

## **DISEÑO Y VALIDACIÓN DEL “CUESTIONARIO PARA LA EVALUACIÓN DE SÍNTOMAS OBSESIVO COMPULSIVOS PARA PADRES” (CESOC-P)**

Josefa Canals<sup>1</sup>, Núria Voltas<sup>1</sup>, Carmen Hernández<sup>1</sup> y Josep Toro<sup>2</sup>

<sup>1</sup>*Universidad Rovira y Virgili;* <sup>2</sup>*Universidad de Barcelona (España)*

### **Resumen**

El objetivo del estudio fue desarrollar un instrumento para la detección de síntomas obsesivo compulsivos (OC) en niños, a través de la información de los padres. 492 padres de escolares contestaron el “Cuestionario para la evaluación de síntomas obsesivo compulsivos para padres” (CESOC-P). Para reducir el número de ítems, se realizó un análisis factorial exploratorio (AFE) y se seleccionaron aquellos que obtuvieron saturaciones  $\geq 0,5$  y los que se consideraron clínicamente relevantes. Luego, se realizó otro AFE utilizando el método de rotación oblimin. Los 13 ítems seleccionados configuraron la versión final del CESOC-P, con un solo factor (índice KMO= 0,86; GFI= 0,96) y una adecuada fiabilidad ( $\alpha= 0,84$ ). La puntuación total del CESOC-P se relacionó significativamente con el diagnóstico de trastorno OC y con la puntuación de OC del “Inventario de síntomas infantiles-4”. El punto de corte de 3 mostró una adecuada sensibilidad y especificidad. El CESOC-P es un instrumento breve, fiable y válido para la detección de los síntomas OC y puede ser útil para complementar la información de los propios niños y/o adolescentes.

PALABRAS CLAVE: *TOC infantil, análisis factorial, propiedades psicométricas, CESOC-P.*

### **Abstract**

The aim of this study was to develop an instrument for the detection of obsessive compulsive (OC) symptoms through parent information. 492 parents of schoolchildren answered the 41 preliminary items of the “Questionnaire for the Evaluation of Obsessive Compulsive Symptoms- Parent” (CESOC-P). A first exploratory factor analysis (EFA) was made to reduce the number of items, and with the items that obtained loads equal to or higher than 0.50 and some items considered clinically relevant another EFA using the oblimin rotation method was performed. The 13 items selected made up the final version, which showed a single factor (KMO index = .86, GFI= .96) and adequate reliability ( $\alpha= .84$ ). CESOC-P scores were significantly related to OC diagnoses and Child Symptoms Inventory-4 OC scores. A cut-off score of 3 presented adequate sensitivity and specificity. The CESOC-P is a quick, reliable and valid tool for the detection of obsessive-compulsive symptoms and can be useful to supplement the information reported by children and/or teenagers.

KEY WORDS: *childhood OCD, factorial analysis, psychometric properties, CESOC-P.*

## Introducción

El trastorno obsesivo compulsivo (TOC) es un trastorno crónico, de inicio en la infancia y que puede ser altamente incapacitante a nivel familiar, social y académico (Alvarenga *et al.*, 2016; De Mathis *et al.*, 2013). En la última versión del Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (DSM-5; APA, 2013), el TOC ha pasado a ser una entidad nosológica diferenciada de los trastornos de ansiedad y ha constituido un nuevo capítulo llamado “Trastorno obsesivo compulsivo y trastornos relacionados”. Se ha observado que con mucha frecuencia los niños y adolescentes ocultan los síntomas obsesivo compulsivos ya que les causa un fuerte sentimiento de vergüenza, y esto puede afectar a su detección, diagnóstico y aplicación de tratamiento. Estudios previos muestran prevalencias de TOC en muestras comunitarias de niños y adolescentes que oscilan entre el 0.1% y el 4% (Canals, Hernández-Martínez, Cosi y Voltas, 2012; Carter *et al.*, 2010), cifras similares a las halladas en población clínica infantil (Geller, 2006) o en muestras de adultos (Ruscio *et al.*, 2010). En consecuencia, es importante que existan instrumentos válidos y fiables para la identificación precoz del problema y la posterior aplicación de un tratamiento adecuado.

Después de una etapa en la que existían un número escaso de instrumentos de evaluación para la detección del TOC infantil, en los últimos años se han desarrollado y validado una amplia variedad de escalas relacionadas con la presencia y tipo de síntomas, el nivel de gravedad o el grado de interferencia a nivel escolar, laboral, social o familiar (Iniesta-Sepúlveda *et al.*, 2014). Sin embargo, a pesar del creciente número de pruebas para la detección de los síntomas del TOC, hasta el momento los datos siguen sugiriendo que el TOC es un trastorno infradiagnosticado y que un 90% de los niños que lo padecen en niveles moderados, no están recibiendo tratamiento (AACAP, 2012). En diversos países, entre ellos España, se ha creado la necesidad de adaptar algunos de estos instrumentos tanto para población clínica como comunitaria (p. ej., Godoy *et al.*, 2011; Rosa-Alcázar *et al.*, 2014). En primer lugar se realizaron adaptaciones y validaciones de las escalas de adultos para adolescentes. El “Inventario obsesivo compulsivo de Maudsley” (*Maudsley Obsessional-Compulsive Inventory*, MOCI; Hodgson y Rachman, 1977) ha sido validado por Fonseca-Pedrero, Paino y Lemos-Giráldez (2008) y el “Inventario obsesivo compulsivo-revisado” (*Obsessive Compulsive Inventory-Revised*, OCI-R; Foa *et al.*, 2002) por Piqueras *et al.*, 2009 y Martínez-González *et al.*, 2011, ambas en muestras no clínicas. Específicamente para la población infantil, el “Cuestionario de creencias obsesivas-versión niños” (*Obsessive Belief Questionnaire-Children Version*, OBQ-CV; Coles *et al.*, 2010) ha sido adaptado y validado al español por Nogueira, Godoy, Romero y Gavino (2012) para evaluar las dimensiones cognitivas del TOC. Una de las escalas más usadas entre los investigadores para la detección del TOC pediátrico, el “Inventario obsesivo de Leyton-versión niños” (*Leyton Obsessional Inventory-Child Version*, LOI-CV; Berg, Rapoport y Flament, 1986), ha sido considerado un test fiable y válido en muestra escolar. Posteriormente, el “Inventario obsesivo compulsivo-versión niños” (*Obsessive-Compulsive Inventory - Child Version*, OCI-CV; Foa *et al.*, 2010), ha sido administrado a diversas poblaciones comunitarias (Rosa-Alcázar *et*

al., 2014; Rodríguez-Jiménez et al., 2015) y clínicas españolas (Rodríguez-Jiménez et al., 2016) mostrándose como un test fiable, válido e invariante métricamente en ambas muestras. También recientemente, Piqueras et al. (2016) han validado en escolares y niños con TOC el "Inventario obsesivo compulsivo de Florida para niños" (*Children's Florida Obsessive Compulsive Inventory*, C-FOCI; Storch et al., 2009), el cual ha sido considerado una buena medida para evaluar los síntomas y la gravedad del trastorno. Los mismos autores han hallado que el "Cribado breve para el trastorno obsesivo compulsivo" (*Short Obsessive-Compulsive Disorder Screening*, SOCS; Uher et al., 2007) es un instrumento breve y válido para el cribado de TOC en niños y adolescentes de muestra clínica y comunitaria (Piqueras et al., 2015).

A nivel clínico, el instrumento específico más recomendado es la "Escala obsesivo compulsiva de Yale-Brown para niños" (*Children's Yale-Brown Obsessive-Compulsive Scale*, CY-BOCS; Storch et al., 2004) la cual nos permite evaluar la gravedad, el tipo de síntomas y realizar el seguimiento de los mismos, y la "Escala dimensional obsesivo compulsiva de Yale-Brown" (*Dimensional Yale-Brown Obsessive-Compulsive Scale*, DY-BOCS; Rosario-Campos et al., 2006; adaptación española de Pertusa et al., 2010), que aunque no está diseñada para la población infantil, es frecuentemente usada en adolescentes con TOC. Por otra parte, la "Entrevista diagnóstica de ansiedad para niños y padres" (*Anxiety Diagnostic Interview Schedule for Children and Parents*, ADIS-IV-C/P; Silverman y Albano, 1996) recomendada para el diagnóstico de trastornos de ansiedad, es también considerada una buena medida para la evaluación del TOC. Sin embargo, estas medidas necesitan ser administradas por un especialista y asimismo precisan un tiempo largo de administración, principalmente la DY-BOCS que consta de un autoinforme además de la parte aplicada por el clínico.

Todas las medidas citadas obtienen información del propio niño, que aunque sea indispensable en el entorno clínico, puede comportar una considerable tasa de falsos negativos (Rapoport et al., 2000) por la tendencia que tienen los niños y adolescentes a ocultar los síntomas obsesivo compulsivos. A este respecto, diversos autores apuntan la necesidad de obtener también la información que pueden aportar los padres, tras mostrar ésta altas tasas de correspondencia con las observaciones realizadas por los especialistas (Shafran et al., 2003, Storch et al., 2006a). Existen, sin embargo, escasos instrumentos de detección de TOC en los cuales los padres sean los informadores de los síntomas. Derivadas de la CY-BOCS, se creó una escala para ser respondida por los padres (CY-BOCS-PR), así como un autoinforme para niños (CY-BOCS-CR) (Storch et al., 2006a), pero solo se ha validado al español la versión para niños y adolescentes (CY-BOCS-SR; Godoy et al., 2011). Uno de los test mayormente utilizados en psicopatología infantil para ser contestado por los padres, el "Listado de comportamientos infantiles" (*Child Behavior Checklist*, CBCL; Achenbach y Rescorla, 2001), incluye ocho ítems que configuran la subescala de síntomas obsesivo compulsivos (OCS-CBCL). Esta subescala muestra una buena consistencia interna y niveles de sensibilidad y especificidad con un punto de corte de 5 (Geller et al., 2006), pero los análisis factoriales revelan la falta de algunos ítems para poder discriminar mejor el TOC (Storch et al., 2006b) y no existen validaciones españolas.

En consecuencia, teniendo en cuenta las relevantes tasas de prevalencia de este trastorno en población de edad escolar, la tendencia de los sujetos a ocultar sus síntomas, la importancia de la información que pueden aportar los padres a estas edades y la necesidad de una detección e intervención precoz, el objetivo del presente estudio ha sido diseñar y validar un cuestionario de cribado de síntomas obsesivo compulsivos, sencillo y rápido de contestar, para padres de niños en edad escolar. Siguiendo las indicaciones del Instituto Nacional para la Excelencia Clínica y de la Salud (NICE), el cual recomienda el SOCS como un instrumento para el protocolo de detección de TOC en niños y adolescentes por ser breve, de fácil uso, sensible y fiable (Krebs y Heyman, 2014), nosotros pensamos que un instrumento para padres con estas características puede aportar información relevante en el cribado del trastorno en niños.

## Método

### *Participantes*

Una muestra de 492 padres de niños que asistían a 13 escuelas de primaria (seis concertadas y siete públicas) de Reus (España) respondieron el cuestionario objeto del estudio. Estos niños participaron en un estudio epidemiológico en doble fase sobre trastornos depresivos y de ansiedad. En la primera fase participaron 1514 sujetos (720 niños y 794 niñas) con edades comprendidas entre los 8 y los 12 años ( $M= 10,23$ ;  $DT= 1,23$ ) y que cursaban 4º, 5º o 6º de primaria. El 41% de las familias era de nivel socioeconómico bajo, el 39% era de nivel socioeconómico medio y el 20% tenía un nivel socioeconómico alto. El 87,5% de los participantes era nacido en España y el 85,9% tenía una familia de tipo nuclear. Posteriormente, en el curso académico siguiente, se realizó la segunda fase en la cual se seleccionaron para su participación 659 niños con riesgo de síntomas emocionales y controles sin riesgo. De estos 659 sujetos, finalmente aceptaron proseguir en el estudio 562 (405 de los cuales eran de riesgo) con edades de entre 9 y 13 años ( $M= 11,25$ ;  $DT= 1,04$ ). No se encontraron diferencias significativas respecto al nivel socioeconómico entre los participantes de la segunda fase y los que no prosiguieron. Un total de 492 padres de estos alumnos completaron correctamente el cuestionario CESOC-P.

### *Instrumentos*

- a) "Cuestionario de evaluación de síntomas obsesivo compulsivos para padres" (CESOC-P). Se crearon 41 ítems, 17 de los cuales se referían a síntomas obsesivos y 24 a síntomas compulsivos. Los 41 ítems fueron creados por expertos del Servicio de Psiquiatría Infantil y Juvenil del Hospital Clínic de Barcelona y comprendían los síntomas más frecuentemente observados en clínica teniendo en cuenta la multidimensionalidad del TOC. Los padres debían responder mediante una escala Likert de 4 puntos (0= Nunca; 1= A veces; 2= A menudo; 3= Muy a menudo) respecto a la frecuencia con la que cada síntoma estaba presente en su hijo.

- b) "Mini-Entrevista neuropsiquiátrica internacional" (*Mini-International Neuropsychiatric Interview*, M.I.N.I.-Kid; Sheehan *et al.*, 1998). Es una entrevista estructurada para niños de edades comprendidas entre los 6 y los 17 años, basada en criterios DSM-IV y CIE-10. El tiempo de administración es de aproximadamente 30 minutos y sirve para establecer el diagnóstico de 23 trastornos del eje I, entre los que se encuentra el TOC. La fiabilidad y validez de la entrevista es adecuado (Sheehan *et al.*, 2010). La M.I.N.I. - Kid se administró en la segunda fase del estudio.
- c) "Inventario de síntomas infantiles-4" (*Child Symptom Inventory-4*, CSI; Gadow y Sprafkin, 1998). Es un instrumento de cribado basado en los criterios diagnósticos del DSM-IV. La versión para padres utilizada en este estudio contiene 97 ítems clasificados en 10 categorías con un formato de respuesta de 4-puntos tipo Likert. El CSI-4 ha demostrado ser válido y la versión española utilizada mostró una consistencia interna excelente ( $\alpha$  de Cronbach= 0,99) en trabajos previos del equipo investigador. Para este estudio se ha utilizado el punto de corte de los autores (puntuación= 2), el cual presenta una especificidad de 0,73. El cuestionario CSI-4 se administró en la segunda fase del estudio.

### *Procedimiento*

A través de los colegios, se facilitó la información del estudio a los padres con el consentimiento informado para su participación. En la segunda fase del estudio, los niños con riesgo de problemas emocionales y un grupo control seleccionado paralelamente teniendo en cuenta las variables edad, sexo y tipo de escuela, fueron evaluados individualmente mediante la entrevista estructurada M.I.N.I.-Kid y se administró a los padres el CESOC-P, el CSI-4 y un cuestionario de datos sociodemográficos familiares.

### *Análisis de datos*

El análisis estadístico de los datos se llevó a cabo mediante la versión 22.0 del programa SPSS (IBM Corp., 2013) y también mediante la versión 9.3.1 del programa FACTOR (Lorenzo-Seva y Ferrando, 2006). Las propiedades psicométricas del CESOC-P se exploraron mediante análisis factorial exploratorio usando el método de extracción de mínimos cuadrados no ponderados y rotación oblicua. El análisis se realizó sobre una matriz de correlaciones de Pearson debido a que los valores de asimetría y curtosis de los ítems fueron menores a uno. La bondad de la matriz se evaluó mediante el índice Kaiser-Meyer-Olkin (KMO), así como la bondad del ajuste de la estructura factorial resultante (*goodness of fit index*, GFI). Posteriormente se relacionaron las puntuaciones obtenidas en el cuestionario CESOC-P con los diagnósticos de TOC clínico establecidos y con los síntomas obsesivos y compulsivos informados a través del CSI-4 mediante la prueba *t* de Student.

Se realizó una curva ROC para establecer la sensibilidad y especificidad de diferentes puntuaciones y determinar el óptimo punto de corte. La curva ROC fue

construida con relación al diagnóstico de TOC obtenido por la MINI-Kid. La exactitud de predicción fue evaluada utilizando el área bajo la curva (AUC) asumiendo los siguientes valores: AUC inferior a 0,50 no predictiva, AUC entre 0,50 y 0,69 poco predictiva, AUC entre 0,70 y 0,89 moderadamente predictiva, AUC entre 0,90 y 0,99 altamente predictiva y AUC de 1,0 perfectamente predictiva (Greiner, Pfeiffer y Smith, 2000).

## Resultados

En primer lugar se realizaron tres análisis factoriales exploratorios sobre la matriz de correlaciones de Pearson del cuestionario formado por 41 ítems, utilizando los métodos de rotación *Promin*, *Promax* y *Oblimin* directo. Los datos mostraron que el coeficiente de asimetría era mayor a 1 en valor absoluto en las tres soluciones. Así, con el fin de decidir la solución más adecuada, se siguió el principio de parsimonia y se utilizó el índice de Bentler de simplicidad (1977) que en el caso de la solución observada con el método oblimin directo fue de 0,98, siendo el índice más cercano a 1. La prueba de esfericidad de Bartlett fue significativa ( $\chi^2= 6696,20$ ;  $p < 0,01$ ) y se obtuvo un índice de KMO de 0,86, corroborando que los datos eran adecuados para la realización de un análisis factorial. La solución en dos factores era la más apropiada, tanto desde el punto de vista de la claridad de la interpretación, como del ajuste, con un GFI y un RMSR aceptables de 0,94 y 0,68 respectivamente. Además, el procedimiento auxiliar MAP para evaluar la dimensionalidad, recomienda dos factores y el análisis paralelo a pesar de recomendar 4 factores, se observa que cuando se pasa de dos factores, éstos son menores y no interpretables por contener muy pocos ítems. Así, pasar de dos factores se consideró sobrefactorizar. La tabla 1 muestra la matriz de saturaciones de la solución factorial, en la cual se observan dos factores. En esta misma tabla no se muestran los siete ítems que obtuvieron saturaciones inferiores a 0,30, que son los ítems: 1, 2, 6, 8, 9, 10 y 35. Con el fin de obtener una escala más breve, se realizó una selección de los ítems que obtuvieron cargas superiores a 0,5 (ítems: 7, 17, 18, 19, 23, 24, 26, 30, 37 y 41) o ítems que se consideraron clínicamente relevantes (15, 22 y 31). Aunque los ítems 16 y 17 tuvieron saturaciones de 0,52, se seleccionó uno de ellos para la solución final debido a su parecido contenido clínico. Posteriormente se realizó un análisis factorial exploratorio sobre la matriz de correlaciones de Pearson de los 13 ítems seleccionados utilizando el método de rotación oblimin directo (tabla 2). Se obtuvo un índice KMO de .86, que se puede considerar adecuado para la realización de un análisis factorial, y un GFI= .96 que indica que el ajuste de esta solución es bueno. El análisis sugiere la presencia de un factor único con un coeficiente alfa de Cronbach de 0,84. La puntuación media en el cuestionario de 13 ítems fue de 2,30 ( $DT= 3,01$ ) y no hubo diferencias estadísticamente significativas entre las puntuaciones de los niños y las niñas (niños:  $M= 2,14$ ,  $DT= 2,85$ ; niñas:  $M= 2,43$ ,  $DT= 3,13$ ;  $t= -1,054$ ,  $p= 0,292$ ).

**Tabla 1**

Estructura factorial del "Cuestionario de evaluación de síntomas obsesivo-compulsivos para padres" (versión de 41 ítems)

¿Cree que su hijo/a a menudo está demasiado preocupado/a, nervioso/a o inquieto/a por alguna de las cuestiones siguientes?

Ítems	Factor 1	Factor 2	M	Varianza	DT
3. Porque tiene miedo de hacerse daño intencionadamente		0,300	0,114	0,146	0,382
4. Porque tiene miedo de hacer daño intencionadamente a otra persona		0,332	0,157	0,189	0,435
5. Porque tiene miedo de perjudicar a otra persona por haber hecho o dejado de hacer alguna cosa		0,475	0,423	0,350	0,592
7. Porque tiene miedo de hacer alguna cosa mala que no desea hacer (por ejemplo, apuñalar a alguien de la familia, tirarse por la ventana, etc.)*	0,623		0,012	0,024	0,155
11. Porque piensa injustificadamente que está o que puede estar enfermo		0,399	0,126	0,143	0,378
12. Porque cree que puede haber pecado	0,367		0,045	0,047	0,217
13. Porque se le ocurren pensamientos ofensivos o blasfemos sobre Dios, Jesús, o cualquier otra figura religiosa		0,345	0,018	0,018	0,134
14. Porque tiene miedo de que "se le escapen" palabras o comentarios incorrectos u ofensivos u obscenos		0,482	0,157	0,148	0,385
15. Porque duda mucho cuando tiene que escoger alguna cosa o tomar una decisión*		0,496	0,657	0,518	0,074
16. Porque imagina escenas o personas que no puede "borrar" de su mente		0,519	0,181	0,209	0,454
17. Porque imagina palabras, números o melodías que no puede "borrar" de su mente*		0,526	0,120	0,142	0,377
18. Se lava las manos injustificadamente*	0,510		0,059	0,088	0,297
19. Se ducha, se baña o se cepilla los dientes demasiadas veces o haciendo rituales o ceremonias*	0,708		0,061	0,114	0,338
20. Limpia objetos o evita contactos porque tiene miedo de ensuciarse o contaminarse	0,388		0,083	0,101	0,318
21. Comprueba que algunas puertas estén bien cerradas, las luces apagadas, los libros en la mochila, etc.		0,463	0,415	0,430	0,656
22. Repasa repetidamente las lecciones que ya ha estudiado o los trabajos escolares que ya ha hecho*		0,493	0,280	0,324	0,569
23. Repite preguntas sobre situaciones o hechos pasados o futuros para asegurarse de que no va a pasar ni pasará nada desagradable*		0,611	0,250	0,257	0,507

Ítems	Factor 1	Factor 2	M	Varianza	DT
24. Pide insistentemente revisiones o consultas médicas para asegurarse de que no tiene ninguna enfermedad o trastorno*	0,671		0,063	0,087	0,295
25. Injustificadamente repite una lectura, borra un escrito y vuelve a escribirlo		0,397	0,108	0,116	0,341
26. Hace cosas como pasar por una puerta y volver atrás, pararse delante de una puerta, sentarse y levantarse de una silla, tocar un mueble, no pisar ciertos azulejos, etc.*	0,514		0,041	0,047	0,217
27. Cuenta objetos, palabras, coches, personas, etc.		0,383	0,161	0,171	0,414
28. Debe tocar un objeto, dar golpes en una mesa, decir o pensar una palabra, escribir alguna cosa, etc. una cantidad fija de veces	0,362		0,057	0,070	0,265
29. Siempre ordena de la misma forma libros, vestidos, zapatos, juegos u otros objetos		0,384	0,201	0,270	0,520
30. Debe repetir mentalmente ciertas palabras, frases o números, o hacer determinados cálculos mentales*		0,617	0,193	0,229	0,479
31. Sitúa simétricamente los cubiertos en la mesa, los zapatos cuando se descalza, el material escolar debajo de la mesa, o cualquier otro objeto*		0,459	0,146	0,206	
32. Se resiste a tirar a la basura objetos inútiles, inservibles o deteriorados		0,362	0,520	0,591	0,769
33. Guarda o colecciona objetos inútiles, papeles usados, basura, etc.		0,384	0,352	0,472	0,687
34. Obliga a alguien de casa a que le conteste respuestas, saludos (por ej: "buenas noches"), despedidas, (por ej: "adiós"), etc., repetidas siempre de la misma manera		0,445	0,197	0,292	0,540
36. Injustificadamente pide a alguien de casa que mastique con la boca cerrada y que no haga ruido al comer		0,416	0,159	0,227	0,476
37. Necesita decir, explicar, confesar o preguntar alguna cosa (siempre lo mismo)*		0,585	0,171	0,219	0,468
38. Se ve obligado a hacer cosas absurdas con el fin de evitar daños o desgracias		0,435	0,037	0,052	0,228
39. En las comidas, debe sentarse en la silla, coger los cubiertos y vasos, etc. siguiendo siempre el mismo orden estricto	0,434		0,118	0,214	0,460
40. Antes de ponerse en la cama debe pasar un rato ordenando y tocando objetos (vestidos, zapatos, juegos, ropa de cama), moviéndose de cierta forma, repitiendo actos o movimientos, etc.		0,463	0,163	0,202	0,449
41. Repite actos, palabras, ejercicios, etc. hasta estar seguro de "haberlo hecho bien"*		0,615	0,248	0,300	0,548

Nota: \*Ítems seleccionados para la versión final.



**Tabla 2**

Estructura factorial del "Cuestionario de evaluación de síntomas obsesivo-compulsivos para padres" (versión de 13 ítems)

¿Cree que su hijo/a a menudo está demasiado preocupado/a, nervioso/a o inquieto/a por alguna de las cuestiones siguientes?

Ítems	Factor 1	M	Varianza	DT
7. Porque tiene miedo de hacer alguna cosa mala que no desea hacer (por ejemplo, apuñalar a alguien de la familia, tirarse por la ventana, etc.)	0,590	0,059	0,088	0,297
15. Porque duda mucho cuando tiene que escoger alguna cosa o tomar una decisión	0,583	0,061	0,114	0,338
17. Porque imagina palabras, números o melodías que no puede "borrar" de su mente	0,638	0,083	0,101	0,318
18. Se lava las manos injustificadamente	0,460	0,402	0,411	0,641
19. Se ducha, se baña o se cepilla los dientes demasiadas veces o haciendo rituales o ceremonias	0,481	0,278	0,323	0,568
22. Repasa repetidamente las lecciones que ya ha estudiado o los trabajos escolares que ya ha hecho	0,419	0,248	0,256	0,506
23. Repite preguntas sobre situaciones o hechos pasados o futuros para asegurarse de que no va a pasar ni pasará nada desagradable	0,555	0,063	0,087	0,295
24. Pide insistentemente revisiones o consultas médicas para asegurarse de que no tiene ninguna enfermedad o trastorno	0,563	0,108	0,116	0,341
26. Hace cosas como pasar por una puerta y volver atrás, pararse delante de una puerta, sentarse y levantarse de una silla, tocar un mueble, no pisar ciertos azulejos, etc.	0,526	0,041	0,047	0,217
30. Debe repetir mentalmente ciertas palabras, frases o números, o hacer determinados cálculos mentales	0,438	0,161	0,171	0,414
31. Sitúa simétricamente los cubiertos en la mesa, los zapatos cuando se descalza, el material escolar debajo de la mesa, cualquier otro objeto	0,563	0,057	0,070	0,265
37. Necesita decir, explicar, confesar o preguntar alguna cosa (siempre lo mismo)	0,456	0,191	0,256	0,506
41. Repite actos, palabras, ejercicios, etc. hasta estar seguro de "haberlo hecho bien"	0,540	0,187	0,221	0,470

En la tabla 3 se pueden observar las relaciones entre las puntuaciones obtenidas en el cuestionario CESOC-P de 13 ítems y la presencia del diagnóstico de TOC y de obsesiones y compulsiones en el CSI-4. Los resultados muestran que las puntuaciones en el cuestionario CESOC-P de niños con un diagnóstico de TOC, especialmente en el caso de las niñas, eran significativamente más altas en comparación con las puntuaciones de los niños y niñas que no tenían diagnóstico. Se observó también que los sujetos con puntuaciones elevadas en los ítems de TOC del CSI-4, obtuvieron puntuaciones significativamente más altas en el CESOC-P, en comparación con los sujetos que obtuvieron puntuaciones bajas en el CSI-4.

La curva ROC obtuvo un área bajo la curva de 0,77 (IC 95%: 0,67-0,87), la cual es considerada moderadamente predictiva. La puntuación propuesta como mejor punto de corte sería la puntuación de 3, la cual ha obtenido una sensibilidad y especificidad alrededor del 70% (puntuación 2,50: sensibilidad del 72,20 y especificidad del 70,50; puntuación 3,30: sensibilidad del 61,10% y especificidad del 78,70%).

## Discusión

En el presente estudio se muestra el diseño y la validación del cuestionario CESOC-P para la detección de síntomas obsesivo compulsivos en niños de edad escolar a través de la información proporcionada por los padres. Tras la creación del cuestionario y su administración a una muestra de 492 padres de niños con edades comprendidas entre los 9 y los 13 años, los análisis indican que el cuestionario CESOC-P presenta buenas cualidades psicométricas.

La versión final del cuestionario con 13 ítems cumple con el objetivo planteado de fácil aplicación y brevedad. El análisis factorial ha mostrado un solo factor con buena consistencia interna, fiabilidad similar a la hallada por el OCI-CV (Rodríguez-Jiménez *et al.*, 2016) y más alta que la hallada en el SOCS en población comunitaria (Piqueras *et al.*, 2015). La propuesta inicial de 41 ítems planteaba que el cuestionario podría presentar dos factores, uno relacionado con las obsesiones y otro con las compulsiones, pero el análisis factorial no mostró una estructura ni dimensional ni bifactorial del TOC. Sin embargo, podemos observar que los 13 ítems del cuestionario se relacionan con síntomas de las diversas dimensiones del TOC infantil como: agresividad, duda/indecisión, pensamiento mágico, limpieza/contaminación, comprobación, repetición y orden (Nikolajsen, Nissen y Thomsen, 2010). Como se podría esperar, la mayoría de los ítems evalúan sintomatología compulsiva y los tres ítems relacionados con la sintomatología obsesiva tienen cargas más bajas. Probablemente no es fácil para los padres detectar y ser conscientes de la presencia de determinados síntomas obsesivos, y en cambio les es más fácil observar la presencia de síntomas compulsivos debido a la interferencia que pueden ocasionar en el entorno familiar y porque pueden ser más difíciles de ocultar.

**Tabla 3**  
 Relación entre las puntuaciones [M (DT)] del “Cuestionario de evaluación de síntomas obsesivo-compulsivos para padres” según presencia/ausencia del diagnóstico de TOC y obsesiones y compulsiones en el CSI-4

Muestra	Diagnóstico de TOC						CSI-4					
	Sí		No		t	p	Obsesiones			Compulsiones		
	n	M (DT)	n	M (DT)			No	Si	p	No	Si	t
Total	5,83 (4,91)* n= 18	2,17 (2,84) n= 474	3,146	0,006	5,47 (5,21) n= 47	1,97 (2,56) n= 445	4,556	0,001	6,86 (5,66) n= 35	1,95 (2,38) n= 457	5,09	0,001
Niños	6,29 (5,99) n= 7	2,00 (2,60) n= 211	1,884	0,018	5,60 (4,66) n= 20	1,79 (2,34) n= 198	3,607	0,002	7,06 (5,51) n= 16	1,75 (2,10) n= 202	3,83	0,002
Niñas	5,55 (4,39) n= 11	2,30 (3,01) n= 263	2,431	0,035	5,37 (5,66) n= 27	2,11 (2,54) n= 247	2,963	0,006	6,68 (5,94) n= 19	2,11 (2,57) n= 255	3,34	0,004

Notas: \* M (DT)= Puntuación media (desviación típica), TOC= Trastorno obsesivo compulsivo; CSI-4= “Inventario de síntomas infantiles-4”.

Por otra parte, las relaciones halladas entre las puntuaciones del CESOC-P y el diagnóstico clínico y la presencia de síntomas obsesivo compulsivos del CSI-4 apoyan que el CESOC-P es un test válido. Así, tanto los sujetos que presentan diagnóstico de TOC como los que tienen síntomas obsesivo compulsivos en el CSI-4, han obtenido puntuaciones significativamente más altas en el cuestionario CESOC-P en comparación con sus pares sin diagnóstico o sin síntomas en el CSI-4. En el caso del diagnóstico, la relación significativa fue encontrada para el sexo femenino y no el masculino, pero probablemente pueda ser debido a la escasa muestra de diagnósticos. En general, aunque los padres pueden presentar dificultades para registrar las obsesiones en sus hijos, la convergencia mostrada entre la puntuación obtenida por el CESOC-P y la información ofrecida por el mismo padre (CSI-4) o por el niño (diagnóstico) apoya la validez de los padres como informantes. Nuestros resultados refuerzan la información de los padres a pesar de que el componente familiar del TOC pueda hacer que éstos no consideren relevantes las manifestaciones de sus hijos por presentar ellos también síntomas y se adapten a las interferencias causadas en el entorno familiar (Pardue *et al.*, 2014; Pauls *et al.*, 2014). Por otra parte, Storch, Brittany, Monica, Adam y Tanya (2015) analizaron la concordancia del nivel de interferencia entre padres e hijos, mostrando que ésta mejoraba con relación a variables como la edad o la gravedad de los síntomas.

La mayoría de cuestionarios para la evaluación y detección del TOC han sido diseñados para ser contestados por el propio niño (p. ej., LOI-CV, OCI-CV, etc.), pero si bien éste puede ser el mejor informante, sobre todo en lo que respecta a las manifestaciones obsesivas, también puede esconder sus síntomas por vergüenza o miedo a ser considerado enfermo. Ello justifica la importancia de recabar información a través de los padres. A este respecto, el CESOC-P se presenta como un instrumento de cribado de síntomas del TOC pensado para población española y para ser contestado por los padres. Por otro lado, algunos instrumentos para la evaluación del TOC han sido diseñados en un primer momento para ser utilizados en muestras de adultos y adaptados posteriormente para ser administrados en sujetos de menor edad, como por ejemplo es el caso del OCI-R y del MOCI. Así, una cuestión que se considera importante en la evaluación del TOC en niños y adolescentes, es el uso de medidas específicas diseñadas para esta población en particular (Abramowitz, 2008).

Si analizamos específicamente los ítems del CESOC-P, el ítem "Sitúa simétricamente los cubiertos en la mesa, los zapatos cuando se descalza, el material escolar debajo de la mesa, o cualquier otro objeto" obtuvo en el primer factorial una saturación inferior a 0,50 pero se consideró que las manifestaciones de simetría eran importantes en niños y se incluyó en la versión final. En el análisis de esta versión, este ítem tuvo una saturación de 0,56. Contrariamente, el ítem 16 tuvo una saturación mayor a 0,50 pero no se incluyó en la versión final debido a que esta dimensión de obsesividad ya estaba representada en el 17. Sin embargo, una buena opción podría ser juntar el contenido de ambos ítems con significado equivalente. Con relación a los ítems 18 y 19, aunque ambos hacen referencia a la dimensión de lavado, se mantuvieron en la versión final debido a que la limpieza de manos (ítem 18) es un síntoma clínicamente importante en el TOC pediátrico.

También, el contenido de limpieza podría unificarse en un solo ítem en una nueva versión. La versión breve del CESOC-P ha excluido el ítem de acumulación ya que su saturación era baja. Similarmente, otros autores han hallado que los ítems relacionados con acumulación tenían cargas más bajas que las halladas en otros factores (o dimensiones) del test (Rodríguez *et al.*, 2016). A nivel clínico esto puede estar apoyado por el hecho que la nueva clasificación de la Asociación Americana de Psiquiatría (el DSM-5) ha separado el trastorno por acumulación en una entidad diferenciada del TOC. Sin embargo, se ha observado en estudios previos que estos síntomas se inician en la etapa de la infancia y la adolescencia (Samuels *et al.*, 2014).

La realización de la curva ROC ha permitido proponer la puntuación de 3 como punto de corte para la detección de TOC. Esta puntuación tiene una adecuada sensibilidad y especificidad con relación al diagnóstico clínico, y aunque es baja supera a las puntuaciones medias del test, que han sido bajas como era de esperar en población escolar.

El desarrollo del CESOC-P no incluyó ítems que valoraran el grado de interferencia; fue pensado como instrumento de cribado con manifestaciones fácilmente observables para los padres. No obstante, la puntuación Likert con cuatro posibilidades de respuesta nos permite obtener una puntuación de gravedad en cada respuesta. La detección de síntomas TOC, a través del CESOC-P en el entorno clínico o comunitario, precisará una evaluación clínica con el niño y con los padres con el fin de orientar una intervención temprana y eficaz tras obtener el diagnóstico e información del nivel de interferencia e impacto.

El presente estudio tiene algunas limitaciones. En primer lugar, el objetivo era obtener un cuestionario breve para ser contestado por los padres, pero la redacción de los ítems del cuestionario inicial aplicado a los padres hacía difícil obtener como versión final un test muy breve. Sería recomendable juntar algunos ítems relacionados con la misma dimensión y realizar nuevos análisis psicométricos en otras muestras y confirmar un punto de corte de detección de TOC. Por otro lado, el tamaño de la muestra utilizada es bastante limitado y en un futuro debería incrementarse, a la vez que incluir muestra clínica.

A pesar de estas limitaciones, los resultados que se han obtenido en el presente estudio, indican que el cuestionario CESOC-P es un instrumento breve, fiable y válido, para la detección de los síntomas obsesivo compulsivos por parte de los padres de sujetos en edad escolar. Puede ser útil en niños prepuberales para detectar manifestaciones no referidas por los niños y puede complementar la información de los autoinformes realizados por los adolescentes. En este estudio, el CESOC-P muestra también una buena relación con los criterios externos de diagnóstico de TOC clínico y las puntuaciones en los ítems de síntomas obsesivo compulsivos del CSI-4. El CESOC-P puede complementar muy bien la información proporcionada por los auto-informes y podría ser aplicado en los centros de atención primaria y de salud mental. Sería importante realizar más análisis psicométricos después de administrar el CESOC-P en otras muestras comunitarias, pediátricas y/o clínicas de niños y adolescentes, con el fin de confirmar los resultados satisfactorios que se han podido comprobar en el presente estudio.

## Referencias

- Abramowitz, J. S. (2008). Obsessive-compulsive disorder. En J. Hunsley y E. J. Mash (dirs.), *A guide to assessments that work* (pp. 275-292). Nueva York, NY: Oxford University Press.
- Achenbach, T. M. y Rescorla, L. A. (2001). *Manual for the ASEBA School-Age Forms and profiles*. Burlington, VT: University of Vermont, Research Center for Children, Youth, and Families.
- Alvarenga, P. G., do Rosario, M. C., Cesar, R. C., Manfro, G. G., Moriyama, T. S., Bloch, M. H., Shavitt, R. G., Hoexter, M. Q., Coughlin, C. G., Leckman, J. F. y Miguel, E. C. (2016). Obsessive-compulsive symptoms are associated with psychiatric comorbidities, behavioral and clinical problems: a population-based study of Brazilian school children. *European Child & Adolescent Psychiatry*, 25, 175-182.
- American Academy of Child and Adolescent Psychiatry (2012). Practice parameters for the assessment and treatment of children and adolescents with obsessive compulsive disorder. *Journal of the American Academic Child & Adolescent Psychiatry*, 51, 98-113.
- American Psychiatric Association (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (5ª ed.). Arlington, VA: American Psychiatric Association.
- Berg, C. J., Rapoport, J. L. y Flament, M. (1986). The Leyton Obsessional Inventory-Child Version. *Journal of the American Academy of Child Psychiatry*, 25, 84-91.
- Canals, J., Hernández-Martínez, C., Cosi, A. y Voltas, N. (2012). The epidemiology of obsessive-compulsive disorder in Spanish school children. *Journal of Anxiety Disorders*, 26, 746-752.
- Carter, A. S., Wagmiller, R. J., Gray, S. A., McCarthy, K. J., Horwitz, S. M. y Briggs-Gowan, M. J. (2010). Prevalence of DSM-IV disorder in a representative, healthy birth cohort at school entry: sociodemographic risks and social adaptation. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 49, 686-698.
- Coles, M. E., Wolters, L. H., Sochting, I., Dehaan, E., Pietrefesa, A. S. y Whiteside, S. P. (2010). Development and initial validation of the Obsessive Belief Questionnaire-Child Version (OBQ-CV). *Depression and Anxiety*, 27, 982-991.
- De Mathis, M. A., Diniz, J. B., Hounie, A. G., Shavitt, R. G., Fossaluza, V., Ferrão, Y., Leckman, J. F., de Bragança Pereira, C., do Rosario, M. C. y Miguel, E. C. (2013). Trajectory in obsessive-compulsive disorder comorbidities. *European Neuropsychopharmacology*, 23, 594-601.
- Foa, E. B., Coles, M. E., Huppert, J. D., Pasupuleti, R. V., Franklin, M. E. y March, J. S. (2010). Development and validation of a child version of the Obsessive Compulsive Inventory. *Behavior Therapy*, 41, 121-132.
- Foa, E. B., Huppert, J. D., Leiberg, S., Langner, R., Kichic, R. y Hajcak, G. (2002). The Obsessive-Compulsive Inventory: development and validation of a short version. *Psychological Assessment*, 14, 485-496.
- Fonseca-Pedrero, E., Paino, M. y Lemos-Giráldez, S. (2008). La diversidad psicopedagógica en el aula: evaluación de problemas emocionales y comportamentales. *Aula Abierta*, 36, 39-48.
- Gadow, K. D. y Sprafkin, J. (1998). *Child Symptom Inventory-4 Screening manual*. Stony Brook, NY: Checkmate Plus.
- Geller, D. (2006). Obsessive-compulsive and spectrum disorders in children and adolescents. *Psychiatric Clinics of North America*, 29, 353-370.

- Geller, D. A., Doyle, R., Shaw, D., Mullin, B., Coffey, B., Petty, C., Petty, C., Vivas, F. y Biederman, J. (2006). A quick and reliable screening measure for OCD in youth: reliability and validity of the obsessive-compulsive scale of the Child Behavior Checklist. *Comprehensive Psychiatry*, 47, 234-240.
- Gadow, K. D. y Sprafkin, J. (1998). *Adolescent Symptom Inventory-4 norms manual*. Stony Brook, NY: Checkmate Plus.
- Godoy, A., Gavino, A., Valderrama, L., Quintero, D. C., Cobos, P., Casado, Y., Sosa, M. D. y Capafons, J. I. (2011). Factor structure and reliability of the Spanish adaptation of the Children's Yale Brown Obsessive-Compulsive Scale-Self Report (CY-BOCS-SR). *Psicothema*, 23, 330-335.
- Greiner, M., Pfeiffer, D. y Smith, R. D. (2000). Principles and practical application of the receiver-operatic characteristic analysis for diagnostic tests. *Preventive Veterinary Medicine*, 45, 23-41.
- Hodgson, R. J. y Rachman, S. (1977). Obsessional-compulsive complaints. *Behaviour Research and Therapy*, 15, 389-395.
- IBM Corp. (2013). IBM SPSS Statistics, v. 22.0 [programa de ordenador]. Armonk, NY: Autor.
- Iniesta-Sepúlveda, M., Rosa-Alcázar, A. I., Rosa-Alcázar Á. y Storch, E. A. (2014). Evidence based assessment in children and adolescents with obsessive-compulsive disorder. *Journal of Child and Families Studies*, 23, 1455-1470.
- Krebs, G. y Heyman, I. (2014). Obsessive-compulsive disorder in children and adolescents. *Archives of Disease in Childhood*, 0, 1-5.
- Lorenzo-Seva U. Y Ferrando P. J. (2006). FACTOR: a computer program to fit the exploratory factor analysis model. *Behavior Research Methods, Instruments, & Computers*, 38, 88-91.
- Martínez-González, A. E., Piqueras, J. A. y Marzo, J. C. (2011). Validation of the Obsessive-Compulsive Inventory Revised (OCI-R) for Spanish adolescent population. *Anales de Psicología*, 27, 763-773.
- Nikolajsen, K. H., Nissen, J. B. y Thomsen, P. H. (2010). Obsessive-compulsive disorder in children and adolescent symptoms dimensions in a naturalistic setting. *Nordic Journal of Psychiatry*, 65, 244-250.
- Nogueira, R., Godoy, A., Romero, P. y Gavino, A. (2012). Propiedades psicométricas de la versión española del Obsessive Belief Questionnaire-Child Version (OBQ-CV) en una muestra no clínica. *Psicothema*, 24, 674-679.
- Pardue, C. M., Sibrava, N. J., Boisseau, C. L., Mancebo, M. C., Eisen, J. L. y Rasmussen, S. A. (2014). Differential parental influence in the familial aggregation of obsessive compulsive disorder. *Journal of Obsessive-Compulsive and Related Disorders*, 3, 215-219.
- Pauls, D. L., Abramovitch, A., Rauch, S. L. y Geller, D. A. (2014). Obsessive-compulsive disorder: an integrative genetic and neurobiological perspective. *Nature Reviews Neuroscience*, 15, 410-424.
- Pertusa, A., Jaurrieta, N., Real, E., Alonso, P., Bueno, B., Segalàs, C., Jiménez-Murcia, S., Mataix-Cols, D. y Menchón, J. M. (2010). Spanish adaptation of the Dimensional Yale-Brown Obsessive-Compulsive Scale. *Comprehensive Psychiatry*, 51, 641-648.
- Piqueras, J. A., Martínez-González, A. E., Hidalgo, M. D., Fullana, M. A. Mataix, D. y Rosa-Alcázar, Á. (2009). Propiedades psicométricas del Inventario obsesivo-compulsivo-revisado en una muestra no clínica de adolescentes mayores. *Behavioral Psychology/Psicología Conductual*, 17, 561-572.
- Piqueras, J. A., Rodríguez-Jiménez, T., Ortiz, A. G., Moreno, E., Lázaro, L. y Godoy, A. (2015). Validation of the Short Obsessive-Compulsive Disorder Screening (SOCS) in children and adolescents. *British Journal of Psychiatry Open*, 1, 21-26.

- Piqueras, J. A., Rodríguez-Jiménez, T., Ortiz, A. G., Moreno, E., Lázaro, L. y Storch, E. A. (En prensa). Factor structure, reliability, and validity of the Spanish version of the Children's Florida Obsessive Compulsive Inventory (C-FOCI). *Child Psychiatry & Human Development*. doi:10.1007/s10578-016-0661-4
- Rapoport, J. L., Inoff-Germain, G., Weissman, M. 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 Disorders*, 14, 535-48.
- Rodríguez-Jiménez, T., Godoy, A., Piqueras, J. A., Gavino, A., Martínez-González, A. E. y Foa, E. B. (En prensa). Factor structure and measurement invariance of the Obsessive-Compulsive Inventory-Child version (OCI-CV) in general population. *European Journal of Psychological Assessment*. doi:10.1027/1015-5759/a000276.
- Rodríguez-Jiménez, T., Piqueras, J. A., Lázaro, L., Moreno, E., Ortiz, A. G. y Godoy, A. (2016). Metric invariance, reliability, and validity of the Child Version of the Obsessive Compulsive Inventory (OCI-CV) in community and clinical samples. *Journal of Obsessive-Compulsive and Related Disorders*, 9, 1-8.
- Rosa-Alcázar, A. I., Ruiz-García, B., Iniesta-Sepúlveda, M., López-Pina, J. A., Rosa-Alcázar, Á. y Parada-Navas, J. L. (2014). Obsessive Compulsive Inventory-Child Version (OCI-CV) in a Spanish community sample of children and adolescents. *Psicothema*, 26, 174-179.
- Rosario-Campos, M. C., Miquel, E.C., Quatrano, S., Chacon, P., Ferrao, Y., Findley, D., Katsovich, L., Scahill, L., King, R. A., Woody, S. R., Tolin, D., Hollander, E., Kano, Y. y Leckman, J. F. (2006). The Dimensional Yale-Brown Obsessive-Compulsive Scale (DY-BOCS): an instrument for assessing obsessive-compulsive symptom dimensions. *Molecular Psychiatry*, 11, 495-504.
- 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, 53-63.
- Samuels, J., Grados, M. A., Riddle, M. A., Bienvenu, O. J., Goes, F. S., Cullen, B., Wang, Y., Greenberg, B. D., Fyer, A. J., McCracken, J. T., Geller, D., Murphy, D. L., Knowles, J. A., Rasmussen, S. A., McLaughlin, M. C., Piacentini, J., Pauls, D. L., Stewart, S. E., Shugart, Y. Y., Maher, B., Pulver, A. E. y Nestadt, G. (2014). Hoarding in children and adolescents with obsessive-compulsive disorder. *Journal of Obsessive-Compulsive and Related Disorders*, 3, 325-331.
- Shafran, R., Frampton, I., Heyman, I., Reynolds, M., Teachman, B. y Rachman, S. (2003). The preliminary development of a new self-report measure for OCD in young people. *Journal of Adolescence*, 26, 137-142.
- Sheehan, D., Lecrubier, Y., Sheehan, H., Amorim, P., Janavs, J., Weiller, E., Hergueta, T., Baker, R. y Dunbar, G. C. (1998). The Mini-International Neuropsychiatric Interview (M.I.N.I.): the development and validation of a structured diagnostic psychiatric interview for DSM-IV and ICD-10. *Journal of Clinical Psychiatry*, 20, 22-33.
- Sheehan, D. V., Sheehan, K. H., Shytle, R. D., Janavs, J., Bannon, Y., Rogers, J. E., Milo, K. M., Stock, S. L. y Wilkinson, B. (2010). Reliability and validity of the Mini International Neuropsychiatric Interview for children and adolescents (MINI-KID). *Journal of Clinical Psychiatry*, 71, 313-326.
- Silverman, W. K. y Albano, A. M. (1996). *The Anxiety Disorders Interview Schedule for DSM-IV: Child and Parent Versions*. San Antonio, TX: The Psychological Corporation.
- Storch, E. A., Rudy, B. M., Wu, M. S., Lewin, A. B. y Murphy, T. K. (2015). Moderators of impairment agreement among parent-child dyads in pediatric obsessive-compulsive disorder. *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment*, 37, 318-328.



- Storch, E. A., Kanna, M.S., Merlo, L.J., Loew, B.A., Franklin, M.E., Reid, J.M., Goodman, W. K y Murphy, T. K. (2009). Children's Florida Obsessive-Compulsive Inventory: psychometric properties and feasibility of a self-report measure of obsessive-compulsive symptoms in youth. *Child Psychiatry & Human Development*, 40, 467-483.
- Storch, E. A., Murphy, T. K., Adkins, J. W., Lewin, A. B., Geffken, G. R., Jhons, N.B., Jann, K. E. y Goodman, W. K. (2006a). The Children's Yale -Brown Obsessive-Compulsive Scale: psychometric properties of child-and parent-report formats. *Journal of Anxiety Disorders*, 20, 1055-1070.
- Storch, E. A., Murphy, T. K., Bagner, D. M., Johns, N. B., Baumeister, A. L., Goodman, W. K. y Geffken, G. R. (2006b). Reliability and validity of the Child Behavior Checklist Obsessive-Compulsive Scale. *Journal of Anxiety Disorders*, 20, 473-485.
- Storch, E. A., Murphy, T. K., Geffken, G.R., Soto, O., Sajid, M., Allen, P., Roberti, J. W., Killiany, E. M. y Goodman, W. K. (2004). Psychometric evaluation of the Children's Yale Brown Obsessive Compulsive Scale. *Psychiatry Research*, 129, 91-98.
- Uher, R., Heyman, I., Mortimore, C., Frampton, I. y Goodman, R. (2007). Screening young people for obsessive compulsive disorder. *British Journal of Psychiatry*, 191, 353-354.

RECIBIDO: 29 de febrero de 2016

ACEPTADO: 29 de junio de 2016