

S. Otero¹
A. Rivas²

Adaptación y validación de la Escala de Acomodación Familiar a los síntomas del trastorno obsesivo-compulsivo en una muestra de adolescentes españoles

¹Unidad de Salud Mental Infanto-Juvenil
Servicio de Psiquiatría y Psicología
Hospital de Marqués de Valdecilla
Santander

²Centro de Rehabilitación Psicosocial
Consortio Hospitalario
Salamanca

Introducción. La participación de la familia en la sintomatología obsesivo-compulsiva de los pacientes con trastorno obsesivo-compulsivo (TOC) es un aspecto ampliamente identificado en la clínica, pero poco estudiado. Para valorar la «acomodación» a los síntomas y su repercusión en la vida familiar se ha creado la entrevista *Family Accommodation Scale* (FAS) para los síntomas del TOC. EL presente estudio tiene como objetivos presentar la traducción, adaptación y validación de la FAS en una muestra española de adolescentes con TOC.

Método. Se trata de un estudio de seguimiento a 12 meses de una muestra de 20 adolescentes con diagnóstico de TOC y sus familias, que inician tratamiento en un servicio de salud mental infantojuvenil ambulatorio.

Resultados. La medida de la fiabilidad de la escala obtiene buenos valores (alfa de Cronbach de 0,87, correlación entre las dos mitades de 0,81 [*Guttman split-half model*]). Las medidas de la validez concurrente presentan buenos niveles de correlación con otras medidas de gravedad de la sintomatología del TOC, tanto al inicio del tratamiento como al seguimiento a los 12 meses. No hay diferencias significativas en las puntuaciones de la acomodación familiar entre el grupo de pacientes cuyos padre y/o madre tienen rasgos o clínica de TOC y el grupo cuyos padres no presentan esta condición. Los resultados apoyan la hipótesis de que la entrevista de valoración de la acomodación/implicación familiar en la sintomatología del TOC, en su adaptación española, del mismo modo que la original, es una buena medida de la participación de la familia en la sintomatología obsesivo-compulsiva de los chicos/as con TOC, con buenos niveles de fiabilidad y validez.

Palabras clave:
Trastorno obsesivo-compulsivo. Relaciones familiares. Adolescencia.

Actas Esp Psiquiatr 2007;35(2):99-104

Adaptation and validation of the Family Accommodation Scale for obsessive-compulsive symptoms in a sample of Spanish adolescents

Introduction. Family influence and involvement in the obsessive-compulsive symptoms of their relatives are widely recognized in clinical practice although there is a very little research investigating those variables. The Family Accommodation (FAS) for obsessive-compulsive symptoms is an interview developed to evaluate those aspects of family interactions. The aim of this study is to present the Spanish translation, adaptation and validation of the FAS in a sample of Spanish adolescents.

Method. This is a 12 month follow-up study of 20 adolescents diagnosed of obsessive-compulsive disorder (OCD), and their families, who started treatment in a child and adolescent mental health outpatient unit.

Results. The reliability measurement of the scale obtains good values (Cronbach's alpha is 0.87, Guttman split-half is 0.81). Measurement of convergent validity has good correlation levels with other measures of OCD symptoms severity, both at the onset of the treatment as well as at the 12 month follow-up. There are no significant differences in FAS scores between families whose mother and/or father exhibit OCD symptoms of their own and those without this condition. The results support the hypothesis that the evaluation interview of the Spanish adaptation of the family accommodation/involvement in OCD symptoms, as the original, is a reliable and valid measure of family participation in obsessive-compulsive symptoms of adolescent with OCD.

Key words:
Obsessive-compulsive disorder. Family-relations. Adolescence.

Correspondencia:
Soraya Otero
Unidad de Salud Mental Infanto-Juvenil
Servicio de Psiquiatría y Psicología
Hospital Marqués de Valdecilla
39060 Santander
Correo electrónico: soter@humv.es

INTRODUCCIÓN

La participación de la familia en la sintomatología obsesivo-compulsiva de los pacientes con trastorno obsesivo-compulsivo (TOC) es un aspecto ampliamente detectado en la clínica. Los familiares responden repetidamente a las necesidades de ser tranquilizados de sus allegados, son requeridos para que participen

en rituales de «limpieza» o tienen que aceptar que sus hogares se conviertan en almacenes de objetos sin utilidad aparente¹⁻³. Esta situación puede relacionarse con un alto nivel de tensión y conflicto familiar, contribuir a mantener y reforzar la sintomatología del TOC e interferir en el curso del tratamiento.

La interacción de variables familiares y TOC ha sido valorada desde diferentes perspectivas.

Por un lado, los estudios «clásicos» sobre agregación familiar indican que entre el 18 y el 30 % de los familiares de pacientes con TOC padecen un TOC o síntomas subclínicos y mayor riesgo de patologías relacionadas^{4,5}. Otros autores resaltan el papel de los factores ambientales: el contexto familiar puede ser un factor de riesgo para el inicio, desarrollo y mantenimiento del trastorno⁶. El estilo parental, la emoción expresada o la acomodación a los síntomas han sido el tipo de variables más analizadas y consideradas objetivos de intervención⁷. Precisamente la «acomodación» o participación de la familia en la sintomatología obsesivo-compulsiva y la repercusión de estos síntomas en la vida familiar⁸ se han considerado aspectos específicos y relevantes de la patología del TOC. Uno de los problemas era encontrar un instrumento válido y fiable para medirlas. Esta tarea fue abordada por el grupo de Yale^{2,3} con la construcción de una entrevista específica: la *Family Accomodation Scale for Obsessive-Compulsive Disorders*. Basándose en un estudio previo² y en los de otros autores¹ elaboraron una escala para medir diferentes aspectos de la participación familiar en la sintomatología del TOC de sus allegados. Además, el estudio definitivo incluyó otras entrevistas y medidas para analizar las propiedades psicométricas de la escala propuesta³.

Este estudio tiene como objetivo presentar la traducción, adaptación y validación de la *Family Accomodation Scale* (FAS) en una muestra española de adolescentes con TOC. Los profesionales que trabajan en el ámbito infantojuvenil están acostumbrados a incorporar la interacción familiar como aspecto a valorar e intervenir en el contexto del tratamiento integral del TOC en estas edades. Utilizar una muestra de adolescentes para adaptar y validar la escala tiene, además, el valor añadido de la importancia de la sintomatología a estas edades: entre el 50 y el 70% de adultos refieren el inicio de la sintomatología antes de los 14 años⁹.

MÉTODO

Los datos que presentamos forman parte de un estudio de tipo longitudinal de pacientes con diagnóstico de TOC en un servicio ambulatorio de salud mental infantojuvenil.

Sujetos

Se reclutaron niños y adolescentes que iniciaban tratamiento en las unidades de salud mental infantojuvenil de Cantabria entre los años 1999 a 2005 con el diagnóstico de TOC.

Los criterios de exclusión fueron:

- Coeficiente intelectual menor de 70.
- Diagnóstico de trastorno generalizado del desarrollo.
- Diagnóstico de trastorno psicótico.

Instrumentos

- Recogida de datos sociodemográficos.
- *Children's Yale-Brown Obsessive-Compulsive Scale* (Y-BOCS), versión en castellano, adaptada¹⁰. La Y-BOCS es una entrevista semiestructurada, adaptada para su uso en edades de entre 6 y 17 años. Está diseñada para puntuar la severidad de la sintomatología obsesiva y/o compulsiva, referida a la semana previa, y se puntúa en base a la información aportada por los adolescentes y los padres, aunque la valoración final está basada en el juicio del clínico.
- Cuestionario de Acomodación Familiar (FAS)^{2,3} a los síntomas del TOC modificado y adaptado para el presente estudio. En todos los casos fue completado con la información aportada por la madre.
- Cuestionario de antecedentes familiares: se recogen los antecedentes personales y familiares en ambas ramas parentales utilizando las preguntas de «cribado» y exploración adaptadas de la versión en español de la entrevista SCAN¹¹.
- *Clinical Global Impression* modificada: escala de valoración por el clínico, de 0: no enfermo, hasta 6: extremo.
- *Family Environmental Scale* (FES): se valoraron dos versiones: la del paciente y la contestada por la madre; se obtienen 10 escalas que se agrupan en tres dimensiones: relaciones, desarrollo y estabilidad¹².
- La invitación a participar en el estudio se realizaba a través del terapeuta o mediante contacto telefónico. Para participar en el estudio era necesaria la firma del consentimiento informado de los padres o el tutor legal, así como el asentimiento del/la menor.

Cuestionario de Acomodación Familiar a los síntomas obsesivo-compulsivos

La FAS para el trastorno obsesivo-compulsivo evalúa el grado de participación en la sintomatología obsesivo-compulsiva de un paciente por parte de las personas, normalmente la familia, con las que convive. Fue originalmente creada por Lisa Calvocoressi et al.³ en la Yale University, para utilizar en pacientes adultos. Dada la importancia que la participación familiar tiene en la mayoría de los trastornos de ansiedad en niños y adolescentes, esta escala fue revisada por nosotros con el objeto de utilizarla en muestras de estas edades. Con pequeñas variaciones sobre el original en aquellos aspectos que son adecuados para las edades de nuestra muestra, la escala resulta ser perfectamente aplicable y utilizable en estas muestras.

La escala original es una entrevista semiestructurada, con referencia temporal a la semana previa, diseñada para ser aplicada por un clínico o bien por un entrevistador entrenado. En nuestra experiencia creemos que la escala debería ser aplicada por un clínico, psiquiatra o psicólogo, entrenado en su uso, ya que no es raro que al aplicarla surjan dudas sobre conductas y aspectos en los que la diferenciación entre normalidad y patología no resulta fácil.

La entrevista consta de dos secciones. Una primera parte, de recogida de sintomatología clínica, con el paciente y su familia, muy similar a otras entrevistas como la Y-B OCS¹⁰, por lo que puede ser sustituible por una de estas entrevistas.

La segunda parte consta de 12 apartados en los que se evalúa el grado de implicación, tolerancia y acomodación de la familia en esta sintomatología. En esta sección el clínico utiliza los síntomas recogidos en el apartado anterior para cuantificar esta acomodación familiar. Los 12 tipos de conductas de acomodación aparecen reflejados en la tabla 1. Cada cuestión se puntúa entre 0 (no aplicable) hasta 4 (extremo). La puntuación total es la suma de las puntuaciones parciales de cada ítem y está, pues, entre 0 y 48.

Tabla 1		Áreas de acomodación familiar a los síntomas de TOC, evaluadas en la entrevista de Acomodación Familiar				
Tipos de acomodación familiar a los síntomas de TOC		Puntuación				
		Nada o no aplicable 0	Leve 1	Moderado 2	Severo 3	Grave 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						
7. Participar en las compulsiones						
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 de paciente						

Los datos de fiabilidad son buenos para la muestra original (consistencia interna: alfa de Cronbach de 0,82 y fiabilidad interjueces global de 0,94). En cuanto la validez, se correlaciona de forma significativa con la puntuación global de la escala Y-BOCS ($r = 0,45$; $p > 0,003$) y con la valoración de la gravedad clínica del trastorno (GAF, $r = 0,45$; $p < 0,009$).

La entrevista FAS fue traducida directamente del original³. Posteriormente otra persona, desconocedora de la versión original, recibió la versión traducida e hizo una traducción al inglés (*back-translation*) que fue comparada con la original y resultó ser prácticamente idéntica. La entrevista, que originalmente estaba pensada para pacientes adultos, había sufrido pequeñas modificaciones de redacción para adaptarlas a las edades de nuestros sujetos. La *back-translation* y las modificaciones se enviaron a los autores para su supervisión y «visto bueno». Una vez elaborada la versión final se pasó a cinco pacientes y sus familias del servicio para comprobar si era adecuada.

Análisis estadístico

Se ha analizado la consistencia interna de la escala mediante el coeficiente alfa de Cronbach y el método de las dos mitades.

En cuanto a la validez, se ha calculado la validez convergente de la FAS con dos medidas de severidad de sintomatología obsesivo-compulsiva: la puntuación en la Y-BOCS, y la GAF, y con una medida del clima familiar: la FES.

En el análisis estadístico se han utilizado estadística descriptiva y pruebas no paramétricas (Mann-Whitney, test de Kruskal-Wallis, correlación de Spearman).

RESULTADOS

Descripción de la muestra

La edad media de inicio de tratamiento es de 13 años (DE: 2,98; rango: 6-17). Los síntomas clínicos se inician hacia los 12 años (DE: 3,11; rango: 5-17). Nueve pacientes (45%) están con tratamiento farmacológico, además del psicoterápico de tipo individual-familiar.

Al inicio del tratamiento la puntuación media de la escala Y-BOCS es de 19,17 (DE: 6,87; rango: 8-31). La puntuación media de la FAS es de 16,20 (DE: 12,81; rango: 0-43). El grupo que recibe diagnóstico de TOC de tipo mixto ($n = 9$) presenta puntuaciones significativamente más elevadas que los grupos de tipo obsesivo o compulsivo puro (test de Kruskal-Wallis: χ^2 : 8,61; significación = 0,013). No hay diferencias significativas en las puntuaciones de la FAS en el grupo de pacientes cuyos padre y/o madre ($n = 10$) tienen rasgos o clínica de TOC (test de Mann-Whitney, significación = 0,49). Si sólo consideráramos patología de TOC en la madre, la dife-

rencia tampoco era significativa (test de Mann-Whitney, significación = 0,067).

De los 15 pacientes en los que se tienen datos del seguimiento a 12 meses, la puntuación media de la escala Y-BOCS a los 12 meses es de 8,73 (DE: 6,68; rango: 0-20). La puntuación media de la FAS a los 12 meses es de 3,87 (DE: 3,66; rango: 0-12). Casi todos los pacientes mejoran al seguimiento, el 47% están mucho mejor, y de hecho 10 están en situación de alta terapéutica.

Propiedades psicométricas de la escala

Se ha calculado la fiabilidad de la escala mediante dos métodos.

La correlación entre los ítems para medir la consistencia interna mediante el coeficiente alfa de Cronbach, que para nuestra muestra es de 0,87. En la tabla 2 se muestran los valores de correlación de cada ítem y la mejoría obtenida eliminando algunos de ellos. Para nuestra muestra sólo mejoraría, y escasamente, el valor de alfa, la eliminación del ítem 1: reasegurar la paciente, y el ítem 10: modificación de rutinas personales.

Hemos utilizado también otro método de valorar la consistencia interna, el de calcular la correlación entre las dos mitades que ha resultado ser de 0,70 (Spearman-Brown para mitades de igual longitud = 0,82).

Los resultados del cálculo de la validez concurrente aparecen reflejados en la tabla 3. La FAS y las medidas de grave-

Tabla 2	Análisis de la fiabilidad de la escala mediante el coeficiente alfa de Cronbach	
	Correlación ítem-total corregida	Coeficiente α si ítem es eliminado
Proporcionar seguridad al paciente	0,3001	0,8752
Observar (vigilar) al paciente	0,5111	0,8605
Esperar por el paciente	0,6659	0,8482
Abstenerse de decir o hacer cosas	0,8158	0,8382
Facilitar la evitación	0,5819	0,8543
Facilitar las compulsiones	0,6526	0,8515
Participar en las compulsiones	0,5907	0,8538
Ayudar en tareas simples	0,6296	0,8509
Tolerar conductas extrañas	0,7245	0,8456
Modificar la rutina personal	0,3220	0,8681
Modificar la rutina familiar	0,4698	0,8620
Asumir responsabilidades	0,4163	0,8640

Tabla 3	Validez concurrente de la FAS: correlaciones (no paramétricas: rho de Spearman)	
	FAS inicio (n = 20)	FAS seguimiento 12 m (n = 15)
YB-obsesivo	0,517 Sig = 0,028	0,498 Sig = 0,059
YB-compulsivo	0,621 Sig = 0,006	0,451 Sig = 0,91
YB total	0,770 Sig = 0,000	0,688 Sig = 0,005
CGI	0,701 Sig = 0,001	0,620 Sig = 0,014
FES familia relación	0,404 Sig = 0,120	
FES familia desarrollo	-0,209 Sig = 0,437	
FES familia estabilidad	-0,124 Sig = 0,648	
FES paciente relación	0,052 Sig = 0,853	
FES paciente desarrollo	0,070 Sig = 0,804	
FES paciente estabilidad	-0,157 Sig = 0,575	

Sig: significación estadística. FES: Family Environmental; FAS: Family Accommodation Scale.

dad de la sintomatología de TOC presentan buenos niveles de correlación a un nivel muy significativo, por debajo del 0,001 en casi todos los casos. En cambio las medidas del clima familiar (las tres dimensiones que mide la FES) no se correlacionan con las puntuaciones obtenidas en la FAS. Cuando se analizan los coeficientes de correlación de cada una de las 10 escalas de la FES con las puntuaciones obtenidas en la FAS sólo la escala de expresividad resulta con un nivel discreto de correlación significativa ($\rho = 0,54$; significación = 0,032).

En los datos de seguimiento a los 12 meses hay mejoría general en todas las puntuaciones, tanto de gravedad clínica como de acomodación familiar. Hay cuatro pacientes que se han perdido para el seguimiento y uno de los incluidos en el estudio sólo lleva 2 meses en tratamiento. De los 15 pacientes de los que tenemos datos de seguimiento de 12 meses, las correlaciones de las medidas de la FAS y la Y-BOCS y la GAF se mantienen en un nivel aceptable y siguen siendo significativas (tabla 3). En 11 de nuestros pacientes se ha intervenido específicamente para disminuir la acomodación familiar; 6 de ellos están de alta y siguen asintomáticos al seguimiento. No obstante, esta variable no fue planteada en el estudio original y no se ha evaluado en el resto de pacientes, por lo que no podemos incluirla en el análisis de resultados.

DISCUSIÓN

En nuestra muestra de niños y adolescentes la Escala de Acomodación Familiar a los síntomas de TOC demuestra una excelente consistencia interna, mejorando la obtenida en el estudio general (0,82 frente a 0,87 en el nuestro). En el análisis de las correlaciones de cada ítem (tabla 2) tan sólo dos ítems, el referente a la «tranquilización» de paciente por parte de sus familiares y el relativo a la modificación de las rutinas personales, presentan un bajo coeficiente de correlación con la escala general, y podrían serlo debido a las características de la edad de nuestra muestra o al hecho de que realmente aporten poco a la medida de la acomodación familiar. También el método de las dos mitades muestra una excelente consistencia interna de la FAS.

La validación convergente obtiene buenos resultados de correlación, por encima de 0,70, y a un nivel muy significativo, con las medidas de severidad de la sintomatología, tanto con la puntuación global de la Y-BOCS como de la CGI. Esta correlación se mantiene al seguimiento, aunque con valores algo más bajos. Curiosamente los niveles de correlación son bastante mejores que en la muestra original, lo que apunta la hipótesis de la elevada interrelación entre la participación de la familia y la sintomatología de TOC en muestras de niños y adolescentes. En cambio no hay correlación con otras medidas de variables familiares (FES). En el estudio original americano se obtenían correlaciones positivas con otras medidas de interacción familiar y prácticamente nulas con otras variables de estrés familiar no relacionadas con la sintomatología de TOC, lo que apoyaba una buena validez discriminativa, según los autores³. La FES mide diversos aspectos de la vida familiar: cohesión, expresividad, conflicto, autonomía, actuación, organización, control y participación en actividades de índole cultural, recreativas o eticorreligiosas. La falta de correlación entre las medidas de acomodación familiar y estas dimensiones puede ser interpretada en este sentido como la ausencia de interrelación entre las variables más globales de la vida familiar (FES) y las más específicas en relación con la sintomatología de TOC.

Hay algunas limitaciones metodológicas que restringen la generalización de los hallazgos de este estudio.

El pequeño tamaño muestral favorece la aparición de resultados que pueden no mantenerse en muestras más representativas en cuanto a tamaño. Bien es cierto que a la hora de analizar los datos contamos con 35 medidas (20 + 15) de la FAS y del resto de escalas, aunque se ha optado por presentar los datos de momento inicial y seguimiento de forma separada. Por otro lado, las dos investigadoras no han sido «ciegas» a las puntuaciones obtenidas en la Y-BOCS, la FAS y la CGI, por lo que puede haber sesgos al puntuar en el mismo sentido.

En todos los casos la FAS ha sido realizada con la madre, en nuestra experiencia el familiar que suele presentar mayor implicación en la clínica de estas edades, pero existe la posi-

bilidad de cierto sesgo al faltar información directa sobre la conducta de otros miembros de la familia. Aunque se hacen medidas repetidas, no se ha realizado una fiabilidad test-retest ya que es un estudio de seguimiento en el que la mayoría de los pacientes están asintomáticos a los 12 meses. Nuestra hipótesis es que los cambios en la FES se correlacionan, como se ha demostrado, con la mejoría sintomática.

En esta muestra de niños y adolescentes encontramos que los casos con mayor severidad de sintomatología presentan también una mayor intensidad en la acomodación familiar a los síntomas. En el seguimiento mejoran de forma paralela la clínica y la implicación familiar en la misma.

Los autores de la entrevista³ sugieren, en su segundo trabajo sobre la entrevista, tres posibles modelos para explicar el significado funcional de la acomodación familiar:

- *Primer modelo.* Los síntomas de TOC son los que desencadenan la respuestas de acomodación familiar, por tanto el objetivo del tratamiento, en este caso, es la clínica de TOC del paciente.
- *Segundo modelo.* Similar al anterior, pero la respuesta familiar, una vez puesta en marcha, es mantenedora de la sintomatología de TOC. En estos casos sería necesaria una intervención familiar además de la individual con el objetivo de disminuir la acomodación familiar.
- *Tercer modelo.* En este grupo la acomodación sería desencadenada primariamente por el familiar implicado; los autores hablan de que en este caso la propia sintomatología obsesiva de los padres podría desempeñar un papel central. En la línea de esta hipótesis analizamos si las familias con padre y/o madre con síntomas o clínica manifiesta de TOC tenían puntuaciones más elevadas en acomodación a los síntomas de sus hijos, y en nuestra muestra no hemos encontrado diferencias significativas entre el grupo con padres sin síntomas de TOC y el grupo cuyos padres, al menos uno de los dos, sí los presenta. Tampoco encontramos diferencias con el grupo en que era la madre la que presentaba síntomas o clínica manifiesta de TOC. Es en cualquier caso es una hipótesis interesante y que requerirá de ulteriores estudios y de muestras mas amplias.

Desde nuestro punto de vista, siguiendo las recomendaciones de otros estudiosos del tema, como las del grupo australiano de la Universidad de Griffin^{6,13}, parece interesante incluir el trabajo específico con las familias dentro del abordaje terapéutico integral con el objetivo de ayudarles a evitar «mantener» la sintomatología de TOC de sus hijos o familiares. Algunos estudios pioneros a principios de la década de 1990 ya habían apoyado la hipótesis de que las intervenciones dirigidas a reducir la participación familiar en la sintomatología de TOC mejoraban los resultados terapéuticos¹⁴ y se mantenían en el seguimiento¹⁵. Una reflexión con los padres acerca de cómo funciona la acomodación e instrucciones sencillas para evitar las conductas mantenedoras suele ser suficiente en la mayoría de los casos. Para algunas familias las dificulta-

des son mayores, suelen ser familias en las que su hijo/a tiene síntomas más graves y puede haber otros factores familiares, diferentes a la de la sintomatología de TOC de los padres, que pueden contribuir a esta mala evolución. En este grupo podría ser de utilidad un paquete de intervención más complejo y elaborado, en la línea del creado por el grupo australiano¹³. Por el momento no estamos en condiciones de asegurar la dirección causal ni de identificar qué otras variables familiares pueden estar mediando esta relación.

CONCLUSIONES

La entrevista de valoración de la acomodación/implicación familiar en la sintomatología TOC (FAS) en su adaptación española es una buena medida de la participación de la familia en la sintomatología obsesivo-compulsiva de los niños/as con TOC, con buenos niveles de fiabilidad y validez.

El grado de acomodación familiar es más elevado en aquellos pacientes que presentan mayor gravedad de los síntomas y disminuye con la mejoría de los síntomas en el seguimiento.

Los datos aportados en el presente estudio apoyan la hipótesis de la utilidad de incluir el trabajo terapéutico con las familias con el objetivo de reducir la participación del familiar en la sintomatología obsesivo-compulsiva de sus allegados. No obstante, se necesitan más estudios para aclarar la contribución de la «acomodación» en el mantenimiento de los síntomas, así como las posibilidades terapéuticas de la intervención a nivel familiar.

BIBLIOGRAFÍA

1. Shafran R, Ralph J, Tallis F. Obsessive-compulsive symptoms and the family. *Bull Menninger Clin* 1995;59:472-9.
2. Calvocoressi L, Lewis B, Harris M, Trufan S, McDougle C, Price L. Family accommodation in obsessive-compulsive disorder. *Am J Psychiatry* 1995;152:441-3.
3. 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.
4. Lenane MC, Swedo SE, Leonard H, Pauls DL, Sceery W, Rapoport JL. Psychiatric disorders in first degree relatives of children and adolescents with obsessive compulsive disorder. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 1990;29:407-12.
5. Leonard H, Swedo S, Lenane C, Rettew DC, Hamburger SD, Bartko JJ, et al. A 2-7 year follow-up study of 54 obsessive-compulsive children and adolescents. *Arch Gen Psychiatry* 1993;50:429-39.
6. Waters T, Barrett P. The role of the family in childhood obsessive-compulsive disorder. *Clin Child Family Psychol*. 2000;3:173-84.
7. Ehiobuche I. Obsessive-compulsive neurosis in relation to parental child rearing patterns amongst Greek, Italian and Anglo-Australian subjects. *Acta Psychiatr Scand* 1988;78(Suppl. 344):115-20.
8. Cooper M. Obsessive compulsive disorder: Effects on family members. *Am J Orthopsych* 1996;66:296-304.
9. Rasmussen SA, Eisen JL. The epidemiology and clinical features of obsessive compulsive disorder. *Psychiatr Clin North Am* 1992;15:743-58.
10. Goodman WK, Price LH, Ramudsen SA, Mazure C, Fleishmann RL, Hill CL, et al. The Yale-Brown Obsessive Compulsive Scales: development, use and reliability. *Arch Gen Psychiatry* 1989;46:1006-11.
11. Vázquez-Barquero JL. Cuestionario para la evaluación clínica en neuropsiquiatría: SCAN. Madrid: Meditor, 1993.
12. Moos RH, Moos BS. Family Environment Scale manual, 2nd ed. Palo Alto: Consulting Psychologists Press, 1986.
13. Barret P, Healy-Farrell L, March JS. Cognitive-behavioral family treatment of childhood obsessive-compulsive disorder: a controlled trial. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 2004;43:46-62.
14. Mehta M. A comparative study of family-based and patient-based behavioral management in obsessive compulsive disorder. *Br J Psychiatry* 1990;157:133-5.
15. Steketee G. Social support and treatment outcome of obsessive compulsive disorder at 9-month follow-up. *Behav Psychother* 1993;21:81-95.