizarlas, reestructurar las ideas irracionales asociadas, y buscar estrategias de autorregulación. Se explica cómo realizar la respiración diafragmática como posible estrategia.

Se trata de iniciar una exposición progresiva a la reducción de conductas de AF, para lo cual se pide que elijan un cambio sencillo a realizar, el cuyas características se detallarán para facilitar su realización (contenido, cuándo, cómo, dónde, quiénes participan).

Con el niño se seguirá elaborando la jerarquía de exposición y analizando sus componentes. Se establecerán los objetivos de cada una de las misiones en detalle (contenido, cuándo, cómo, dónde, quiénes participan). Se enseñará la respiración diafragmática como estrategia, o la técnica de la tortuga, disponible, en función de la edad y desarrollo del niño. Si se opta por la respiración diafragmática, se tratará de que la practiquen en conjunto con los

padres, para favorecer tanto que se dé la práctica como momentos de cooperación en familia. Como tarea para casa, se pedirá que se añadan nuevos territorios al “mapa” (ámbitos en los que se dan síntomas) y que se practique la técnica de regulación emocional.

#### **Sesión 4: La primera misión**

En relación a los padres se revisan las dificultades en relación con los cambios en la AF y se proporcionan alternativas y estrategias. Se prestará especial atención a la presencia de sintomatología externalizante asociada a la sintomatología obsesivo-compulsiva, así como a los conflictos derivados de esta. Se añade una nueva situación sobre la que establecer cambios en la AF.

En relación a los niños, se seguirá completando la lista de “misiones” (pasos de la EPR). Se elegirá una misión para ensayar la realización de la exposición, y se practicará en sesión, con ayuda del terapeuta, una misión especialmente fácil. Esto es importante para fomentar que el niño se sienta capaz y motivado. Se analizarán los recursos naturales de los que dispone el niño (por ejemplo, si es capaz de posponer la realización de los rituales para realizarlos cuando nadie lo esté viendo, utilizar eso a nuestro favor para señalar su capacidad de control). Finalmente, se elegirá una misión simple para practicar cada día.

#### **Sesión 5: El papel de los padres y la segunda misión**

Se evaluarán en detalle las situaciones asociadas al TOC detectadas por los padres, así como las dificultades con las que se presentan, y se acordará el comportamiento de cara a apoyar al niño, funcionar de forma cooperativa, y no realizar AF. Se analizará si es necesario establecer algún paso intermedio para continuar con la “exposición a no realizar AF”. El papel de los padres respecto a cada síntoma o ítem de la jerarquía del niño se decidirá conjuntamente en función de las dificultades y de la posición en la jerarquía de cada misión, de manera que ellos irán retirando su implicación en los síntomas y las conductas de evitación a medida que el niño avance en la jerarquía. Se tendrá en cuenta esta información de cara a las misiones.

Con el niño se revisará la puesta en práctica de las misiones en casa, y se evaluarán el nivel de motivación hacia la misión; el nivel de ansiedad que presentó el niño al realizarla, y

si se ajustaba al esperado (y si no, si fue mayor o menor); y en qué medida se han seguido las pautas acordadas en la sesión anterior. Se elegirán las misiones siguientes y se practicarán en la sesión con el apoyo del terapeuta, en vivo o en imaginación.

Se comentará tanto a los padres como al niño sobre elegir una forma de celebrar los avances conseguidos, como refuerzo de los logros y oportunidad de fomentar las relaciones familiares positivas y la cohesión familiar.

### **Fase de EPR I: ítems iniciales**

#### **Sesiones 6-11: Continuación de las misiones iniciales**

Las siguientes sesiones seguirán un guión similar. Tras haber iniciado y establecido el funcionamiento de la ERP en la etapa inicial de la terapia, las sesiones estarán dedicadas a progresar en la jerarquía de exposición, revisar dificultades y establecer modificaciones de la jerarquía en función de la velocidad o estancamiento de los avances. El número de sesiones vendrá determinado por el ritmo del niño y la complejidad del caso, pudiendo ser cualquier número intermedio entre 6 y 11, y se pasará a la siguiente fase una vez se hayan completado los pasos más simples de la EPR.

Estas sesiones estarán principalmente centradas en el niño. Con los padres se irán revisando con más brevedad las dificultades, y sus propios avances en relación a los aspectos anteriormente aprendidos en terapia (refuerzo diferencial, elogios, autorregulación emocional, reestructuración cognitiva, etc.). Se prestará especial atención al cese de las conductas de AF a medida que el niño avance en la jerarquía.

Se establecerán recompensas, de modo similar a como se hace en la *Economía de fichas*, para cada ítem superado en la EPR.

## **Fase de EPR II: ítems finales**

### **Sesiones 12-19: Continuación de las misiones finales**

De nuevo, el número de sesiones de esta etapa de la intervención dependerá del ritmo del niño. Éstas corresponderán a los ítems más exigentes de la ERP y atenderán de forma intensiva al progreso en la misma. Se trabajará únicamente con el niño, a no ser que surjan dificultades o necesidades a atajar con los padres, o que se considere necesario reforzar alguno de los aspectos trabajados con ellos. En las sesiones se revisarán las misiones realizadas en casa; se evaluarán los logros (se continuará con las recompensas); se trabajarán las posibles dificultades y se irán consolidando los objetivos logrados mediante la práctica y el reforzamiento continuados; se irá ajustando la jerarquía en función de las necesidades y se evaluará si existe la necesidad de añadir nuevos desencadenantes o síntomas pasados por alto. En cada sesión se practicará al menos una misión, y se elegirán las que se irán practicando en casa.

### **Sesión final y cierre**

#### **Sesión 20: Finalización y Prevención de recaídas**

Se trata de la sesión final. Por ello, se hará un repaso con los padres de los aprendizajes principales del tratamiento, y se hablará del concepto de “recaída”. Se trabajará, especialmente, reforzando el manejo de la AF en caso de que estas se den, y de las dificultades asociadas que puedan llevar a ella.

Se proporcionarán las escalas CY-BOCS, EAF y COIS-RC a modo de evaluación final, para ser cubiertas mientras el terapeuta atiende al niño.

Como sesión final, en ella se trabajará el concepto de la “prevención de recaídas”, a las cuales llamaremos “contratiempos”. Se explicará en qué consiste un contratiempo, se normalizará que pueden pasar, y su diferencia con la recaída, así como la manera de manejarlos adecuadamente para reducir su impacto. Se analizarán los posibles contratiempos que se puedan dar y se elegirá uno para practicar en imaginación en la sesión.

Se repasarán los logros y aprendizajes obtenidos durante el tratamiento para enfrentarse exitosamente al TOC, y se realizará una pequeña celebración para reforzar el esfuerzo y lo conseguido. Conviene que se celebre también con los padres.

## Sesiones del Protocolo de Intervención

**Tabla 3**

*Sesiones de la fase introductoria*

<b>Sesión 1: Psicoeducación y presentación</b>	
<b>Destinatario/s</b>	Padres y niño
<b>Duración</b>	60 minutos con los padres, 30 con padres y niño
<b>Objetivos</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Proporcionar información sobre el TOC y la AF.</li> <li>- Explicar el programa de tratamiento y en qué consiste.</li> <li>- Establecer primeros cambios</li> </ul>
<b>Actividades</b>	<p><b>Padres:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>-Explicar qué es el TOC, dar ejemplos, comentar lo que desde la evidencia en psicología se conoce al respecto.</li> <li>- Explicar brevemente el funcionamiento y papel de la AF.</li> <li>- Explicar el programa de tratamiento; en qué consiste; anticipar posibles inconvenientes y dificultades; comentar dudas.</li> <li>- Explicar a los padres la importancia de no tratar de razonar con su hijo el absurdo y la incongruencia de los síntomas.</li> <li>- Comenzar a usar el Refuerzo diferencial de comportamientos deseados: pedir a los padres que se fijen en qué cosas el niño hace bien. Explicar de qué manera son más efectivos los elogios.</li> <li>-Tareas para casa:             <ul style="list-style-type: none"> <li>-Autorregistro de AF: apuntar situaciones en las que el niño realiza compulsiones, situaciones que se evitan, o situaciones difíciles asociadas al TOC; pensamientos; emociones; conductas asociadas (disponible en el <b>Anexo B</b>).</li> <li>-Practicar el Refuerzo diferencial.</li> </ul> </li> </ul> <p><b>Niño:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>-Presentarse al niño</li> <li>-Introducir las metáforas para explicar al niño su papel en el tratamiento y qué debe hacer para vencer el TOC.</li> <li>-Tareas para casa.             <ul style="list-style-type: none"> <li>-Pensar en qué personajes queremos que aparezcan en nuestra historia.</li> </ul> </li> </ul>

*Nota.* AF = Acomodación Familiar; TOC = Trastorno obsesivo-compulsivo.

**Tabla 3** (continuación)

<b>Sesión 2: Inicio de la “historia” del tratamiento</b>	
<b>Destinatario/s</b>	Padres y niño
<b>Objetivos</b>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Convertir el TOC en el problema.</li> <li>2. Delimitar el «campo de batalla».</li> <li>3. Explicar cómo usar el “termómetro”.</li> <li>4. Buscar alternativas a la AF</li> </ol>
<b>Duración</b>	90 minutos. 50 con los padres, 40 con el niño.
<b>Actividades</b>	<p><b>Padres:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>-Revisión de las tareas para casa.</li> <li>-Externalización del problema: Centrar la atención en el TOC como el problema y facilitar el desculpabilizar al niño por las conductas obsesivas.</li> <li>-Revisar autorregistro de AF: <ul style="list-style-type: none"> <li>-Tomar nota de las situaciones, revisar dificultades.</li> <li>- Buscar alternativas de actuación a las conductas de AF, introducir la reestructuración cognitiva.</li> </ul> </li> </ul> <p><b>Tareas para casa:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>-Dar apoyo al niño y seguir haciendo el refuerzo diferencial de comportamientos deseados.</li> <li>-Continuar con el autorregistro. Añadir pensamientos alternativos.</li> </ul> <p><b>Niño:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>-Explicar el tratamiento: se presenta el tratamiento como un juego en el cual se presenta al TOC como un villano al que hay que derrotar.</li> <li>-Especificar detalladamente las obsesiones, compulsiones, estímulos y situaciones desencadenantes, y conductas de evitación.</li> <li>-Explicar cómo usar el termómetro para medir los niveles de miedo ante los estímulos desencadenantes.</li> <li>- Asignar tareas para realizar en casa. <ol style="list-style-type: none"> <li>a) Pensar en el “campo de batalla” en casa para añadir síntomas no contemplados.</li> </ol> </li> </ul>

*Nota.* AF = Acomodación Familiar; TOC = Trastorno obsesivo-compulsivo.

**Tabla 3** (continuación)

<b>Sesión 3: Continuar creando la “historia” del tratamiento</b>	
<b>Destinatario/s</b>	Padres y niño
<b>Duración</b>	50 minutos con los padres, 40 con el niño
<b>Objetivos</b>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Seguir elaborando el “campo de batalla”.</li> <li>2. Enseñar a los padres a usar recompensas para motivar al niño de cara a la terapia.</li> <li>3. Explorar emociones difíciles en los padres y proporcionar estrategias</li> </ol>
<b>Actividades</b>	<p><b>Padres</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>-Revisar las tareas para casa</li> <li>-Aprender a utilizar recompensas materiales y sociales como método para motivar al niño a resistirse al TOC</li> <li>-Revisar autorregistro de AF <ul style="list-style-type: none"> <li>-Explorar más a fondo emociones asociadas al TOC y a la realización de AF. Normalización de las emociones y reestructuración cognitiva.</li> <li>-Psicoeducación sobre el papel de la AF más en detalle.</li> <li>-Pedir a los padres que elijan en detalle un cambio sencillo en relación con la AF.</li> <li>-Enseñar la respiración diafragmática como estrategia. Pedir que la practiquen con el niño si es posible.</li> <li>-Tareas para casa: <ul style="list-style-type: none"> <li>-Autorregistro de AF.</li> <li>-Práctica de la respiración diafragmática.</li> <li>-Continuar con el refuerzo diferencial y el sistema de recompensas.</li> </ul> </li> </ul> </li> </ul> <p><b>Niño:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>-Seguir elaborando el “campo de batalla” y revisar el listado de síntomas.</li> <li>-Continuar con la elaboración de la lista de objetivos para preparar las misiones.</li> <li>-Establecer los objetivos de cada una de las misiones en detalle (contenido, cuándo, cómo, dónde, quiénes participan).</li> <li>-Enseñar la respiración diafragmática como estrategia o técnica de la tortuga (adaptar según la edad).</li> <li>-Tareas para casa. <ul style="list-style-type: none"> <li>-Añadir territorios nuevos al “mapa”.</li> <li>-Practicar la respiración o técnica de la tortuga.</li> </ul> </li> </ul>

*Nota.* AF = Acomodación Familiar; TOC = Trastorno obsesivo-compulsivo.

**Tabla 3** (continuación)

<b>Sesión 4: La primera misión</b>	
<b>Destinatario/s</b>	Padres y niño
<b>Duración</b>	90 minutos. 50 minutos con los padres, 40 con el niño.
<b>Objetivos</b>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Seguir elaborando el listado de misiones.</li> <li>2. Elegir una misión para ensayar.</li> <li>3. Manejar la AF</li> </ol>
<b>Actividades</b>	<p><b>Padres:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>-Revisión de las tareas para casa.</li> <li>-Revisión del autorregistro de AF: logros, dificultades, estrategias usadas, alternativas, emociones. Revisar situaciones complicadas (síntomatología externalizante, conflictos), buscar alternativas y proporcionar estrategias.</li> <li>-Elegir otra situación en la que modificar la realización de AF.</li> </ul> <p><b>Niño:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>-Revisión de las tareas para casa.</li> <li>-Completar la lista de misiones.</li> <li>-Análisis de los recursos de los que dispone el niño.</li> <li>-Elegir la misión de ensayo.</li> <li>-Practicar en sesión una misión muy fácil.</li> <li>-Elegir misiones para hacer en casa.</li> <li>-Tareas para casa: <ul style="list-style-type: none"> <li>-Practicar una misión simple (exposición) cada día.</li> </ul> </li> </ul>

*Nota.* AF = Acomodación Familiar.

**Tabla 3** (continuación)

<b>Sesión 5: El papel de los padres y la segunda misión</b>	
<b>Destinatario/s</b>	Padres y niño
<b>Descripción</b>	Duración: 50 minutos con los padres, 40 con el niño.
<b>Objetivos</b>	1. Evaluar y acordar el papel de los padres de cara a la jerarquía de misiones 2. Poner en marcha la segunda misión.
<b>Actividades</b>	<p><b>Padres:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>-Revisión del autorregistro de AF</li> <li>-Evaluar de forma pormenorizada las situaciones asociadas al TOC, analizar dificultades y acordar el comportamiento de cara a apoyar al niño y no realizar AF, en función de las dificultades y de la posición en la jerarquía de cada misión. Tener en cuenta esta información de cara a las misiones.</li> <li>-Comentar sobre celebrar los avances conseguidos.</li> </ul> <p><b>Niño:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>-Revisión de las misiones hechas en casa. Evaluar: <ul style="list-style-type: none"> <li>-Motivación hacia la misión.</li> <li>-Valoración del nivel de ansiedad y si se ajustó al esperado.</li> <li>-Nivel de seguimiento de las pautas dadas.</li> </ul> </li> <li>-Elegir las misiones siguientes.</li> <li>-Práctica de la misión en sesión o en imaginación.</li> </ul> <p>Tareas para casa:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>-Práctica diaria de una misión</li> <li>-Elegir una forma de celebrar los avances conseguidos.</li> </ul>

*Nota.* AF = Acomodación Familiar; TOC = Trastorno obsesivo-compulsivo.

**Tabla 4***Sesiones de la fase I de la EPR: ítems iniciales*

<b>Sesiones 6-11: Continuación de las misiones iniciales</b>	
<b>Destinatario/s</b>	Padres y niño
<b>Descripción</b>	Duración: 50 minutos con el niño, 30 con los padres, 10 de revisión conjunta.
<b>Objetivos</b>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Evaluar problemas que haya podido haber</li> <li>2. Seguir con las misiones</li> <li>3. Elegir recompensas</li> </ol>
<b>Actividades</b>	<p><b>Niño:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>-Revisión de las misiones realizadas en casa.</li> <li>-Evaluar si ha habido dificultades y si ha habido disminución de la ansiedad.</li> <li>-Elegir el objetivo de una nueva misión.</li> <li>-Elegir recompensas por los avances logrados y el esfuerzo.</li> <li>-Elegir misiones para casa.</li> </ul> <ol style="list-style-type: none"> <li>a) Práctica diaria de una o más misiones</li> <li>c) Planear una ocasión especial para celebrar los avances que se han conseguido.</li> </ol> <p><b>Padres:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>-Revisión del registro de AF y dificultades. Manejo de situaciones difíciles y complicaciones, de haberlas.</li> <li>-Comentar la jerarquía de misiones y su papel en ellas.</li> <li>-Reducir la AF progresivamente</li> </ul>

*Nota.* AF = Acomodación Familiar..

**Tabla 5***Sesiones de la fase II de la EPR: ítems finales*

<b>Sesiones 11-19: Continuación de las misiones finales</b>	
<b>Destinatario/s</b>	Niño
<b>Duración</b>	60 minutos
<b>Objetivos</b>	<p>Revisar las misiones asignadas para casa.</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Revisión de las misiones realizadas en casa.</li> <li>2. Atender a posibles dificultades</li> <li>3. Generalizar logros a otros estímulos</li> </ol>
<b>Actividades</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>-Revisión de las misiones para casa y evaluación de los logros conseguidos.</li> <li>-Trabajar posibles dificultades y consolidar los objetivos logrados.</li> <li>-Repaso de la jerarquía de desencadenantes y planteamiento de misiones más complicadas.</li> <li>-Elegir una nueva misión a practicar en sesión.</li> <li>-Elegir misiones para casa.</li> </ul> <p><i>De considerarse necesario, realizar alguna sesión de refuerzo con los padres.</i></p>

**Tabla 6***Sesión final y cierre de la intervención*

<b>Sesión 20: Finalización y Prevención de recaídas</b>	
<b>Destinatario/s</b>	Padres y niño
<b>Duración</b>	20 minutos con los padres, 40 con el niño
<b>Objetivos</b>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Explicar qué son los “contratiempos”</li> <li>2. Comentar dudas o inquietudes sobre la finalización del tratamiento. Resolver dudas o preocupaciones relativas al final del tratamiento.</li> <li>3. Celebrar lo conseguido.</li> </ol>
<b>Actividades</b>	<p><b>Padres</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>-Reforzar el manejo de la AF y repasar aprendizajes centrales del tratamiento.</li> <li>-Repasar logros, estrategias aprendidas y posibles dificultades.</li> <li>-Comentar el realizar una celebración para el niño por todo lo conseguido..</li> </ul> <p><b>Niño</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>-Revisión de las misiones para casa.</li> <li>-Explicar en qué consisten los “contratiempos” (prevención de recaídas) <ul style="list-style-type: none"> <li>-Explicar diferencia entre caída y recaída</li> <li>-Explicar cómo manejar los contratiempos.</li> </ul> </li> <li>-Practicar una exposición en imaginación de un posible contrat tiempo.</li> <li>-Reforzar los avances conseguidos en el tratamiento y repasar todos los logros y recursos que ha usado para enfrentarse al TOC.</li> <li>-Celebración final</li> </ul>

*Nota.* AF = Acomodación Familiar; TOC = Trastorno obsesivo-compulsivo.

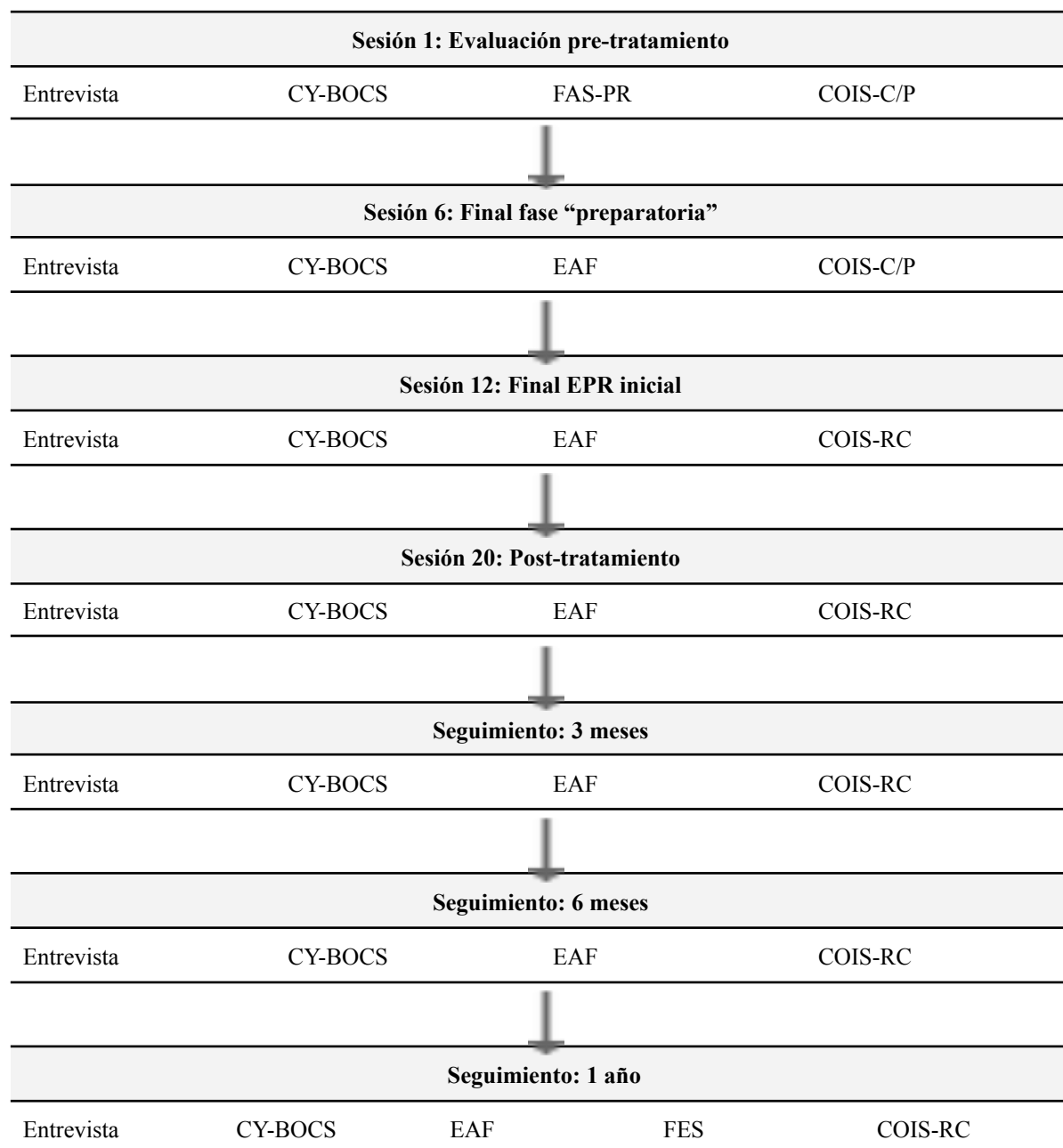
**Seguimiento y evaluación**

El programa se evaluará comprobando la disminución sintomatológica de TOC del niño, así como la reducción de la AF de los progenitores. Dada la asociación que parece tener el deterioro funcional con estas variables, y la relevancia en la vida del niño, se evaluará también el deterioro funcional asociado al TOC. Por último, para comprobar si el programa

surte efecto sobre las variables familiares asociadas a la AF y a la gravedad sintomatológica, y de cara a facilitar un posterior estudio, se realizará una evaluación de estas también.

Se facilitarán los instrumentos pertinentes de cara a la evaluación, como se muestran en la **Figura 4**, en las sesiones 1 (pre-tratamiento), 6, 12 y 20 (post-tratamiento), así como en las posteriores sesiones de seguimiento, las cuales tendrán lugar a los tres meses, a los seis meses y al año. En la medida de lo posible, se ha procurado elegir instrumentos multiinformante. Los aspectos para los que no se disponga un instrumento adecuado se evaluarán mediante la entrevista. Ha de tenerse en cuenta que algunos de los instrumentos se hallan en inglés, por lo que requerirían de su previa adaptación. Los instrumentos se incluirán en el **Anexo C**.

**Figura 4**  
*Evaluación del Programa de Intervención*



*Nota.* COIS-RC = Child Obsessive-compulsive Impact Scale - Revised; CY-BOCS = Children’s Yale-Brown Obsessive-Compulsive Scale; FAS-PR = Family Accommodation Scale - Parent Report; FES = Family Environment Scale



## Conclusiones

1. En relación con las **variables asociadas a la AF** se observa que:
  - a. Las investigaciones que evalúan la AF de forma central son reducidas, y la variabilidad de diseño en los estudios es amplia.
  - b. La cantidad de AF realizada por los padres de niños con TOC es **elevada**, con porcentajes de hasta un 80.4% de realización diaria.
  - c. Se encuentran **relaciones bidireccionales** entre la AF y la gravedad del TOC.
  - d. Una menor **AF inicial**, así como cuánto llega a reducirse durante un tratamiento, se relaciona con la buena **respuesta** a este.
  - e. La **frecuencia** con la que los progenitores realizan AF y el número de progenitores que la realizan, afectan a la gravedad del TOC.
  - f. Las **formas de AF** más habituales son *proporcionar seguridad* al niño en relación a los síntomas, la *participación directa en los rituales* y el *ayudar al paciente a evitar situaciones ansiógenas*.
  - g. Se han hallado determinadas **variables del ambiente familiar** que se relacionan con la AF: la cohesión, el conflicto y el nivel de organización familiar.
2. En relación con las **variables de los niños** se observa que:
  - a. La **psicopatología comórbida** parece afectar a la AF, concretamente los niveles de ansiedad y de síntomas depresivos, pero no hay resultados suficientemente claros.
  - b. La ira y los **síntomas externalizantes** en el niño correlacionan importantemente con la AF. La labilidad emocional y las emociones negativas podrían estar en la base de estos síntomas.
  - c. La AF predice el **deterioro funcional** asociado al TOC en todos los ámbitos psicosociales del niño, especialmente en el hogar. Además, la AF tiene un papel mediador entre la gravedad del TOC y el deterioro funcional generado por este. La relación entre ambas variables podría ser bidireccional.
3. En relación con la **variables de los progenitores** se observa que:
  - a. Las **emociones difíciles** de los padres, como el malestar, la culpa, la tristeza, o incertidumbre prolongada están relacionadas con la realización de AF.
  - b. No hay resultados claros en relación a la **psicopatología de los progenitores**, pero parece que la presencia de antecedentes obsesivo-compulsivos podría estar asociada a la AF.

- c. En general, las **madres** parecen realizar más AF que los padres, y su implicación respecto al niño y a la familia parece ser más directa que la del padre.
- d. La cantidad de AF de ambos progenitores correlaciona positivamente, y parece que sigue patrones en la forma en la que es realizada por ambos progenitores. Sin embargo, las madres presentan una mayor variabilidad de estrategias de afrontamiento.

## Referencias bibliográficas

- American Psychological Association [APA]. (2022). *Diagnostic and Statistical Manual of mental disorders* (5th ed., text rev.).  
<https://doi.org/10.1176/appi.books.9780890425787>
- Barrett, P. M., Farrell, L., Pina, A. A., Peris, T. S., y Piacentini, J. (2008). Evidence-based psychosocial treatments for child and adolescent obsessive-compulsive disorder. *Journal of Clinical Child and Adolescent Psychology*, 37(1), 131-155.  
<https://doi.org/10.1080/15374410701817956>
- Barrett, P., Healy-Farrell, L., y March, J. S. (2004). Cognitive-behavioral family treatment of childhood obsessive-compulsive disorder: a controlled trial. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 43(1), 46-62.  
<https://doi.org/10.1097/00004583-200401000-00014>
- Calvocoressi, L., Lewis, B., Harris, M., Trufan, S. J., Goodman, W. K., McDougle, C. J., y Price, L. H. (1995). Family accommodation in obsessive-compulsive disorder. *The American Journal of Psychiatry*, 152(3), 441-443.  
<https://doi.org/10.1176/ajp.152.3.441>
- Calvocoressi, L., Mazure, C. M., Kasl, S. V., Skolnick, J., Fisk, D., Vegso, S. J., Van Noppen, B. L., y Price, L. H. (1999) Family accommodation of obsessive-compulsive symptoms: instrument development and assessment of family behavior. *The Journal of Nervous & Mental Disease*, 187(10), 636-42.  
<https://doi.org/10.1097/00005053-199910000-00008>
- 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, and allied disciplines*, 46(8), 881-887. <https://doi.org/10.1111/j.1469-7610.2004.00382.x>
- Chessell, C., Halldorsson, B., Harvey, K., Guzman-Holst, C., y Creswell, C. (2021). Cognitive, behavioural and familial maintenance mechanisms in childhood obsessive compulsive disorders: A systematic review. *Journal of Experimental Psychopathology*, 12(3), 1-30. <https://doi.org/10.1177/20438087211036581>
- Coluccia, A., Ferretti, F., Fagiolini, A., y Pozza, A. (2017). Quality of life in children and adolescents with obsessive-compulsive disorder: a systematic review and meta-analysis. *Neuropsychiatric Disease and Treatment*, 13, 597-608.  
<http://dx.doi.org/10.2147/NDT.S122306>

- Demaria, F., Pontillo, M., Tata, M. C., Gargiullo, P., Mancini, F., y Vicari, S. (2021). Psychoeducation focused on family accommodation: a practical intervention for parents of children and adolescents with obsessive-compulsive disorder. *Italian Journal of Pediatrics*, 47(224). <https://doi.org/10.1186/s13052-021-01177-3>
- Flessner, C. A., Freeman, J. B., Sapyta, J., Garcia, A., Franklin, M. E., March, J. S., y Foa, E. (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 and Adolescent Psychiatry*, 50(7), 716-725. <https://10.1016/j.jaac.2011.03.019>
- Francazio, S. K., Flessner, C. A., Boisseau, C. L., Sibrava, N. J., Mancebo, M. C., Eisen, J. L., y Rasmussen, S. A. (2016). Parental accommodation predicts symptom severity at long-term follow-up in children with obsessive-compulsive disorder: A preliminary investigation. *Journal of Child and Family Studies*, 25(8), 2562-2570. <https://10.1007/s10826-016-0408-7>
- Freeman, J. B., y Garcia, A. M. (2008). *Family-based treatment for young children with OCD workbook*. USA: Oxford University Press. <https://academic.oup.com/book/1145>
- Freeman, J. B.; Garcia, A. M., Coyne, L.; Ale, C., Przeworski, A., Himle, M., Compton, S., y Leonard, H. L. (2008). Early Childhood OCD: Preliminary Findings From a Family-Based Cognitive-Behavioral Approach. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 47(5), 593-602. <https://doi.org/10.1097/chi.0b013e31816765f9>
- Fullana, M. A., Mataix-Cols, D., Caspi, A., Harrington, H., Grisham, J. R., Moffitt, T. E., y Poulton, R. (2009). Obsessions and compulsions in the community: prevalence, interference, help-seeking, developmental stability, and co-occurring psychiatric conditions. *The American journal of psychiatry*, 166(3), 329-336. <https://doi.org/10.1176/appi.ajp.2008.08071006>
- Futh, A., Simonds, L. M., y Micali, N. (2012). Obsessive-compulsive disorder in children and adolescents: Parental understanding, accommodation, coping and distress. *Journal of Anxiety Disorders*, 26(5), 624-632. <https://10.1016/j.janxdis.2012.02.012>
- Garcia, A. M., Sapyta, J. J., Moore, P. S., Freeman, J. B., Franklin, M. E., March, J. S., y Foa, E. B. (2010). Predictors and moderators of treatment outcome in the Pediatric Obsessive Compulsive Treatment Study (POTS I). *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 49(10), 1024-1033. <https://10.1016/j.jaac.2010.06.013>

- Geller, D., Biederman, J., Jones, J., Park, K., Schwartz, S., Shapiro, S., y Coffey, B. (1998). Is juvenile obsessive-compulsive disorder a developmental subtype of the disorder? A review of the pediatric literature. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 37(4), 420-427. <https://doi.org/10.1097/00004583-199804000-00020>
- Gorenstein, G., Gorenstein, C., de Oliveira, M. C., Asbahr, F., y Shavitt, R. (2015). Child-focused treatment of pediatric OCD affects parental behavior and family environment. *Psychiatry Research*, 229(1), 161-166. <https://10.1016/j.psychres.2015.07.050>
- Heyman, E., Fombonne, H., Simmons, T. F., y Meltzer, R. G. (2003). Prevalence of obsessive-compulsive disorder in the British nationwide survey of child mental health. *International Review of Psychiatry*, 15, 178–184. <https://doi.org/10.1192/bjp.179.4.324>
- Hollingsworth, C. E., Tanguay, P. E., Grossman, L., y Pabst, P. (1980). Long-term outcome of obsessive-compulsive disorder in childhood. *Journal of American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 19, 134-144.
- Iniesta-Sepúlveda, M., Rodríguez-Jiménez, T., Lebowitz, E.R., Wayne K. Goodman, W. K., y Storch, E. A. (2021). The Relationship of Family Accommodation with Pediatric Anxiety Severity: Meta-analytic Findings and Child, Family and Methodological Moderators. *Child Psychiatry & Human Development*, 52, 1–14. <https://doi.org/10.1007/s10578-020-00987-6>
- Ivarsson, T., y Valderhaug, R. (2006). Symptom patterns in children and adolescents with obsessive-compulsive disorder (OCD). *Behaviour research and therapy*, 44(8), 1105–1116. <https://doi.org/10.1016/j.brat.2005.08.008>
- Jacoby, R. J., Smilansky, H., Shin, J., Wu, M. S., Small, B. J., Wilhelm, S., Storch, E. A., y Geller, D. A. (2021). Longitudinal trajectory and predictors of change in family accommodation during exposure therapy for pediatric OCD. *Journal of Anxiety Disorders*, 83(102463). <https://10.1016/j.janxdis.2021.102463>
- Johnco, C., Storch, E. A., Oar, E., McBride, N. M., Schneider, S., Wendy K. Silverman, W. K., y Lebowitz, E. R. (2022) The Role of Parental Beliefs About Anxiety and Attachment on Parental Accommodation of Child Anxiety. *Research on Child and Adolescent Psychopathology*, 50, 51–62. <https://doi.org/10.1007/s10802-020-00722-8>
- Lavell, C. H., Farrell, L. J., Waters, A. M., y Cadman, J. (2016). Predictors of treatment response to group cognitive behavioural therapy for pediatric obsessive-compulsive disorder. *Psychiatry Research*, 245, 186-193. <https://10.1016/j.psychres.2016.08.033>

- Lebowitz, E. R., Scharfstein, L. A., y Jones, J. (2014). Comparing family accommodation in pediatric obsessive-compulsive disorder, anxiety disorders, and nonanxious children. *Depression and Anxiety*, 31(12), 1018–1025. <https://doi.org/10.1002/da.22251>
- Lebowitz, E. R., Storch, E. A., MacLeod, J., y Leckman, J. F. (2015). Clinical and family correlates of coercive-disruptive behavior in children and adolescents with obsessive-compulsive disorder. *Journal of Child and Family Studies*, 24(9), 2589-2597. <https://10.1007/s10826-014-0061-y>
- Liu, X., y Fan, Q. (2023). Early Identification and Intervention in Pediatric Obsessive-Compulsive Disorder. *Brain Sciences*, 13(399). <https://doi.org/10.3390/brainsci13030399>
- March, J. S., y Mulle, K. (1998). *OCD in children and adolescents. A cognitive-Behavioral treatment manual*. Nueva York: Guildford Press.
- McGrath, C. A., y Abbott, M. J. (2019). Family-Based Psychological Treatment for Obsessive Compulsive Disorder in Children and Adolescents: A Meta-analysis and Systematic Review. *Clinical Child and Family Psychology Review*, 22, 478-501. <https://doi.org/10.1007/s10567-019-00296-y>
- McKenzie, M. L., Donovan, C. L., Zimmer-Gembeck, M. J., Waters, A. M., Mathieu, S. L., y Farrell, L. J. (2020). Examining parent-report of Children's emotion regulation in paediatric OCD: Associations with symptom severity, externalising behaviour and family accommodation. *Journal of Obsessive-Compulsive and Related Disorders*, 25. <https://10.1016/j.jocrd.2020.100508>
- 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. <https://10.1037/a0012652>
- Monzani, B., Vidal-Ribas, P., Turner, C., Krebs, G., Stokes, C., Heyman, I., Mataix-Cols, D., y Stringaris, A. (2020). The Role of Paternal Accommodation of Paediatric OCD Symptoms: Patterns and Implications for Treatment Outcomes. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 48(10), 1313-1323. <https://10.1007/s10802-020-00678-9>
- O'Connor, E., Carper, M. M., Schiavone, E., Franklin, M., Sapyta, J., Garcia, A. M., y Freeman, J. B. (2023). Trajectory of Change in Parental Accommodation and Its Relation to Symptom Severity and Impairment in Pediatric OCD. *Child Psychiatry and Human Development*, 54(1), 232-240. <https://10.1007/s10578-021-01240-4>
- Page, M., J., McKenzie, J. E., Bossuyt, P. M., Boutron, I., Tammy C. Hoffmann, T. C., Mulrow, C. D., Shamseer, L., Tetzlaff, J. M., Akl, E. A., Brennan, S. E., Chou, R.,

- Glanville, J., Grimshaw, J. M., Hróbjartsson, A., Lalu, M. M., Li, T., Loder, E. W., Mayo-Wilson, E., McDonald, S., McGuinness, L. A., Stewart, L. A., Thomas, J., Tricco, A. C., Welch, V. A., Whiting, P., y Moher, D. (2021). Declaración PRISMA 2020: una guía actualizada para la publicación de revisiones sistemáticas. *Revista Española de Cardiología*, 74(9), 790-799. <https://doi.org/10.1016/j.recesp.2021.06.016>
- Pardo, M., Sandín, B., Valiente, R. M., y Chorot, P. (2022). Factores de riesgo y de protección asociados al trastorno obsesivo-compulsivo en niños y adolescentes: Una revisión sistemática. *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica*, 27(3), 217-232. <https://doi.org/10.5944/rppc.31598>
- Pauls, D. L., Alsobrook, J. P., 2nd, Goodman, W., Rasmussen, S., y Leckman, J. F. (1995). A family study of obsessive-compulsive disorder. *The American journal of psychiatry*, 152(1), 76–84. <https://doi.org/10.1176/ajp.152.1.76>
- 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. <https://10.1097/CHI.0b013e3181825a91>
- Peris, T. S., y Piacentini, J. (2016). *Child Obsessive Compulsive Disorder Impact Scale-Revised (COIS-RC), Helping Families Manage Childhood OCD: Decreasing Conflict and Increasing Positive Interaction, Therapist Guide, Programs That Work*. Oxford Academic. <https://doi.org/10.1093/med:psych/9780199357604.005.0001>
- Peris, T. S., Rozenman, M. S., Sugar, C. A., McCracken, J. T., y Piacentini, J. (2017). Targeted Family Intervention for Complex Cases of Pediatric Obsessive-Compulsive Disorder: A Randomized Controlled Trial. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 56(12), 1034. <https://10.1016/j.jaac.2017.10.008>
- Piacentini, J., Bergman, R. L., Chang, S., Langley, A., Peris, T., Wood, J. J., y McCracken, J. (2011). Controlled comparison of family cognitive behavioral therapy and psychoeducation/relaxation training for child obsessive-compulsive disorder. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 50(11), 1149-1161. <https://10.1016/j.jaac.2011.08.003>
- Pontillo, M., Demaria, F., Tata, M. C., Aversa, R., Gargiullo, P., Pucciarini, M. L., Santonastaso, O., Boldrini, T., Tozzi, A. E., y Vicari, S. (2020). Clinical significance of family accommodation and parental psychological distress in a sample of children and adolescents with obsessive-compulsive disorder aged 8-17 years old. *Italian Journal of Pediatrics*, 46(1). <https://10.1186/s13052-020-00932-2>

- Rapoport, J., Inoff-Germian, G., Weissman, M., Greenwald, S., Narrow, W. E., Jensen, P. S., Lahey, B. B., y Canino, G. (2000). Childhood obsessive-compulsive disorder in the NIMH MECA Study: parent versus child identification of cases. *Methods for the epidemiology of child and adolescent mental disorders. Journal of Anxiety*, 14, 535–548. [https://doi.org/10.1016/S0887-6185\(00\)00048-7](https://doi.org/10.1016/S0887-6185(00)00048-7)
- Rosa-Alcázar, A. I., Iniesta-Sepúlveda, M., Storch, E. A., Rosa-Alcázar, Á., Parada-Navas, J. L., y Olivares Rodríguez, J. (2017). A Preliminary Study of Cognitive-Behavioral Family-Based Treatment versus Parent Training for Young Children with Obsessive-Compulsive Disorder. *Journal of Affective Disorders*, 208, 265-271. <https://10.1016/j.jad.2016.09.060>
- Rosa-Alcázar, Á., Rosa-Alcázar, A. I., Olivares-Olivares, P. J., Parada-Navas, J. L., Rosa-Alcázar, E., y Sánchez-Meca, J. (2019). Family involvement and treatment for young children with Obsessive-Compulsive Disorder: Randomized control study. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 19(3), 218-227. <https://10.1016/j.ijchp.2019.06.001>
- Rosa-Alcázar, Á., Rosa-Alcázar, A.I., Parada-Navas, J., Olivares-Olivares, P., y Rosa-Alcázar, E. (2021). Predictors of Parental Accommodation and Response Treatment in Young Children With Obsessive-Compulsive Disorder. *Frontiers in Psychiatry*, 12(737062). <https://doi.org/10.3389%2Ffpsyt.2021.737062>
- Rosa-Alcázar, A. I., Sánchez-Meca, J., Rosa-Alcázar, A., Iniesta-Sepúlveda, M., Olivares-Rodríguez, J., y Parada-Navas, J. L. (2015). Psychological Treatment of Obsessive-Compulsive Disorder in Children and Adolescents: a Meta-Analysis. *Spanish Journal of Psychology*, 18(20), 1–22. <https://doi.org/10.1017/sjp.2015.22>
- Rudy, B. M., Lewin, A. B., Geffken, G. R., Murphy, T. K., y Storch, E. A. (2014). Predictors of treatment response to intensive cognitive-behavioral therapy for pediatric obsessive-compulsive disorder. *Psychiatry Research*, 220(1-2), 433-440. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2014.08.002>
- Ruscio, A. M., Stein, D. J., Chiu, W. T., y Kessler, R. C. (2010). The epidemiology of obsessive-compulsive disorder in the National Comorbidity Survey Replication. *Molecular psychiatry*, 15(1), 53–63. <https://doi.org/10.1038/mp.2008.94>
- Salcedo, M., Vásquez, R., y Calvo, M. G. (2011). Trastorno obsesivo compulsivo en niños y adolescentes. *Revista Colombiana de Psiquiatría*, 40(1), 131-144. [http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0034-74502011000100011&lng=en&tlng=es](http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-74502011000100011&lng=en&tlng=es)
- Scahill, L., Riddle, M.A., McSwiggin-Hardin, M., Ort, S.I., King, R.A., Goodman, W.K., Cicchetti, D. & Leckman, J.F. (1997). Children's Yale-Brown Obsessive Compulsive

- Scale: reliability and validity. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 36(6), 844-852. <https://www.mcpap.com/pdf/CYBOCS.pdf>
- Singh, A., Anjankar, V. P., y Sapkale, B. (2023) Obsessive-Compulsive Disorder (OCD): A Comprehensive Review of Diagnosis, Comorbidities, and Treatment Approaches. *Cureus*, 15(11). <https://doi.org/10.7759/cureus.48960>
- Skriner, L. C., Freeman, J., Garcia, A., Benito, K., Sapyta, J., y Franklin, M. (2016). Characteristics of young children with obsessive-compulsive disorder: Baseline features from the POTS Jr. Sample. *Child Psychiatry and Human Development*, 47(1), 83-93. <https://10.1007/s10578-015-0546-y>
- Storch, E. A., Jones, A. M., Lack, C. W., Ale, C. M., Sulkowski, M. L., Lewin, A. B., De Nadai, A., S., y Murphy, T. K. (2012). Rage attacks in pediatric obsessive-compulsive disorder: phenomenology and clinical correlates. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 51(6), 582-592. <https://10.1016/j.jaac.2012.02.016>
- Storch, E. A., Larson, M. J., Muroff, J., Caporino, N., Geller, D., Reid, J. M., Morgan, J., Jordan, P., y Murphy, T. K. (2010). Predictors of functional impairment in pediatric obsessive-compulsive disorder. *Journal of Anxiety Disorders*, 24(2), 275-283. <https://10.1016/j.janxdis.2009.12.004>
- Storch, E. A., Lehmkuhl, H., Pence, S. L., Jr., Geffken, G. R., Ricketts, E., Storch, J. F., y Murphy, T. K. (2009). Parental experiences of having a child with obsessive-compulsive disorder: Associations with clinical characteristics and caregiver adjustment. *Journal of Child and Family Studies*, 18(3), 249-258. <https://10.1007/s10826-008-9225-y>
- Strauss, C., Hale, L., y Stobie, B. (2015). A Meta-analytic Review of the Relationship between Family Accommodation and OCD Symptom Severity. *Journal of Anxiety Disorders*, 33. <https://10.1016/j.janxdis.2015.05.006>
- Subdirección General de Información Sanitaria [SGIS] (2021). *Salud mental en datos: prevalencia de los problemas de salud y consumo de psicofármacos y fármacos relacionados a partir de registros clínicos de atención primaria. BDCAP Series 2.* [Publicación en Internet]. Madrid: Ministerio de Sanidad.
- Valderhaug, R., y Ivarsson, T. (2005). Functional impairment in clinical samples of Norwegian and Swedish children and adolescents with obsessive-compulsive disorder. *European child & adolescent psychiatry*, 14(3), 164-173. <https://doi.org/10.1007/s00787-005-0456-9>

- Weidle, B., Ivarsson, T., Thomsen, P. H., Lydersen, S., y Jozefiak, T. (2015). Quality of life in children with OCD before and after treatment. *European Child & Adolescent Psychiatry*, 24(9), 1061-1074. <https://10.1007/s00787-014-0659-z>
- Weidle, B., Jozefiak, T., Ivarsson, T., y Thomsen, P. H. (2014). Quality of life in children with OCD with and without comorbidity. *Health and Quality of Life Outcomes*, 12. <https://10.1186/s12955-014-0152-x>
- Westwell-Roper, C., y Stewart, S. E. (2019). Challenges in the diagnosis and treatment of pediatric obsessive-compulsive disorder. *Indian journal of psychiatry*, 61(1), 119–130. [https://doi.org/10.4103/psychiatry.IndianJPsychiatry\\_524\\_18](https://doi.org/10.4103/psychiatry.IndianJPsychiatry_524_18)
- Wu, M.S., McGuire, J.F., Martino, C., Phares, V., Selles, R.R., y Storch, E.A. (2016). A Meta-Analysis of family accommodation and OCD Symptom severity. *Clinical Psychology Review*, 45, 34-44. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2016.03.003>
- Xu, Z., y Zhu, C. (2023). Effect of Adverse Childhood Experiences, Parenting Styles, and Family Accommodation on Patients Diagnosed with Obsessive-Compulsive Disorder. *Alpha Psychiatry*, 24(6), 261-269. <https://10.5152/alphapsychiatry.2023.231247>
- Yale School of Public Health. (24 de abril de 2024). *About Family Accommodation*. Yale School of Public Health. <https://ysph.yale.edu/familyaccommodationocd/about/>
- Zaboski, B. A., Gilbert, A., Hamblin, R., Andrews, J., Ramos, A., Nadeau, J. M., y Storch, E. A. (2019). Quality of life in children and adolescents with obsessive-compulsive disorder: The Pediatric Quality of Life Enjoyment and Satisfaction Questionnaire (PQ-LES-Q). *Bulletin of the Menninger Clinic*, 83(4), 377-397. [https://10.1521/bumc\\_2019\\_83\\_03](https://10.1521/bumc_2019_83_03)

## Índice de Tablas

<i>Tabla 1.</i> Tipos de conductas de Acomodación Familiar.....	11
<i>Tabla 2.</i> Cantidad de AF realizada por los progenitores/cuidadores de niños con TOC.....	21
<i>Tabla 3.</i> Sesiones de la fase introductoria.....	48
<i>Tabla 4.</i> Sesiones de la fase I de la EPR: ítems iniciales.....	53
<i>Tabla 5.</i> Sesiones de la fase II de la EPR: ítems finales.....	54
<i>Tabla 6.</i> Sesión final y cierre de la intervención.....	55
<i>Tabla A1.</i> Estudios incluidos en el trabajo de Revisión Bibliográfica.....	71

## Índice de Figuras

<i>Figura 1.</i> Ciclo de reforzamiento de la Acomodación Familiar.....	10
<i>Figura 2.</i> Diagrama de flujo representativo del proceso de revisión sistemática siguiendo las recomendaciones PRISMA.....	15
<i>Figura 3.</i> Fases del programa de intervención.....	42
<i>Figura 4.</i> Evaluación del Programa de Intervención.....	57
<i>Figura B1.</i> Termómetro del miedo.....	87
<i>Figura B2.</i> Ejemplo de autorregistro de Acomodación Familiar para padres.....	88

# **Anexos**

## **Anexo A: Principales resultados del trabajo de revisión sistemática**

**Tabla 1**  
*Estudios incluidos en el trabajo de Revisión Bibliográfica*

Autores y año	Participantes	Objetivos	Instrumentos de evaluación	Principales resultados
Francazio et al., (2016)	-N= 30 -Sexo: 65% varones. -Rango de edad: 6-18 años -Edad media: 14.1 años -País: EE.UU. Muestra clínica -Niños con diagnóstico de TOC y sus padres.	-Examinar la contribución de la AF parental a la hora de predecir la gravedad sintomatológica del TOC en los niños.	-TOC: CY-BOCS; Y-BOCS.  -AF: FAS	-La AF predijo significativamente un 35% de la varianza de la gravedad sintomatológica del TOC -La AF fue el predictor más fuerte de gravedad sintomatológica tanto al inicio como en el seguimiento a los dos años (16.3% de la varianza).
Flessner et al., (2011)	-N= 96 -Sexo: 51% niñas -Rango de edad: 7-17 años -Edad media: 11.6 años -País: EE.UU. Muestra clínica -Niños con diagnóstico de TOC y sus padres divididos en dos grupos según Alta AF (N=36) y Baja AF (N=15).	-Examinar predictores de AF en familias de niños con TOC.	-TOC: CY-BOCS; MASC; OCI-CV; Y-BOCS-SR  -AF: FAS-PR	-El 99% de los padres realizaron AF. 77.1% a diario. 63.5% “proporcionó seguridad”, 32.3% “participaba en rituales”, 33.3% “asiste al niño en evitar situaciones ansiógenas”. El 57.3% no evitó ir a lugares y 52.1% no modificó actividades placenteras para acomodar síntomas. -Se hallaron 2 predictores estadísticamente significativos de AF: la gravedad de las compulsiones y la ansiedad paterna (23% de la varianza). -Se hallaron 2 predictores de “participar en compulsiones”: comportamiento opositorista y síntomas de contaminación (23.2% de la varianza). -Se hallaron 2 predictores de “evitar disparadores”: gravedad de las compulsiones y ansiedad paterna (17% de la varianza).

*Nota.* AF= Acomodación Familiar; CY-BOCS = Children's Yale-Brown Obsessive Compulsive Scale; FAS = Family Accommodation Scale; MASC = Multidimensional Anxiety Scale for Children; OCI-CV = Obsessive Compulsive Inventory-Child Version; TOC= Trastorno Obsesivo-Compulsivo; Y-BOCS-SR = Yale-Brown Obsessive Compulsive Scale Self Report version

**Tabla 1** (continuación)

Autores y año	Participantes	Objetivos	Instrumentos de evaluación	Principales resultados
Futh et al., (2021)	-N= 43 -Sexo: 51% niños -Rango de edad: 9-18 años -Edad media: 14.88 -País: Reino Unido Muestra clínica -Niños diagnosticados con TOC con sus padres (27 parejas, 41 madres y 29 padres).	-Analizar las experiencias de madres y padres de niños con TOC en relación a la AF, el Afecto Negativo y afrontamiento.  -Analizar si existe una correlación positiva entre AF y nivel de estrés, depresión y ansiedad.  -Analizar si existe una correlación positiva entre la AF y las estrategias de afrontamiento centradas en la emoción (como la evitación).	-TOC: CY-BOCS  - AF: FAS	-AF elevada, casi la mitad de los padres ven a los niños mientras completan rituales o esperan al niño diariamente. -Existe un dilema estresante entre si intervenir y realizar AF o no, debido a la dificultad para gestionar las emociones propias y las del niño. -Se vieron niveles equivalentes de AF en madres y padres, pero esta se asoció más fuertemente a afecto negativo en las madres. -Las madres utilizan mayor variedad de estrategias de afrontamiento, especialmente escape-evitación, responsabilizarse y buscar apoyo social. -El Escape-evitación correlaciona tanto con la AF como con el afecto negativo en madres y en padres.

*Nota.* AF= Acomodación Familiar; CY-BOCS = Children's Yale-Brown Obsessive Compulsive Scale; FAS = Family Accommodation Scale; TOC= Trastorno Obsesivo-Compulsivo.

**Tabla 1** (continuación)

Autores y año	Participantes	Objetivos	Instrumentos de evaluación	Principales resultados
Garcia et al., (2010)	-N= 112 -Sexo: equivalentes -Rango de edad: 7-17 años -Edad media: 11.7 -País: EE.UU. Muestra clínica	-Identificar predictores y moderadores de los resultados en 4 modalidades de intervención: sertralina, TCC, combinación de ambas o placebo.	-TOC: ADIS-C; CY-BOCS; COIS; historia familiar de TOC  -AF: FAM-III; FAS-PR	-Aquellos con mayor gravedad inicial de TOC la tuvieron mayor también al final, y tuvieron peores resultados en todos los tratamientos que aquellos con menos síntomas. -Mayor AF se asoció a peor respuesta a los tratamientos. -Mayor deterioro funcional asociado a TOC se asoció a peor respuesta a los tratamientos. -La “historia familiar de TOC” moderó los efectos del tipo de tratamiento. Aquellos con historia familiar de TOC no presentaron diferencias de resultado en función del tratamiento. -El 40% de la muestra tenía un familiar con TOC. -Tener historial familiar de TOC no afecta a cantidad de AF
Gorenstein et al., (2015)	-N= 33 -Sexo: 54.5% niñas. -Rango de edad: 8-17 -Edad media: 12.9 años -País: Brasil Muestra clínica. -Niños diagnosticados de TOC con sus padres (N=43). Dos grupos: TCC (N=16) y fluoxetina (N=17)	Investigar el impacto de un tratamiento centrado en el niño con TOC sobre la ansiedad parental, AF y el entorno familiar.	-TOC: Y-BOCS  -AF: FAS; FES-R	-El 75% de los padres realizaron AF. Un 62,8% “proporcionó seguridad”, 32.6% participaron en los rituales 37.2% “ayudó al paciente a evitar”. -Presencia de malestar familiar moderado o superior en un 60.5% de la muestra. -La AF y las conductas asociadas al malestar/consecuencias de la AF y a la participación en los síntomas correlacionaron con la gravedad del TOC. - Se observaron correlaciones negativas entre las medidas de AF (malestar/consecuencias) y la mejora clínica de los niños. -Se observaron correlaciones positivas entre la cohesión familiar y la mejora clínica de los niños. -Aunque no se observó mejora en la ansiedad parental, sí hubo una reducción significativa en AF en el postratamiento, así como un aumento de la cohesión y las actividades recreacionales del ambiente familiar.

*Nota.* ADIS-C = Anxiety and Related Disorders Interview - Child; AF= Acomodación Familiar; COIS = Child Obsessive Compulsive Disorder Impact Scale; CY-BOCS = Children's Yale-Brown Obsessive Compulsive Scale; FAS = Family Accommodation Scale; FAM-III = Family Assessment Measure III FAS-PR = Family Accommodation Scale Parent Report; FES-R = Family Environment Scale - Relationship; TOC= Trastorno Obsesivo-Compulsivo; Y-BOCS-SR = Yale-Brown Obsessive Compulsive Scale.

**Tabla 1** (continuación)

Autores y año	Participantes	Objetivos	Instrumentos de evaluación	Principales resultados
Jacoby et al., (2022)	-N= 142 -Sexo: 53.3% niñas. -Rango de edad: 7-17 años. -Edad media: 12.79 -País: EE.UU. Muestra clínica.	-Investigar cambios en AF a lo largo de 10 sesiones de TCC. -Investigar predictores y correlatos de AF y TOC.	-TOC: CGI; COIS; CY-BOCS; -AF: FAS-IR.	-Un 98.6% de los padres comunicaron AF en la semana anterior al tratamiento, y 80.4% comunicó participar en al menos un tipo de AF o bien diariamente o bien de “manera extrema”. -Los comportamientos más comunes fueron “proporcionar seguridad” (79.0%) y evitar decir o hacer cosas debido al TOC del niño (69.8%). -La AF medió significativamente la relación entre la gravedad del TOC y el DF en medidas de los padres (no en las de los niños). -El DF inicial en medidas informadas por padres y niños se relacionó con mayores puntuaciones de AF en el postratamiento. Este DF también se asoció a cambios en AF durante el tratamiento, pero no durante el seguimiento. -El DF asociado al TOC, pero no la gravedad de los síntomas de TOC, predice los cambios en AF. -El grado en el que los síntomas de TOC interfieren en la escuela, el hogar y lo social, tanto en las medidas informadas por niños como por los padres, predijo AF. A mayor deterioro en estos campos, mayor AF inicial. -Las expectativas del tratamiento y alianza terapéutica no se asociaron con cambios en AF a lo largo del tratamiento de TCC. -AF inicial más alto se asoció a mayor gravedad de TOC y DF. -Los niños que respondieron al tratamiento de TOC tuvieron puntuaciones de AF significativamente menores. -Hubo reducciones significativas de AF durante el tratamiento, pero no durante el seguimiento. -Mayor gravedad del TOC al inicio asociada a mayor gravedad de la AF al finalizar. Las puntuaciones de TOC no tuvieron relación con los cambios durante el tratamiento o durante el seguimiento.

*Nota.* AF= Acomodación Familiar; CGI = Clinical Global Impression; COIS = Child Obsessive Compulsive Disorder Impact Scale; CY-BOCS = Children's Yale-Brown Obsessive Compulsive Scale; FAS-IR = Family Accommodation Scale - Interviewer Rated; TCC = Terapia Cognitivo Conductual

**Tabla 1** (continuación)

Autores y año	Participantes	Objetivos	Instrumentos de evaluación	Principales resultados
Lavell et al., (2016).	-N= 43 -Sexo: 30 niños, 13 niñas -Rango de edad: 7-17 -Edad media: 11.09 años -País: Australia Muestra clínica.	Explorar predictores de respuesta al tratamiento grupal de TCC para niños.	-TOC: ADIS-P; COIS-C; CY-BOCS; MASC  -AF: FAS	-AF inicial significativamente asociada con mayor gravedad de TOC a los 6 y 12 meses. -Las variables familiares (AF y rechazo parental) explicaron conjuntamente un 19.2% de la varianza, pero la AF por sí sola no. El Rechazo parental explico por sí solo un 17.7% - A los 12 meses, la AF sí predijo por sí sola un 16.6% de la varianza, y el rechazo parental no. -No se hallaron diferencias iniciales entre “respondedores” y no respondedores al tratamiento a los 12 meses. Solo que los respondedores tenían menor depresión. Los respondedores tenían menores niveles iniciales de AF.
Lebowitz et al., (2014)	-N= 87 Sexo: 47 chicas; 40 chicos -Rango de edad: 7-17 -Edad media: 11.13-12.13 -País: EE.UU. Muestra clínica. -Tres grupos: niños con diagnóstico de TOC (N=26); TA (N=31); control (N=30). Medidas cubiertas por sus madres.	Comparar patrones de AF, factores que mantienen la AF, y su relación con la gravedad sintomatológica en TOC y TA, en comparación con controles sanos.	-TOC: CY-BOCS; SCARED-PR  -AF: FAS; FASA	- La AF es altamente común entre madres de niños con TOC, con un 69% de participación diaria en síntomas; un 27% modificación de rutinas y horarios; y 23% en ambas. - Mayores puntuaciones en todas las medidas de AF en comparación con controles. - Mayor malestar producto de AF y más consecuencias negativas por no realizar AF comparado con el grupo control. - AF asociada con la severidad de la ansiedad en TOC. Niños con TOC tuvieron puntuaciones más elevadas en ansiedad global, síntomas pánico/somáticos, ansiedad generalizada, ansiedad de separación, ansiedad social, y ansiedad escolar que el grupo control. -Correlación positiva significativa entre AF global, ansiedad global y ansiedad generalizada.

*Nota.* AF= Acomodación Familiar; COIS-C = Child Obsessive Compulsive Disorder Impact Scale - Child; CY-BOCS = Children's Yale-Brown Obsessive Compulsive Scale; FAS = Family Accommodation Scale; FASA = Family Accommodation Scale – Anxiety; MASC = Multidimensional Anxiety Scale for Children; TA = Trastorno de Ansiedad; TOC= Trastorno Obsesivo-Compulsivo; SCARED-PR = self-report for childhood anxiety related disorders - parent report; Y-BOCS-SR = Yale-Brown Obsessive Compulsive Scale Self Report version

**Tabla 1** (continuación)

Autores y año	Participantes	Objetivos	Instrumentos de evaluación	Principales resultados
Lebowitz et al., (2015)	-N= 61 -Sexo: 61% niños. -Rango de edad: 7-18 años -Edad media: 13.1 años -País: EE.UU. Muestra clínica. -Niños diagnosticados con TOC. Pruebas cubiertas por sus madres.	-Examinar la fenomenología de los comportamientos coercitivo-disruptivos en el TOC infantil  -Examinar los correlatos de comportamiento coercitivo-disruptivo en el niño y la familia.  -Examinar los efectos indirectos de la conducta coercitivo-disruptiva en la gravedad sintomatológica del TOC, mediada por la AF.	-TOC: CD-POC; CY-BOCS; Y-BOCS  -AF: 13 AF items (previos a la FAS); FES	- La AF predijo la severidad sintomatológica del TOC. - La AF moderó el 97.13% del efecto total de los comportamientos coercitivo-disruptivos sobre la gravedad del TOC. - Los comportamientos coercitivo-disruptivos predijeron la gravedad de los síntomas de TOC y de la AF. - Se halló una elevada correlación entre los comportamientos coercitivo-disruptivos y AF, tanto en participación como en modificación de rutinas. - Los niveles de distrés asociados a AF se vieron relacionados con el nivel de coerción y con las consecuencias negativas de no acomodar. - Las variables familiares (FES y AF) explicaron el 12.6% de la varianza de los comportamientos coercitivo-disruptivos. - Los comportamientos coercitivo-disruptivos fueron comunes y frecuentes, ocurriendo alguno a menudo (62.7%) o casi todo el tiempo (23.7%). - Se observó una correlación significativa entre los comportamientos coercitivo-disruptivos y la gravedad de los síntomas de TOC, aunque no con los tipos de síntomas concretos.

*Nota.* AF= Acomodación Familiar; CD-POC = Coercive and Disruptive Behavior Scale - Pediatric OCD; CY-BOCS = Children's Yale-Brown Obsessive Compulsive Scale; FAS = Family Accommodation Scale; FES = Family Environment Scale; TDAH = Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad; TOC= Trastorno Obsesivo-Compulsivo; Y-BOCS = Yale-Brown Obsessive Compulsive Scale

**Tabla 1** (continuación)

Autores y año	Participantes	Objetivos	Instrumentos de evaluación	Principales resultados
McKenzie et al., (2020)	-N=76 -Sexo: no especificado -Rango de edad: 7-17 años -Edad media: 12.48 años -País: Australia Muestra clínica. -Niños diagnosticados de TOC con un progenitor.	-Examinar informes de los padres acerca de la regulación emocional (RE) de sus hijos y sus asociaciones con la gravedad del TOC, sintomatología externalizante, y AF.	-TOC: ADIS-IV-P; CY-BOCS;  -AF: FAS-SR.	-La labilidad/negatividad emocional en los niños correlacionó significativa y positivamente con los síntomas externalizantes y la AF. -La labilidad/negatividad no predijo AF tras controlar la severidad del TOC y síntomas externalizantes, pero sí fue un moderador significativo de la relación entre la gravedad del TOC y la AF -La regulación emocional adaptativa en los niños correlacionó significativa y negativamente con los síntomas externalizantes.
Merlo et al., (2009).	-N= 54 -Sexo: 55% niños -Rango de edad: 6-18 años -Edad media: 12.8 años -País: EE.UU. Muestra clínica.	-Examinar si la cantidad de AF está asociada con los resultados del tratamiento (TCC), y si la disminución en AF se asocia a un mejor resultado.	-TOC: ADIS; CY-BOCS; COIS.  -AF: FAS-PR.	-El cambio en AF se asoció significativamente con la gravedad de los síntomas de TOC y DF informado por los padres, independientemente de la gravedad de los síntomas iniciales. -La participación en TCC familiar se asocia a disminución significativa de AF, y esta disminución se asocia a un resultado positivo del tratamiento. -El DF informado por los niños no se asoció a AF. -El 88% de los padres reportaron al menos AF leve. -La AF correlacionó significativamente con la gravedad del TOC y el DF informado por los padres en pretratamiento y postratamiento. -80% fueron respondientes. Padres reportaron significativamente menor AF, con 65% de los padres reportando AF “no clínica”. -Mayor reducción de AF según padres de respondientes que de no respondientes. 40% de los no respondientes no informaron de cambios en la AF o incluso que aumentó durante el tratamiento. -Aquellos sin AF al acabar es más probable que fueran respondientes.

*Nota.* ADIS-IV-P = Anxiety and Related Disorders Interview - Parents; AF= Acomodación Familiar; COIS = Child Obsessive Compulsive Disorder Impact Scale; CY-BOCS = Children's Yale-Brown Obsessive Compulsive Scale; DF = Deterioro funcional; FAS = Family Accommodation Scale; FASA = Family Accommodation Scale; TA = Trastorno de Ansiedad; TCC = Terapia Cognitivo Conductual; TOC= Trastorno Obsesivo-Compulsivo.

**Tabla 1** (continuación)

Autores y año	Participantes	Objetivos	Instrumentos de evaluación	Principales resultados
Monzani et al., (2020)	-N= 209 -Sexo: 56.46% niños -Rango de edad: 7-18 -Edad media: 14.1 -País: Reino Unido Muestra clínica. -Niños diagnosticados de TOC con su madre (N=209) y padre (N=209)	-Examinar las diferencias entre AF materna y AF paterna.	-TOC: CY-BOCS  -AF: FAS-PR	-El 80% de las madres y el 57% de los padres realizaron AF diaria. -Se vieron patrones similares de comportamientos de AF en cada pareja. “Ofrecer seguridad”, “participación en rituales” y “facilitación de la evitación” fueron los más habituales. -Las madres realizan más “evitación de desencadenantes” y “participación en compulsiones” -En un 55% de los casos, ambos padres realizaron AF diario. 28% de los casos solo uno de los padres. -Los casos con ambos padres haciendo AF diaria frente a los que no hicieron AF diaria ninguno de ellos, tuvieron mayores puntuaciones de TOC, y los padres presentaron mayores niveles de psicopatología. -Se hallaron correlaciones significativas entre AF materna y paterna y la gravedad sintomatológica del TOC, el funcionamiento general, síntomas depresivos, dificultades emocionales y comportamentales del niño y psicopatología materna y paterna. -La AF materna explicó 40% de la varianza, significativamente asociada con la gravedad sintomatológica del TOC, psicopatología materna, psicopatología paterna, psicopatología infantil. -La AF paterna explicó el 34% de la varianza, asociada significativamente a los síntomas de TOC, psicopatología paterna y psicopatología infantil. -Una AF materna y paterna más alta predijo significativamente peor respuesta al tratamiento, así como mayores puntuaciones de TOC en el post tratamiento.

*Nota.* AF= Acomodación Familiar; CY-BOCS = Children's Yale-Brown Obsessive Compulsive Scale; FAS-PR = Family Accommodation Scale Parent Report.

**Tabla 1** (continuación)

Autores y año	Participantes	Objetivos	Instrumentos de evaluación	Principales resultados
O'Connor et al., (2023)	-N= 63 -Sexo: 62% niñas. -Rango de edad: 5-9 años -Edad media: 7.40 años -País: EE.UU. Muestra clínica.	-Examinar el cambio en la AF en relación con el cambio en la gravedad sintomatológica y el DF	-TOC: CGI-S; COIS-RP; CY-BOCS  -AF: FAS-PR	-Se halla relación consistente a lo largo del tratamiento entre la AF y la gravedad sintomatológica del TOC, así como entre AF y DF. -Los cambios en AF precedieron a las mejoras en la gravedad sintomatológica. A partir de la semana 9 del tratamiento, AF predijo la gravedad de los síntomas en el post tratamiento. -Los cambios en la gravedad de los síntomas no predijeron cambios en la AF. -Las mejoras en AF precedieron a las mejoras en DF en la última parte del tratamiento. -Los cambios en DF predijeron cambios en AF en el inicio del tratamiento. -Mayor AF al inicio del tratamiento se asoció a mayor AF a lo largo de este.
Peris et al., (2008)	-N= 65 -Sexo: 62% chicos -Rango de edad: 8-17 años -Edad media: 12.3 años -País: EE.UU. Muestra clínica. -Niños con diagnóstico de TOC y sus padres.	-Realizar análisis exploratorios de correlaciones de AF a nivel familiar y paterno-filial, valorando tanto los componentes conductuales como los afectivos	- TOC: ADIS-IV; CY BOCS; Y-BOCS  - AF: FAS-PR; FES	-Las puntuaciones totales de AF no se asociaron con la gravedad del TOC. -La participación de los padres en los rituales sí se asoció con mayor gravedad de TOC, psicopatología materna y paterna, y con menores niveles de organización familiar. -La gravedad del TOC se asoció positivamente a mayores niveles de “implicación total”, participación más frecuente en rituales, modificaciones más frecuentes de las rutinas familiares y mayores consecuencias por no acomodar. -La sintomatología comórbida externalizante y el conflicto familiar se asociaron a peores consecuencias por no acomodar. -Mayor sintomatología externalizante se asoció a modificaciones más frecuentes de las rutinas familiares.

*Nota.* ADIS-IV = Anxiety and Related Disorders Interview; AF= Acomodación Familiar; COIS-RP = Child Obsessive Compulsive Disorder Impact Scale - Revised; CY-BOCS = Children's Yale-Brown Obsessive Compulsive Scale; DF = Deterioro Funcional; FAS-PR = Family Accommodation Scale - Parent Report; FES = Family Environment Scale; TOC= Trastorno Obsesivo-Compulsivo; Y-BOCS = Yale-Brown Obsessive Compulsive Scale

**Tabla 1** (continuación)

Autores y año	Participantes	Objetivos	Instrumentos de evaluación	Principales resultados
Peris et al., (2017)	-N= 62 -Sexo: 57% niños -Rango de edad: 8-17 años -Edad media: 12.71 años -País: EE.UU. Muestra clínica. -Niños con diagnóstico de TOC y funcionamiento familiar desadaptativo.	-Examinar la eficacia de un módulo de intervención familiar diseñado para casos de TOC complicados por un funcionamiento familiar desadaptativo.	-TOC: ADIS-C/P; COIS-R; CY-BOCS  -AF: FAS; FES.	-El grupo familiar obtuvo mayor reducción significativa de AF. También mejoró en cohesión, mientras que en el estándar no. -La terapia familiar tuvo un 68% de respuesta frente al 40% de la terapia estándar. -Hubo un 58% de reducción de TOC en la terapia familiar frente al 27% en el estándar. -El tratamiento familiar presentó una reducción significativa del deterioro asociado al TOC, mientras que el estándar no.
Piacentini et al., (2011)	-N= 71 -Sexo: 37% niños -Rango de edad: 8-17 años -Edad media: 12.2 años -País: EE.UU. Muestra clínica. -Niños con TOC divididos en dos grupos: TCCF y PR	-Examinar la eficacia de TCC familiar (con énfasis en reducción de AF e interacción apropiada) en comparación con un entrenamiento en PR a la hora de reducir gravedad sintomatológica, deterioro funcional y AF en jóvenes con TOC.	-TOC: ADIS:C/P; COIS-R; CY-BOCS  -AF: FAS-PR	-La reducción en AF precedió temporalmente la mejoría en TOC en ambos grupos y al deterioro funcional solamente en TCCF. -TCCF se asoció a reducciones más rápidas en AF que PR, aunque no se confirmó en todos los análisis. -TCCF llevó una respuesta significativamente mayor que PR (57.1% vs 27.3%) y análisis más completos (68.3% vs. 35.3%). -TCCF se asoció con cambios significativamente mayores en la gravedad del TOC y deterioro funcional informado por el niño que PR y un mayor cambio en la AF paterna. -Estos resultados se confirmaron en algunos análisis secundarios, dando un 42.5% de remisión en TCCF y un 17.6% en PR.

*Nota.* ADIS:C/P = Anxiety and Related Disorders Interview: Child/Parent; AF= Acomodación Familiar; COIS-R = Child Obsessive Compulsive Disorder Impact Scale - Revised; CY-BOCS = Children's Yale-Brown Obsessive Compulsive Scale; FAS-PR = Family Accommodation Scale - Parent Report; FES = Family Environment Scale; PR = entrenamiento en Psicoeducación y Relajación; TCCF = Terapia Cognitivo Conductual Familiar; TOC= Trastorno Obsesivo-Compulsivo

Tabla 1 (continuación)

Autores y año	Participantes	Objetivos	Instrumentos de evaluación	Principales resultados
Pontillo et al., (2020)	-N=51 -Sexo: no especificado -Rango de edad: 8-17 años -Edad media: 13.5 -País: Italia Muestra clínica. -Niños con diagnóstico de TOC y sus padres divididos en dos grupos según Alta AF (N=36) y Baja AF (N=15).	-Investigar la significación clínica de la AF examinado su relación con la sintomatología obsesivo-compulsiva, funcionalidad, ansiedad y síntomas depresivos. - Examinar las posibles diferencias en el nivel de <i>distrés</i> individual de padres que realizan elevada AF en comparación con aquellos que realizan baja AF.	-TOC: CY-BOCS; BSI; MASC-2 -AF: FAS	-El 100% de los padres y madres realizaron AF. -Los padres del grupo AF alta informaron de mayores puntuaciones significativas de gravedad general, somatización y obsesión-compulsión. - Las madres del grupo AF Alta informaron de puntuaciones significativas más altas solo en GSI. - No se hallaron diferencias de comorbilidad entre los grupos de AF elevada y AF baja. - El grupo de AF alta presentó peor funcionamiento global, funcionamiento social y de rol que el de AF baja. -El grupo de Alta AF presentó mayores puntuaciones de sintomatología depresiva, autoestima negativa e ineffectividad. -Ambos grupos presentaron niveles similares de sintomatología ansiosa. -No se hallaron diferencias significativas en cuanto al tipo de obsesiones y compulsiones en función del nivel de AF.
Rosa-Alcázar et al., (2017)	-N= 20 -Sexo: 65% niños -Rango de edad: 5-7 años -Edad media: 6.62 años -País: España Muestra clínica. -Niños con TOC y sus padres.	-Probar la efectividad y viabilidad de una intervención para padres de niños con TOC con un componente específico de reducción de AF, comparando 1)TCCF para ambos padres y el niño 2)solamente el componente familiar de la intervención dirigida a un progenitor.	-TOC: ADIS-C/P; CY-BOCS -AF: FAS	-Los dos modos de implementación produjeron mejorías clínicas respecto a la sintomatología del TOC, tanto en el postratamiento como en el seguimiento, aunque la reducción en las obsesiones no se mantuvo en el seguimiento de la modalidad simple. -Los dos modos de tratamiento mejoraron la AF, el DF y síntomas internalizantes y externalizantes. La TCCF produjo mejores resultados en los externalizantes.

*Nota.* ADIS-C/P = Anxiety and Related Disorders Interview: Child/Parent; AF= Acomodación Familiar; BSI = Brief Symptom Inventory; COIS-R = Child Obsessive Compulsive Disorder Impact Scale - Revised; CY-BOCS = Children's Yale-Brown Obsessive Compulsive Scale; DF = Deterioro Funcional; FAS-PR = Family Accommodation Scale - Parent Report; FES = Family Environment Scale; MASC-2 = Multidimensional Anxiety Scale for Children 2; TCCF = Terapia Cognitivo Conductual Familiar; TOC= Trastorno Obsesivo-Compulsivo

**Tabla 1** (continuación)

Autores y año	Participantes	Objetivos	Instrumentos de evaluación	Principales resultados
Rosa-Alcázar et al., (2019)	-N= 44 -Sexo: 75% niños -Rango de edad: 5.20-7.90 años -Edad media: 6.66 -País: España Muestra clínica. -Niños con TOC y sus padres.	-Analizar la eficacia diferencial de un tratamiento de TCC para niños con TOC en tres condiciones de tratamiento: 1) padres y niño, 2) madre y niño, 3) solo la madre.	-TOC: ADIS-IV-C/P; CY-BOCS  -AF: FAS	-La condición con mejores resultados fue la que incluyó mayor número de miembros familiares, especialmente en los casos de mayor AF. La participación directa del niño en la intervención psicológica repercute en mejores resultados -No se hallaron diferencias grupales en las variables relacionadas con la gravedad. Sí se hallaron en los síntomas internalizantes, externalizantes, y en la AF de la madre y del padre. -Las tres condiciones de tratamiento produjeron mejorías clínicas tanto en el postest como en el seguimiento en la gravedad del TOC y en las medidas secundarias.
Rosa-Alcázar et al., (2021)	-N=56 -Sexo: 79% niños -Rango de edad: 5.20-7.67 años -Edad media: 6.61 -País: España Muestra clínica. -Niños con TOC y sus padres.	-Proponer un modelo predictivo de AF materna y paterna, valorando tanto variables relacionadas con los niños como con los padres  -Examinar el papel mediador de los síntomas externalizantes y de la AF materna en la relación entre la gravedad inicial y la mejoría sintomatológica.	-TOC: ADIS-IV-P; CY-BOCS.  -AF: FAS-SR.	-Las medias de AF entre padre y madre fueron significativamente diferentes, siendo mayor la AF materna. Se observa una correlación media-alta entre la AF de la madre y la del padre. -AF materna presenta las mayores correlaciones con síntomas externalizantes, puntuaciones totales de TOC. El padre en cambio con la acomodación materna y con síntomas externalizantes. -La AF materna y la preocupación paterna en el pretratamiento explicaron un 35.4% de la varianza. Relación directa entre ellos. -La AF materna se vio asociada a las variables del niño (síntomas externalizantes, gravedad inicial y gravedad del TOC). -La AF del padre se explicaba por la AF materna y la preocupación, no por variables del niño.

*Nota.* ADIS-IV-C/P = Anxiety and Related Disorders Interview: Child/Parent; AF= Acomodación Familiar; CY-BOCS = Children's Yale-Brown Obsessive Compulsive Scale; FAS-SR = Family Accommodation Scale - Self Report; FES = Family Environment Scale; TCC = Terapia Cognitivo Conductual; TOC= Trastorno Obsesivo-Compulsivo

**Tabla 1** (continuación)

Autores y año	Participantes	Objetivos	Instrumentos de evaluación	Principales resultados
Rudy et al., (2014)	-N= 78 -Sexo: 51.3% niños -Rango de edad: 7-18 años -Edad media: 13.20 años -País: EE.UU. Muestra clínica.	-Examinar los efectos de tres categorías de predictores (demografía, síntomas, comorbilidad) sobre tres tipos de resultado (gravedad sintomatológica post-tratamiento, remisión, respuesta al tratamiento) en un tratamiento de TCCF.	-TOC: ADIS-C/P; CGI; COIS-C/P; CY-BOCS  -AF: FAM	-Mayor AF predijo mayor gravedad de síntomas en el post-tratamiento. Mayor gravedad sintomatológica al inicio predijo mayor gravedad al final. -La AF fue la única variable que contribuyó por sí misma a la reducción sintomatológica. -Aquellos que lograron la remisión divergieron significativamente en relación con aquellos que no lograron remisión en AF al inicio del tratamiento. -Aquellos que no lograron remisión tenían más AF al inicio. No se halló que AF explicara si un paciente respondería o no al tratamiento.
Skriner et al., (2016)	-N= 127 -Sexo: 52.8% niñas -Rango de edad: 5-8 años -Edad media: 7.22 años -País: EE.UU. Muestra clínica	-Examinar las características de una gran muestra de niños con TOC, en base a: demografía, síntomas/ gravedad del TOC, historia familiar y psicopatología, comorbilidad, y funcionamiento global y familiar.	-TOC: CGI; COIS-R; CY-BOCS; SCARED-R  -AF: FAS-SR	-Se observó AF entre 1-3 días semanales de media. Aparentemente, AF superior que en medidas adultas. -En casos graves de TOC, aparece un DF significativo en la mayoría de los dominios.

*Nota.* ADIS-C/P = Anxiety and Related Disorders Interview: Child/Parent; AF= Acomodación Familiar; CGI = Clinical Global Impression; COIS-C/P = Child Obsessive Compulsive Disorder Impact Scale - Child/Parent; CY-BOCS = Children's Yale-Brown Obsessive Compulsive Scale; DF = Deterioro Funcional; FAM = Acomodación Familiar Measure, adaptada de la FAS; FAS-SR = Family Accommodation Scale - Self Report; FES = Family Environment Scale; SCARED-PR = self-report for childhood anxiety related disorders - revised; TOC= Trastorno Obsesivo-Compulsivo

**Tabla 1** (continuación)

Autores y año	Participantes	Objetivos	Instrumentos de evaluación	Principales resultados
Storch et al., (2009)	-N=62 -Sexo: 50% niñas -Rango de edad: 6-20 años -Edad media: 12.56 años -País: EE.UU. Muestra clínica. -Niños con TOC junto a su cuidador principal.	-Examinar la experiencia paterna de tener un hijo con TOC.  -Analizar si los distintos aspectos de la experiencia paterna correlacionan con el malestar parental y la carga del cuidador  -Analizar si estos aspectos correlacionan con la gravedad del TOC, el deterioro asociado al TOC, AF y problemas externalizantes e internalizantes.  -Examinar si los problemas externalizantes e internalizantes concurrentes del niño median la relación entre la experiencia paterna y el malestar paterno.	-TOC: BSI; COIS-P; CY-BOCS.  -AF: FAS	-En padres y madres, culpa, preocupación, tristeza no resuelta, ira e incertidumbre a largo plazo, correlacionaron significativamente con la AF. -Las experiencias negativas de madres y padres están relacionadas con la gravedad sintomatológica y el nivel de deterioro; problemas externalizantes e internalizantes; AF; y carga del cuidador. -Se observó que las madres y padres de niños con TOC presentan elevado malestar respecto a la situación del niño.

*Nota.* AF= Acomodación Familiar; BSI = Brief Symptom Inventory; COIS-P = Child Obsessive Compulsive Disorder Impact Scale - Parents; CY-BOCS = Children's Yale-Brown Obsessive Compulsive Scale; FAS- = Family Accommodation Scale; TOC= Trastorno Obsesivo-Compulsivo

**Tabla 1** (continuación)

Autores y año	Participantes	Objetivos	Instrumentos de evaluación	Principales resultados
Storch et al., (2010)	-N=99 -Sexo: 37 niñas -Rango de edad: 6-17 años -Edad media: 12.84 -País: EE.UU. Muestra clínica. -Niños con TOC y sus padres.	-Examinar factores asociados al deterioro funcional debido al TOC	-TOC: COIS-C/P; CY-BOCS; MASC; OCI-CV.  -AF: 13 ítems de AF.	-El DF evaluado por padres e hijos presentó relación de moderada a fuerte con la AF. La correlación más potente fue entre AF total y evaluación parental de deterioro en hogar. -La AF predijo el DF evaluado por los padres en todos los dominios de deterioro (escuela, hogar, social). -La gravedad de los síntomas predijo significativamente el DF según padres y niños. -El Insight y la AF en conjunto explicaron un 17% de la varianza en las medidas informadas por los padres siendo la AF ligeramente más predictiva que insight. -En las medidas informadas por los niños, el insight y la AF explican significativamente el 9% varianza. -Los síntomas depresivos según los niños afectan más al DF que según los padres. -El Insight y la AF explicaron el 12% de la varianza en la escuela, 21% en hogar y 15% en social. Ambos fueron predictores significativos en el hogar. -La AF fue el único predictor significativo en la escuela. La AF, el insight y los síntomas de depresión lo fueron de lo social. -Las Puntuaciones de los niños fueron similares a las de los padres. Los síntomas de TOC fueron predictores significativos de DF en todos los ámbitos. La AF e Insight contribuyeron significativamente.

*Nota.* AF= Acomodación Familiar; COIS-CP = Child Obsessive Compulsive Disorder Impact Scale - PArent/Child; CY-BOCS = Children's Yale-Brown Obsessive Compulsive Scale; DF = Deterioro Funcional; MASC = Multidimensional Anxiety Scale for Children; OCI-CV = Obsessive Compulsive Inventory-Child Version; TOC= Trastorno Obsesivo-Compulsivo

**Tabla 1** (continuación)

Autores y año	Participantes	Objetivos	Instrumentos de evaluación	Principales resultados
Storch et al., (2012)	-N=86 -Sexo: 56% niños -Rango de edad: 6-16 años -Edad media: 11.12 años -País: EE.UU. Muestra clínica. -Niños con TOC junto a su cuidador principal.	-Examinar las características de los ataques de rabia que se dan en niños con TOC.  -Analizar las asociaciones entre la rabia y las características clínicas.	-TOC: CGI-S; CSDS-C/P; CY-BOCS  -AF: 13 ítems de AF.	-La AF predijo la gravedad del TOC. La gravedad de la ira afecta a la gravedad del TOC y al deterioro funcional incrementando primero la AF. -La AF predijo el deterioro funcional asociado al TOC. -La gravedad de la ira estuvo fuertemente asociada a AF. -Gravedad de la ira y gravedad del TOC predijeron AF -La gravedad de la ira predijo la gravedad del TOC y la AF.

*Nota.* AF= Acomodación Familiar; CGI-S = Clinical Global Impression - Severity; CSDS-C/P = Child Sheehan Disability Scale - Child/Parent; CY-BOCS = Children's Yale-Brown Obsessive Compulsive Scale; TOC = Trastorno Obsesivo Compulsivo.

## Anexo B: Herramientas para la propuesta de intervención

**Figura 1**

*Termómetro del miedo*



*Nota.* De *Tratamiento del TOC en niños y adolescentes*, por A. Gavino, R. Nogueira, y A. Godoy, 2015, Ediciones Pirámide. Copyright 2015 by Ediciones Pirámide.

**Figura 2***Ejemplo de autorregistro de Acomodación Familiar para padres*

Fecha/ Hora	Situación	Pensamiento	Emoción	Conducta de Acomodación Familiar	Pensamiento y acción alternativos/ emoción
21/05 19:37	Volviendo a casa después de visitar a unos amigos	No pensé que fuera a importar, pero debería haberlo pensado mejor	Culpa 40%	Hemos evitado pasar por el parque para que Juan no se ponga nervioso por la suciedad	Esta vez no me he dado cuenta, pero a partir de ahora estaré más atenta para no cambiar de ruta
22/05 14:15	Juan ha montado un berrinche porque no me he lavado las manos como él quería antes de cocinar.	Esto no va a cambiar nunca. No sé qué hacer, soy una madre horrible.	Impotencia 85% Frustración 70% Ganas de llorar 45%	Me dan ganas de lavarme las manos otra vez de la manera que él quiere.	En realidad es probable que cambie si no hago lo que me dice. El berrinche se le pasará, pero si no lo ayudo seguirá teniendo berrinches. Es mejor que no me lave las manos. Impotencia 30%

## **Anexo C: Instrumentos de evaluación del programa de intervención**

Versión para los padres de la *Child Obsessive Compulsive Disorder Impact Scale-Revised* (COIS-RC; Peris y Piacentini, 2016).

## Child Obsessive Compulsive Disorder Impact Scale–Revised

### Parent Report Form

Name: \_\_\_\_\_ Age: \_\_\_\_\_ Date: \_\_\_\_\_

Please rate how much your child's obsessive compulsive symptoms (unwanted thoughts and/or rituals) have caused problems for him or her in the following areas over the past month. If a specific question does not apply, mark "Not at all."

<b>In the past month, how much trouble has your child had doing the following things because of his or her OCD?</b>	<b>Not at all</b>	<b>Just a Little</b>	<b>Pretty Much</b>	<b>Very Much</b>
1. Taking tests or exams	<input type="radio"/> 0	<input type="radio"/> 1	<input type="radio"/> 2	<input type="radio"/> 3
2. Being with a group of strangers	<input type="radio"/> 0	<input type="radio"/> 1	<input type="radio"/> 2	<input type="radio"/> 3
3. Leaving the house	<input type="radio"/> 0	<input type="radio"/> 1	<input type="radio"/> 2	<input type="radio"/> 3
4. Going shopping or trying on clothes	<input type="radio"/> 0	<input type="radio"/> 1	<input type="radio"/> 2	<input type="radio"/> 3
5. Making new friends	<input type="radio"/> 0	<input type="radio"/> 1	<input type="radio"/> 2	<input type="radio"/> 3
6. Going to a friend's house during the day	<input type="radio"/> 0	<input type="radio"/> 1	<input type="radio"/> 2	<input type="radio"/> 3
7. Writing in class	<input type="radio"/> 0	<input type="radio"/> 1	<input type="radio"/> 2	<input type="radio"/> 3
8. Eating in public other than a restaurant, like on a picnic, in the park, or at a friend's house	<input type="radio"/> 0	<input type="radio"/> 1	<input type="radio"/> 2	<input type="radio"/> 3
9. Doing fun things during recess or free time	<input type="radio"/> 0	<input type="radio"/> 1	<input type="radio"/> 2	<input type="radio"/> 3
10. Getting to school on time in the morning	<input type="radio"/> 0	<input type="radio"/> 1	<input type="radio"/> 2	<input type="radio"/> 3

Tara S. Peris, John Piacentini  
Helping Families Manage Childhood OCD.  
© 2016 by Oxford University Press

Oxford Clinical Psychology | Oxford University Press

Downloaded from https://academic.oup.com/book/11531/chapter/138232253 by guest on 21 July 2024

11. Going on a date  0  1  2  3
12. Visiting relatives  0  1  2  3
13. Getting ready for bed at night  0  1  2  3
14. Getting along with his/her parents  0  1  2  3
15. Getting along with his/her brothers or sisters  0  1  2  3
16. Being with a group of people that he/she knows  0  1  2  3
17. Going on a family vacation  0  1  2  3
18. Having relatives visit  0  1  2  3
19. Doing chores that he/she is asked to do, like washing the dishes, taking the garbage out, or cleaning his/her room  0  1  2  3
20. Concentrating on his/her work  0  1  2  3
21. Going to a restaurant or fast food place  0  1  2  3
22. Having a boyfriend/girlfriend  0  1  2  3
23. Going to temple or church  0  1  2  3
24. Going to school outings or field trips  0  1  2  3
25. Keeping friends he/she already has  0  1  2  3
26. Eating lunch with other kids  0  1  2  3
27. Having someone spend the night at his/her house  0  1  2  3
28. Being prepared for class, e.g., having his/her books, paper or pencils ready when needed  0  1  2  3
29. Spending the night at a friend's house  0  1  2  3
30. Bathroom or grooming (brushing his/her teeth or combing his/her hair) in the morning  0  1  2  3
31. Completing assignments in class  0  1  2  3
32. Doing homework  0  1  2  3
33. Getting dressed in the morning  0  1  2  3

From Piacentini, J., Peris, S., Bergman, L., Chang, & Jaffer. (2007). Functional Impairment in Childhood OCD: Development and Psychometrics Properties of the Child Obsessive-Compulsive Impact Scale-Revised (COIS-R), *Journal of Clinical Child and Adolescent Psychology*. 36(4) pp 645–653. Reprinted by permission of Taylor & Francis Ltd., <http://www.tandfonline.com>.

Versión para los niños de la *Child Obsessive Compulsive Disorder Impact Scale-Revised* (COIS-RC; Peris y Piacentini, 2016).

## Child Obsessive Compulsive Disorder Impact Scale-Revised (COIS-RC)

### Child Report

Name: \_\_\_\_\_ Age: \_\_\_\_\_ Date: \_\_\_\_\_

Please rate how much your obsessive compulsive symptoms (unwanted thoughts and/or rituals) have caused problems for you in the following areas over the past month. If a specific question does not apply, mark “Not at all.”

In the past month, how much trouble have you had doing the following things because of your OCD?	Not at all	Just a Little	Pretty Much	Very Much
1. Taking tests or exams	<input type="radio"/> 0	<input type="radio"/> 1	<input type="radio"/> 2	<input type="radio"/> 3
2. Being with a group of strangers	<input type="radio"/> 0	<input type="radio"/> 1	<input type="radio"/> 2	<input type="radio"/> 3
3. Being absent from school	<input type="radio"/> 0	<input type="radio"/> 1	<input type="radio"/> 2	<input type="radio"/> 3
4. Going shopping or trying on clothes	<input type="radio"/> 0	<input type="radio"/> 1	<input type="radio"/> 2	<input type="radio"/> 3
5. Making new friends	<input type="radio"/> 0	<input type="radio"/> 1	<input type="radio"/> 2	<input type="radio"/> 3
6. Going to a friend’s house during the day	<input type="radio"/> 0	<input type="radio"/> 1	<input type="radio"/> 2	<input type="radio"/> 3
7. Writing in class	<input type="radio"/> 0	<input type="radio"/> 1	<input type="radio"/> 2	<input type="radio"/> 3
8. Eating in public other than a restaurant, like on a picnic, in the park, or at a friend’s house	<input type="radio"/> 0	<input type="radio"/> 1	<input type="radio"/> 2	<input type="radio"/> 3
9. Eating meals at home	<input type="radio"/> 0	<input type="radio"/> 1	<input type="radio"/> 2	<input type="radio"/> 3

Tara S. Peris, John Piacentini  
 Helping Families Manage Childhood OCD.  
 © 2016 by Oxford University Press

Oxford Clinical Psychology | Oxford University Press

- |  |                         |                         |                         |                         |
|--|-------------------------|-------------------------|-------------------------|-------------------------|
| 10. Getting to school on time in the morning   | <input type="radio"/> 0 | <input type="radio"/> 1 | <input type="radio"/> 2 | <input type="radio"/> 3 |
| 11. Going on a date  | <input type="radio"/> 0 | <input type="radio"/> 1 | <input type="radio"/> 2 | <input type="radio"/> 3 |
| 12. Visiting relatives   | <input type="radio"/> 0 | <input type="radio"/> 1 | <input type="radio"/> 2 | <input type="radio"/> 3 |
| 13. Going to the bathroom  | <input type="radio"/> 0 | <input type="radio"/> 1 | <input type="radio"/> 2 | <input type="radio"/> 3 |
| 14. Watching television or listening to music  | <input type="radio"/> 0 | <input type="radio"/> 1 | <input type="radio"/> 2 | <input type="radio"/> 3 |
| 15. Reading books or magazines for fun   | <input type="radio"/> 0 | <input type="radio"/> 1 | <input type="radio"/> 2 | <input type="radio"/> 3 |
| 16. Being with a group of people you know  | <input type="radio"/> 0 | <input type="radio"/> 1 | <input type="radio"/> 2 | <input type="radio"/> 3 |
| 17. Going on a family vacation   | <input type="radio"/> 0 | <input type="radio"/> 1 | <input type="radio"/> 2 | <input type="radio"/> 3 |
| 18. Having relatives visit   | <input type="radio"/> 0 | <input type="radio"/> 1 | <input type="radio"/> 2 | <input type="radio"/> 3 |
| 19. Having a friend come to your house during the day                                      | <input type="radio"/> 0 | <input type="radio"/> 1 | <input type="radio"/> 2 | <input type="radio"/> 3 |
| 20. Concentrating on your work   | <input type="radio"/> 0 | <input type="radio"/> 1 | <input type="radio"/> 2 | <input type="radio"/> 3 |
| 21. Going to a restaurant or fast food place   | <input type="radio"/> 0 | <input type="radio"/> 1 | <input type="radio"/> 2 | <input type="radio"/> 3 |
| 22. Having a boyfriend/girlfriend  | <input type="radio"/> 0 | <input type="radio"/> 1 | <input type="radio"/> 2 | <input type="radio"/> 3 |
| 23. Going to the movies  | <input type="radio"/> 0 | <input type="radio"/> 1 | <input type="radio"/> 2 | <input type="radio"/> 3 |
| 24. Getting to classes on time during the day  | <input type="radio"/> 0 | <input type="radio"/> 1 | <input type="radio"/> 2 | <input type="radio"/> 3 |
| 25. Keeping friends you already have   | <input type="radio"/> 0 | <input type="radio"/> 1 | <input type="radio"/> 2 | <input type="radio"/> 3 |
| 26. Eating lunch with other kids   | <input type="radio"/> 0 | <input type="radio"/> 1 | <input type="radio"/> 2 | <input type="radio"/> 3 |
| 27. Having someone spend the night at your house   | <input type="radio"/> 0 | <input type="radio"/> 1 | <input type="radio"/> 2 | <input type="radio"/> 3 |
| 28. Being prepared for class, e.g., having your books, paper, or pencils ready when needed | <input type="radio"/> 0 | <input type="radio"/> 1 | <input type="radio"/> 2 | <input type="radio"/> 3 |
| 29. Talking on the phone   | <input type="radio"/> 0 | <input type="radio"/> 1 | <input type="radio"/> 2 | <input type="radio"/> 3 |
| 30. Bathroom or grooming (brushing your teeth or combing his/her hair) in the morning      | <input type="radio"/> 0 | <input type="radio"/> 1 | <input type="radio"/> 2 | <input type="radio"/> 3 |
| 31. Completing assignments in class  | <input type="radio"/> 0 | <input type="radio"/> 1 | <input type="radio"/> 2 | <input type="radio"/> 3 |
| 32. Doing homework   | <input type="radio"/> 0 | <input type="radio"/> 1 | <input type="radio"/> 2 | <input type="radio"/> 3 |
| 33. Getting good grades  | <input type="radio"/> 0 | <input type="radio"/> 1 | <input type="radio"/> 2 | <input type="radio"/> 3 |

From Piacentini, J., Peris, S., Bergman, L., Chang, & Jaffer. (2007). Functional Impairment in Childhood OCD: Development and Psychometrics Properties of the Child Obsessive-Compulsive Impact Scale-Revised (COIS-R), *Journal of Clinical Child and Adolescent Psychology*, 36(4) pp 645–653. Reprinted by permission of Taylor & Francis Ltd., <http://www.tandfonline.com>.

**Escala de Acomodación Familiar (EAF) - Versión adaptada al español de la *Family Accommodation Scale* (FAS; Calvocoressi et al., 1999)**

**ESCALA DE ACOMODACIÓN FAMILIAR (EAF)**

Calvocoressi L, Mazure C, Kasl S, Skolnick J, Fiswk D, Vegsko S, et al. Family accommodation of obsessive-compulsive symptoms: instrument development and assessment of family behavior. *J Nervous Mental Dis* 1999;187:632-42.

La valoración de la acomodación familiar en la sintomatología Obsesivo-Compulsiva es una buena medida de la participación e impacto en la familia de la sintomatología del Trastorno Obsesivo Compulsivo (TOC), y permite evaluar la necesidad y el tipo de intervenciones familiares específicas requeridas.

Tipo de Acomodación Familiar a los síntomas del TOC	PUNTUACIÓN				
	Nada /No Aplica	Leve	Moderado	Severo	Grave
	0	1	2	3	4
1. Proporcionar seguridad al paciente					
2. Observar (vigilar) al paciente deliberadamente completando sus rituales					
3. Esperar por el paciente					
4. Abstenerse de decir o hacer cosas					
5. Facilitar la evitación					
6. Facilitar las compulsiones / Rituales / Evitación					
7. Participar en las Compulsiones / Rituales / Evitación					
8. Ayudar en tareas simples					
9. Tolerar conductas extrañas o perturbación del hogar					
10. Modificar la rutina personal					
11. Modificar la rutina familiar					
12. Asumir responsabilidades del paciente					

**Puntaje Total:** \_\_\_\_\_ /48

**Yale-Brown Obsessive Compulsive Scale (CY-BOCS; Scahill et al., 1997)**

Name \_\_\_\_\_ Date \_\_\_\_\_

**CY-BOCS OBSESSIONS CHECKLIST**

**Check all items that apply (Item marked "\*" may or not be OCD phenomena.)**

- | <u>Current</u> | <u>Past</u> | <u>Contamination Obsessions</u>  |
|----------------|-------------|--|
| ___            | ___         | Concern with dirt, germs, certain illnesses (e.g., AIDS)                                   |
| ___            | ___         | Concerns or disgust with bodily waste or secretions (e.g., urine, feces, saliva)           |
| ___            | ___         | Excessive concern with environmental contaminants (e.g., asbestos, radiation, toxic waste) |
| ___            | ___         | Excessive concern with household items (e.g., cleaners, solvents)                          |
| ___            | ___         | Excessive concern about animals/insects  |
| ___            | ___         | Excessively bothered by sticky substances or residues                                      |
| ___            | ___         | Concerned will get ill because of contaminant  |
| ___            | ___         | Concerned will get others ill by spreading contaminant (aggressive)                        |
| ___            | ___         | No concern with consequences of contamination other than how it might feel *               |
| ___            | ___         | Other (Describe) _____   |

- |     |     | <u>Aggressive Obsessions</u>  |
|-----|-----|---|
| ___ | ___ | Fear might harm self  |
| ___ | ___ | Fear might harm others  |
| ___ | ___ | Fear harm will come to self   |
| ___ | ___ | Fear harm will come to others (may be because something child did or did not do)            |
| ___ | ___ | Violent or horrific images  |
| ___ | ___ | Fear of blurting out obscenities or insults   |
| ___ | ___ | Fear of doing something else embarrassing *   |
| ___ | ___ | Fear will act on unwanted impulses (e.g. to stab a family member)                           |
| ___ | ___ | Fear will steal things  |
| ___ | ___ | Fear will be responsible for something else terrible happening (e.g. fire, burglary, flood) |
| ___ | ___ | Other (Describe) _____  |

- |   |     | <u>Sexual Obsessions</u>                                |
|---|-----|---|
| [Are you having any sexual thoughts? If yes, are they routine or are they repetitive thoughts that you would rather not have or find disturbing? If yes, are they:] |     |   |
| ___   | ___ | Forbidden or perverse sexual thoughts, images, impulses |
| ___   | ___ | Content involves homosexuality *                        |
| ___   | ___ | Sexual behavior towards others (Aggressive)             |
| ___   | ___ | Other (Describe) _____                                  |

- |     |     | <u>Hoarding/Saving Obsessions</u> |
|-----|-----|-----------------------------------|
| ___ | ___ | Fear of losing things             |
| ___ | ___ | Other (Describe) _____            |

- |     |     | <u>Magical Thoughts/Superstitious Obsessions</u> |
|-----|-----|--|
| ___ | ___ | Lucky/unlucky numbers, colors, words             |
| ___ | ___ | Other (Describe) _____                           |

**Current Past Somatic Obsessions**

- \_\_\_ \_\_\_ Excessive concern with illness or disease \*  
\_\_\_ \_\_\_ Excessive concern with body part or aspect of appearance (e.g., dysmorphophobia) \*  
\_\_\_ \_\_\_ Other (Describe) \_\_\_\_\_

**Religious Obsessions (Scrupulosity)**

- \_\_\_ \_\_\_ Excessive concern or fear of offending religious objects (God)  
\_\_\_ \_\_\_ Excessive concern with right/wrong, morality  
\_\_\_ \_\_\_ Other (Describe) \_\_\_\_\_

**Miscellaneous Obsessions**

- \_\_\_ \_\_\_ The need to know or remember  
\_\_\_ \_\_\_ Fear of saying certin things  
\_\_\_ \_\_\_ Fear of not saying just the right thing  
\_\_\_ \_\_\_ Intrusive (non-violent) images  
\_\_\_ \_\_\_ Intrusive sounds, words, music, or numbers  
\_\_\_ \_\_\_ Other (Describe) \_\_\_\_\_

**TARGET SYMPTOM LIST FOR OBSESSIONS**

**Obsessions (Describe, listing by order of severity, with #1 being the most severe, #2 the second most severe, etc.):**

1. \_\_\_\_\_
2. \_\_\_\_\_
3. \_\_\_\_\_
4. \_\_\_\_\_

**QUESTIONS ON OBSESSIONS (ITEMS 1-5)** "I AM NOW GOING TO ASK YOU QUESTIONS ABOUT THE THOUGHTS YOU CANNOT STOP THINKING ABOUT." (Review for the informant(s) the Target Symptoms and refer to them while asking questions 1-5).

1. Time Occupied by Obsessive Thoughts

- How much time do you spend thinking about these things?  
(When obsessions occur as brief, intermittent intrusions, it may be impossible to assess time occupied by them in terms of total hours. In such cases, estimate time by determining how frequently they occur. Consider both the number of times the intrusions occur and how many hours of the day are affected).
- How frequently do these thoughts occur?  
[Exclude ruminations and preoccupations which, unlike obsessions, are ego-syntonic and rational (but exaggerated).]

0 - NONE

1 - MILD                      less than 1 hr/day or occasional intrusion

2 - MODERATE              1 to 3 hrs/day or frequent intrusion

3 - SEVERE                   greater than 3 and up to 8 hrs/day or very frequent intrusion

4 - EXTREME                greater than 8 hrs/day or near constant intrusion

1B. Obsession-free Interval (not included in total score)

- On average, what is the longest amount of time per day that you are not bothered by obsessive thoughts?

0 - NONE

1 - MILD                      long symptom free intervals, more than 8 consecutive hrs/day symptom-free

2 - MODERATE              moderately long symptom-free intervals, more than 3 and up to 8 hrs/day

3 - SEVERE                   brief symptom-free intervals, from 1 to 3 consecutive hrs/day symptom-free

4 - EXTREME                less than 1 consecutive hr/day symptom free

2. Interference due to Obsessive Thoughts

- How much do these thoughts get in the way of school or doing things with friends?
- Is there anything that you don't do because of them?  
(If currently not in school determine how much performance would be affected if patient were in school.)

0 - NONE

1 - MILD                      slight interference with social or school activities, overall performance not impaired

2 - MODERATE              definite interference with social or school performance, but still manageable

3 - SEVERE                   causes substantial impairment in social or school performance

4 - EXTREME                incapacitating

3. Distress Associated with Obsessive Thoughts

- How much do these thoughts bother or upset you?

(Only rate anxiety/frustration that seems triggered by obsessions, not generalized anxiety or anxiety associated with other symptoms.)

0 - NONE

1 - MILD                      infrequent, and not too disturbing

2 - MODERATE              frequent, and disturbing, but still manageable

3 - SEVERE                   very frequent, and very disturbing

4 - EXTREME                near constant, and disabling distress/frustration

4. Resistance Against Obsessions

- How hard do you try to stop the thoughts or ignore them?

(Only rate effort made to resist, not success or failure in actually controlling the obsessions. How much patient resists the obsessions may or may not correlate with their ability to control them. Note that this item does not directly measure the severity of the intrusive thoughts; rather it rates a manifestation of health, i.e., the effort the patient makes to counteract the obsessions. Thus, the more the patient tries to resist, the less impaired is this aspect of his functioning. If the obsessions are minimal, the patient may not feel the need to resist them. In such cases, a rating of "0" should be given.)

0 – NONE                      makes an effort to always resist, or symptoms so minimal doesn't need to actively resist.

1 - MILD                      tries to resist most of the time

2 - MODERATE              makes some effort to resist

3 - SEVERE                   yields to all obsessions without attempting to control them, but does so with some reluctance

4 – EXTREME                completely and willingly yields to all obsessions

5. Degree of Control Over Obsessive Thoughts

- When you try to fight the thoughts, can you beat them?

- How much control do you have over the thoughts?

(In contrast to the preceding item on resistance, the ability of the patient to control his obsessions is more closely related to the severity of the intrusive thoughts.)

0 - COMPLETE CONTROL

1 - MUCH CONTROL           usually able to stop or divert obsessions with some effort and concentration.

2 - MODERATE CONTROL sometimes able to stop or divert obsessions

3 - LITTLE CONTROL       rarely successful in stopping obsessions, can only divert attention with difficulty

4 - NO CONTROL            experienced as completely involuntary, rarely able to even momentarily divert thinking

Name \_\_\_\_\_ Date \_\_\_\_\_

**CY-BOCS COMPULSIONS CHECKLIST**

**Check all items that apply (Item marked "\*" may or not be OCD phenomena.)**

**Current Past Washing/Cleaning Compulsions**

- \_\_\_ \_\_\_ Excessive or ritualized handwashing
- \_\_\_ \_\_\_ Excessive or ritualized showering, bathing, toothbrushing, grooming, or toilet routine
- \_\_\_ \_\_\_ Excessive cleaning of items; such as personal clothes or important objects
- \_\_\_ \_\_\_ Other measures to prevent or remove contact with contaminants
- \_\_\_ \_\_\_ Other (Describe) \_\_\_\_\_

**Checking Compulsions**

- \_\_\_ \_\_\_ Checking locks, toys, school books/items, etc.
- \_\_\_ \_\_\_ Checking associated with getting washed, dressed, or undressed.
- \_\_\_ \_\_\_ Checking that did not/will not harm others
- \_\_\_ \_\_\_ Checking that did not/will not harm self
- \_\_\_ \_\_\_ Checking that nothing terrible did/will happen
- \_\_\_ \_\_\_ Checking that did not make mistake
- \_\_\_ \_\_\_ Checking tied to somatic obsessions
- \_\_\_ \_\_\_ Other (Describe) \_\_\_\_\_

**Repeating Rituals**

- \_\_\_ \_\_\_ Rereading, erasing, or rewriting
- \_\_\_ \_\_\_ Need to repeat routine activities (e.g. in/out doors, up/down from chair)
- \_\_\_ \_\_\_ Other (Describe) \_\_\_\_\_

**Counting Compulsions**

- \_\_\_ \_\_\_ Objects, certain numbers, words, etc.
- \_\_\_ \_\_\_ Describe: \_\_\_\_\_

**Ordering/Arranging**

- \_\_\_ \_\_\_ Need for symmetry/evening up (e.g., lining items up a certain way or arranging personal items in specific patterns)
- \_\_\_ \_\_\_ Other (Describe) \_\_\_\_\_

**Hoarding/Saving Compulsion**

- \_\_\_ \_\_\_ [distinguish from hobbies and concern with objects of monetary or sentimental value]
- \_\_\_ \_\_\_ Difficulty throwing things away, saving bits of paper, string, etc.
- \_\_\_ \_\_\_ Other (Describe) \_\_\_\_\_

**Excessive Games/Superstitious Behaviors**

- \_\_\_ \_\_\_ [distinguish from age appropriate magical games]
- \_\_\_ \_\_\_ (e.g., array of behavior, such as stepping over certain spots on a floor, touching an object/self certain number of times as a routine game to avoid something bad from happening.)
- \_\_\_ \_\_\_ Other (Describe) \_\_\_\_\_

**Current Past Rituals Involving Other Persons**

The need to involve another person (usually a parent) in ritual (e.g., asking a parent to repeatedly answer the same question, making mother perform certain meal time-rituals involving specific utensils).\*

\_\_\_ \_\_\_ Other (Describe) \_\_\_\_\_

**Miscellaneous Compulsions**

\_\_\_ \_\_\_ Mental rituals (other than checking/counting)

\_\_\_ \_\_\_ Need to tell, ask, or confess

\_\_\_ \_\_\_ Measures (not checking) to prevent harm to self\_\_\_; harm to others\_\_\_; terrible consequences \_\_\_

\_\_\_ \_\_\_ Ritualized eating behaviors \*

\_\_\_ \_\_\_ Excessive list making \*

\_\_\_ \_\_\_ Need to touch, tap, rub \*

\_\_\_ \_\_\_ Need to do things (e.g., touch or arrange) until it feels just right) \*

\_\_\_ \_\_\_ Rituals involving blinking or staring \*

\_\_\_ \_\_\_ Trichotillomanis (hair-pulling) \*

\_\_\_ \_\_\_ Other self-damaging or self-mutilating behaviors \*

\_\_\_ \_\_\_ Other (Describe) \_\_\_\_\_

**TARGET SYMPTOM LIST FOR COMPULSIONS**

**Compulsions (Describe, listing by order of severity, with #1 being the most severe, #2 second most severe, etc.):**

1. \_\_\_\_\_

2. \_\_\_\_\_

3. \_\_\_\_\_

4. \_\_\_\_\_

**QUESTIONS ON COMPULSIONS (ITEMS 6-10)** "I AM NOW GOING TO ASK YOU QUESTIONS ABOUT THE HABITS YOU CAN'T STOP." (Review for the informant(s) the Target Symptoms and refer to them while asking questions 6-10).

**6A. Time Spent Performing Compulsive Behaviors**

- How much time do you spend doing these things?
- How much longer than most people does it take to complete your usual daily activities because of the habits?  
(When compulsions occur as brief, intermittent behaviors, it may be impossible to assess time spent performing them in terms of total hours. In such cases, estimate time by determining how frequently they are performed. Consider both the number of times compulsions are performed and how many hours of the day are affected.)
- How often do you do these habits?  
[In most cases compulsions are observable behaviors (e.g., handwashing), but there are instances in which compulsions are not observable (e.g., silent checking).]

0 - NONE

1 - MILD (spends less than 1 hr/day performing compulsions), or occasional performance of compulsive behaviors

2 - MODERATE (spends from 1 to 3 hrs/day performing compulsions), or frequent performance of compulsive behaviors

3 - SEVERE (spends more than 3 and up to 8 hrs/day performing compulsions), or very frequent performance of compulsive behaviors

4 - EXTREME (spends more than 8 hrs/day performing compulsions), or near constant performance of compulsive behaviors (too numerous to count).

**6B. Compulsion-free Interval**

- How long can you go without performing compulsive behavior?  
[If necessary ask: What is the longest block of time in which (your habits) compulsions are absent?]

0 - NO SYMPTOMS

1 - MILD long symptom-free interval, more than 8 consecutive hrs/day symptom-free

2 - MODERATE moderately long symptom-free interval, more than 3 and up to 8 consecutive hrs/day symptom-free.

3 - SEVERE short symptom-free interval, from 1 to 3 consecutive hrs/day symptom free

4 - EXTREME less than 1 consecutive hr/day symptom-free

7. Interference due to Compulsive Behaviors

- How much do these habits get in the way of school or doing things with friends?
- Is there anything you don't do because of them?  
(If currently not in school, determine how much performance would be affected if patient were in school.)

0 - NONE

1 - MILD                    slight, interference with social or school activities, but overall performance not impaired

2 – MODERATE            definite interference with social or school performance, but still manageable

3 - SEVERE                causes substantial impairment in social or school performance

4 - EXTREME              incapacitating

8. Distress Associated with Compulsive Behavior

- How would you feel if prevented from carrying out your habits?
- How upset would you become?  
(Rate degree of distress/frustration patient would experience if performance of the compulsion were suddenly interrupted without reassurance offered. In most, but not all cases, performing compulsions reduces anxiety /frustration.)
- How upset do you get while carrying out your habits until you are satisfied?

0 - NONE

1 - MILD                    only slightly anxious/frustrated if compulsions prevented, or only slight anxiety/frustration during performance of compulsions.

2 - MODERATE            reports that anxiety/frustration would mount but remain manageable if compulsions prevented. Anxiety/frustration increases but remains manageable during performance of compulsions.

3 - SEVERE                prominent and very disturbing increase in anxiety/frustration if compulsions interrupted. Prominent and very disturbing increase in anxiety /frustration during performance of compulsions.

4 - EXTREME              incapacitating anxiety/frustration from any intervention aimed at modifying activity. Incapacitating anxiety/frustration develops during performance of compulsions.

9. Resistance Against Compulsions

- How much do you try to fight the habits?

(Only rate effort made to resist, not success or failure in actually controlling the compulsions. How much the patient resists the compulsions may or may not correlate with his ability to control them. Note that this item does not directly measure the severity of the compulsions; rather it rates a manifestation of health, i.e., the effort the patient makes to counteract the compulsions. Thus, the more the patient tries to resist, the less impaired is this aspect of their functioning. If the compulsions are minimal, the patient may not feel the need to resist them. In such cases, a rating of "0" should be given.)

0 - NONE	Makes an effort to always resist, or symptoms so minimal doesn't need to actively resist.
1 - MILD	Tries to resist most of the time.
2 - MODERATE	Makes some effort to resist
3 - SEVERE	Yields to almost all compulsions without attempting to control them, but does so with some reluctance.
4 - EXTREME	completely and willingly yields to all compulsions

10. Degree of Control over Compulsive Behavior

- How strong is the feeling that you have to carry out the habit(s)?
- When you try to fight them what happens?

(For the advanced child ask:)

- How much control do you have over the habits?

(In contrast to the preceding item on resistance, the ability of the patient to control his compulsions is closely related to the severity of the compulsions.)

0 - COMPLETE CONTROL	
1 - MUCH CONTROL	experiences pressure to perform the behavior, but usually able to exercise voluntary control over it
2 - MODERATE CONTROL	moderate control, strong pressure to perform behavior, can control it only with difficulty
3 - LITTLE CONTROL	little control, very strong drive to perform behavior, must be carried to completion, can only delay with difficulty
4 - NO CONTROL	no control, drive to perform behavior experienced as completely involuntary and overpowering, rarely able to delay activity (even momentarily)

**CHILDREN'S YALE-BROWN OBSESSIVE COMPULSIVE SCALE**

Patient Name \_\_\_\_\_ Date \_\_\_\_\_ Patient ID \_\_\_\_\_  
 Rater \_\_\_\_\_

1. TIME SPENT ON OBSESIONS	0	1	2	3	4
1b. OBSESSION-FREE INTERVAL	No Symptoms	Long	Moderately Long	Short	Extremely Short
(do not add to subtotal or total score)	0	1	2	3	4
2. INTERFERENCE FROM OBSESIONS	0	1	2	3	4
3. DISTRESS OF OBSESIONS	0	1	2	3	4
4. RESISTANCE	Always resists				Completely yields
	0	1	2	3	4
5. CONTROL OVER OBSESIONS	Complete control	Much control	Moderate control	Little control	No control
	0	1	2	3	4

OBSESSION SUBTOTAL (add items 1-5) [ ]

6. TIME SPENT ON COMPULSIONS	0	1	2	3	4
6b. COMPULSION-FREE INTERVAL	No Symptoms	Long	Moderately Long	Short	Extremely Short
(do not add to subtotal or total score)	0	1	2	3	4
7. INTERFERENCE FROM COMPULSION	0	1	2	3	4
8. DISTRESS FROM COMPULSIONS	0	1	2	3	4
9. RESISTANCE	Always resists				Completely yields
	0	1	2	3	4
10. CONTROL OVER COMPULSIONS	Complete control	Much control	Moderate control	Little control	No control
	0	1	2	3	4

COMPULSION SUBTOTAL (add items 6-10) [ ]

19. RELIABILITY EXCELLENT = 0 GOOD = 1 FAIR = 2 POOR = 3  
 EXCELLENT = no reason to suspect data unreliable; GOOD = factor(s) that may adversely affect reliability;  
 FAIR = factor(s) that definitely reduce reliability; POOR = very low reliability.