

SALUD MENTAL: TRABAJO ORIGINAL

Validez y confiabilidad de la Escala de Yale Brown versión niños y adolescentes (cy-bocs) en el Perú

Validity and reliability of Yale Brown's Scale version children and teenagers (cy-bocs) in Peru

Cecilia Adrianzen Ronceros¹, Zoila Pacheco Armas², Roxana Vivar Cuba³, Beatrice Macciotta Felices⁴

RESUMEN

Objetivo: Validar la Escala de Yale Brown versión niños y adolescentes (CY-BOCS) para trastorno obsesivo compulsivo (TOC) en niños y adolescentes peruanos.

Método: 46 niños y adolescentes con diagnóstico de TOC (29 de sexo masculino y 17 de sexo femenino, entre 9 y 18 años) fueron evaluados con la escala CY-BOCS. A los 46 pacientes se les aplicó la escala en 2 oportunidades (test y re-test) y se grabó las entrevistas para que éstas sean puntuadas por 2 evaluadoras. La confiabilidad de la escala se determinó evaluando la correlación inter-evaluador, la correlación test/re-test y la consistencia interna. La validez se determinó con la correlación estadística entre los puntajes de la CY-BOCS y la ICG de severidad.

Resultados: La confiabilidad total de la escala fue muy alta, el coeficiente de correlación inter-evaluador de Person fue de 95% y 97 % para el test y re-test respectivamente; el coeficiente de correlación test-retest fue de 90%. La confiabilidad para obsesiones fue de 93% en el test y 96% en el re-test, y para las compulsiones de 97% en el test y 96% en el re-test. La consistencia interna fue muy buena, 87% para los 10 ítems. La validez de la prueba fue de 89% (test) y 83% (re-test).

Conclusión: La CY-BOCS es una escala con alta confiabilidad y validez, y se constituye en un

instrumento indispensable para la evaluación y seguimiento de todo niño y adolescente con TOC.

Palabras clave: Escala Yale Brown, trastorno obsesivo-compulsivo, niños y adolescentes

ABSTRACT

Objective: To validate Yale Brown Scale children and adolescents version (CY-BOCS) in Obsessive Compulsive Disorder (OCD) in peruvian children and adolescents.

Method: 46 children and adolescents with OCD diagnosis (29 male and 17 female, between 9 and 18 years old) were evaluated using CY-BOCS. All 46 patients were tested twice (test and retest) and the interviews were recorded in order to be scored by two examiners. The scale reliability was determined evaluating the correlation inter-examiner, correlation test-retest and the internal consistence.

Results: The total scale reliability was high; the coefficient of correlation inter-examiner of Person was 95% for the test and 97% for the retest and, 90% for correlation test-retest. Obsessions reliability were 93% and 96% for the retest, and the test compulsions reliability were 97% and 96% in the retest. Internal consistence was very good, 87% for 10 items. The test validity was 89% (test) and 83% (retest).

Conclusion: CY-BOCS scale has a high reliability and validity and, it is an indispensable instrument for OCD children and adolescents following and evaluation.

Key words: Yale Brown Scale, Obsessive-compulsive disorder, children and adolescents

INTRODUCCIÓN

Los niños y adultos con TOC tienen similares temas de obsesiones y compulsiones, así como similar respuesta al tratamiento⁽¹⁻⁶⁾. El niño, a diferencia del adulto, casi siempre involucra a sus padres en sus rituales y compulsiones^(3, 5, 7).

¹ Psiquiatra General y Psiquiatra de Niños y Adolescentes.

² Psiquiatra General y Psiquiatra de Niños y Adolescentes. Jefa del Servicio de Psiquiatría Infanto Juvenil del Hospital Nacional "Guillermo Almenara Irigoyen". Profesora auxiliar de la Universidad Nacional Mayor de San Marcos.

³ Psiquiatra General y Psiquiatra de Niños y Adolescentes del Departamento de Niños y Adolescentes del Instituto Nacional de Salud Mental "Honorio Delgado - Hideyo Noguchi". Lima, Perú.

⁴ Psiquiatra General y Psiquiatra de Niños y Adolescentes. Hospital Edgardo Rebagliati Martins. Profesora Asociada de la Universidad Nacional "Federico Villarreal". Lima, Perú.

Para el diagnóstico de TOC en niños y adolescentes se usan los mismos criterios del Manual Diagnóstico y Estadístico de Enfermedades Mentales IV revisión (DSM-IV) que para los adultos, con la diferencia que en el niño no es imprescindible y fundamental la presencia de la capacidad de darse cuenta ^(1, 7, 8). Los estudios epidemiológicos realizados en poblaciones de niños y adolescentes estadounidenses muestran valores de prevalencia de vida de TOC de 1 a 3.6 % y de 4 a 19% para el TOC subclínico (obsesiones y compulsiones no lo suficientemente severos para cumplir todos los criterios de la DSM -IV) ^(1, 8-10).

En la práctica clínica se observa que los pacientes con esta patología presentan diferentes grados de severidad. La evaluación de ésta es fundamental para determinar el tipo de tratamiento ⁽³⁾, por ello se hace necesario contar con un instrumento que permita evaluar la severidad del TOC de forma sistematizada, tanto en el inicio como en el curso de la enfermedad. El Yale-Brown Obsessive Compulsive Scale (Y-BOCS), originalmente producida para adultos ⁽¹¹⁻¹⁴⁾, y posteriormente adaptada para niños y adolescentes (CY-BOCS), es una escala efectiva para medir la severidad de la enfermedad y ha demostrado una alta confiabilidad y validez ⁽¹⁵⁻¹⁷⁾.

La CY-BOCS ha sido validada en otros idiomas como el portugués ⁽¹⁷⁾ y es empleada en la mayoría de investigaciones farmacológicas para evaluar los cambios producidos por el tratamiento en pacientes niños y adolescentes con diagnóstico de TOC ⁽¹⁸⁻²⁵⁾. El objetivo de este trabajo fue evaluar la confiabilidad y validez del CY-BOCS en niños y adolescentes peruanos con trastorno obsesivo compulsivo, con el propósito de contar con un instrumento que permita evaluar cuantitativamente la severidad del trastorno al inicio y en el curso del mismo, así como la respuesta a lo largo del tratamiento.

MATERIAL Y MÉTODOS

La escala fue aplicada a 46 niños y adolescentes entre 9 y 18 años, de ambos sexos, con diagnóstico de TOC, según criterios de la DSM-IV, atendidos en los Departamentos y Servicios de Psiquiatría de Niños y Adolescentes de 3 hospitales: Instituto de Salud Mental Hideyo Noguchi, Hospital Nacional Guillermo Almenara Irigoyen-EsSalud y Hospital Central de la Fuerza Aérea del Perú.

INSTRUMENTOS

Criterios diagnósticos de la DSM-IV.

Escala de Yale Brown para niños y adolescentes (CY-BOCS).

Escala de Impresión Clínica Global para severidad de la enfermedad (ICG-S).

Escala de Yale-Brown para síntomas Obsesivo Compulsivos (CY-BOCS):

La Escala de Yale-Brown para niños y adolescentes con TOC es la misma que la desarrollada para adultos, con la diferencia que las preguntas fueron formuladas al paciente de acuerdo a su nivel de desarrollo cognoscitivo. Se compone de 10 ítems, los 5 primeros se refieren a las obsesiones; y los 5 últimos, a las compulsiones. Cada ítem se cuantifica de 0 (sin síntomas) a 4 (síntomas extremos), obteniéndose una puntuación máxima de 40. Para la evaluación de la severidad, la escala considera la pérdida de tiempo, la incomodidad y la interferencia que causan los síntomas, la resistencia y el grado de control que tiene el paciente sobre ellos. Ver Anexo 1 y 2.

PROCEDIMIENTO

Realizamos la traducción de la escala CY-BOCS del idioma original (inglés) al español. Se consideraron giros idiomáticos y características culturales de la población infanto-juvenil peruana. Posteriormente se envió a juicio de expertos, realizándose una segunda adaptación de acuerdo a las sugerencias de los mismos.

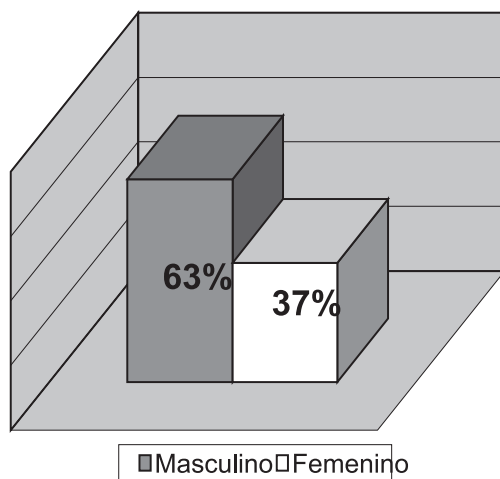
Los padres de los niños y adolescentes a ser evaluados fueron informados sobre los objetivos del estudio y dieron su consentimiento. Los pacientes a su vez estuvieron de acuerdo a ser entrevistados en 2 oportunidades y que cada una de las entrevistas sea grabada en una cinta de audiocaset.

Las participantes en la evaluación de esta escala fueron las autoras. Una psiquiatra infantil que actuó como entrevistadora (evaluadora 1) y aplicó la escala CY-BOCS en dos fechas consecutivas, a las 24 y 48 horas (test y re-test), grabando el contenido de las mismas en una cinta de audio. Las 92 entrevistas grabadas de los 46 pacientes fueron escuchadas y calificadas en los formatos de la escala de Yale Brown, por dos evaluadoras, a las que denominaremos "evaluadora 2", que se escogieron aleatoriamente del grupo de las 3 médicas psiquiatras restantes.

Las puntuaciones obtenidas por las evaluadoras fueron correlacionadas para determinar la confiabilidad de la escala. Los métodos utilizados fueron: Asociación inter-evaluador y asociación test /re-test, empleándose los coeficientes de correlación de Pearson y Sperman, y la consistencia interna fue determinada mediante el coeficiente alfa de Cronbach y la prueba de división por mitades. La validez de la escala se determinó correlacionando los puntajes del CY-BOCS y la ICG de severidad de la enfermedad.

RESULTADOS

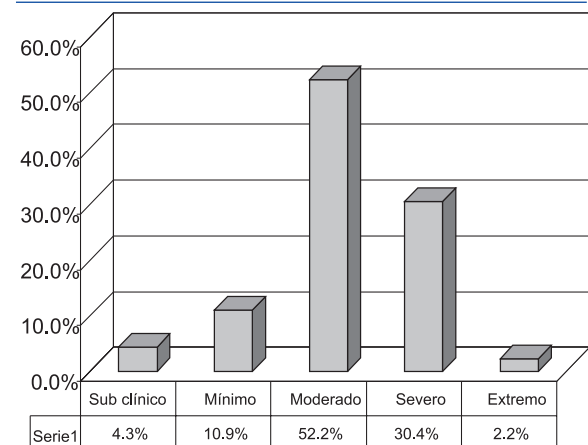
Se entrevistaron 46 pacientes niños y adolescentes con diagnóstico de TOC. 29 fueron del sexo masculino (63%) y 17 del sexo femenino (37%) (Gráfica. 1). El promedio de las edades fue de 13.5 años con un rango de variación de 9 a 18 años y una desviación estándar de 2.5 (Tabla 1). El TOC de los pacientes fue clasificado según el grado de severidad determinada por la escala CY-BOCS en: subclínico (4.3%), mínimo (10.9%), moderado (52.2%), severo (30.4%) y extremo (2.2%) (Gráfica 2). Los puntajes de la CY-BOCS otorgan un promedio de 9.93 para la sub-escala de obsesiones y de 10.65 para la sub-escala de compulsiones (Tabla 2).



Gráfica 1. Distribución por sexo de pacientes niños y adolescentes con TOC (n=46)

Tabla 1. Distribución por edad de pacientes niños y adolescentes con TOC (n=46)

EDAD	N°	%
9	5	11
10	1	2
11	6	13
12	6	13
13	3	7
14	4	9
15	12	27
16	3	7
17	5	11
18	1	2
TOTAL	46	100



Gráfica 2. Grado de severidad del trastorno obsesivo compulsivo en niños y adolescentes con TOC (n=46)

Tabla 2. Distribución según género y puntaje promedio de obsesiones y compulsiones en niños y adolescentes con TOC (n=46)

GÉNERO	EDAD	TEST DE OBSESIONES	TEST DE COMPULSIONES
Masculino (n=29)	13.69±2.59	9.93±3.45	10.69±3.36
Femenino (n=17)	13.06±2.51	9.94±3.96	10.59±3.81
Total (n=46)	13.46±2.55	9.93±3.6	10.65±3.49

La confiabilidad inter-evaluador, resultado de correlacionar los puntajes asignados por las 2 evaluadoras al mismo sujeto, arroja un coeficiente de correlación de Pearson del 95% para el test y de 97% para el re-test, (Tabla 3). La confiabilidad test/re-test registra un coeficiente de correlación de Pearson de 90%. (Tabla 4) y (Gráfica 3). La consistencia interna de la escala determinada por la prueba de 2 mitades y por el coeficiente alfa de Cronbach es de 87% (Gráfica 4). La confiabilidad inter-

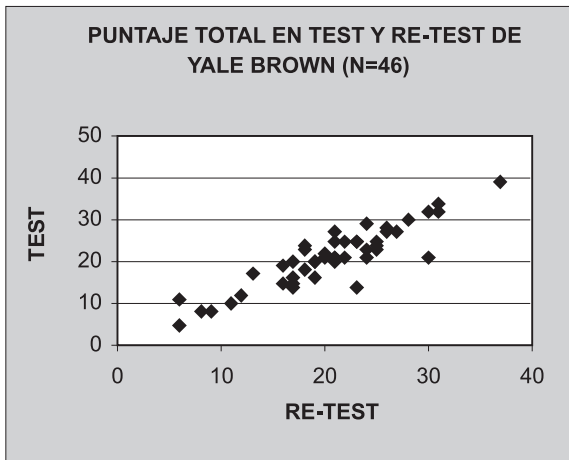
evaluador para obsesiones es de 93% en el test y 96% en el re-test y para las compulsiones es de 97% y 96% en el test y re-test respectivamente (Tabla 5).

Tabla 3. Confiabilidad inter-evaluador de la escala de cy-bocs (n=46)

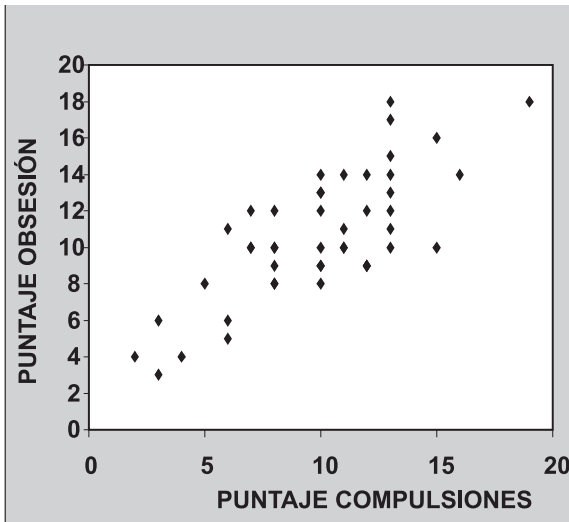
CORRELACIÓN	EVALUADORA 1 Y 2	
	(Test)	(Re-test)
PEARSON	0.965	0.975
SPEARMAN	0.956	0.970

Tabla 4. Confiabilidad test / re-test o confiabilidad en el tiempo (n=46)

CORRELACIÓN	EVALUADORA 1 y 2	
	(Test)	(Re-test)
PEARSON	0.900	0.895
SPEARMAN	0.858	0.857



Gráfica 3. Correlación de los puntajes de test y re-test del cy-bocs en niños y adolescentes con TOC (n=46)



Gráfica 4. Consistencia interna de cy-bocs: prueba de 2 mitades (n=46)

Tabla 5. Asociación inter-evaluador de las obsesiones y compulsiones en el test y re-test (n=46)

ANÁLISIS DE ASOCIACIÓN INTER-EVALUADOR: TEST		
CORRELACIONES EVALUADORA 2 (Test)	EVALUADORA 1 (Test)	
	Obsesiones	Compulsiones
Obsesiones	0.93	-
Compulsiones	-	0.967

ANÁLISIS DE ASOCIACIÓN INTER-EVALUADOR: RE-TEST		
CORRELACIONES EVALUADORA 2 (Re-test)	EVALUADORA 1 (Re-test)	
	Obsesiones	Compulsiones
Obsesiones	0.961	-
Compulsiones	-	0.959

La correlación de los puntajes de la escala de CY-BOCS y la ICG de severidad de enfermedad dan una validez de 89% para el test y 83% para el re-test. (Tabla 6).

Tabla 6. Análisis de asociación de puntajes test y re-test de cy-bocs con impresión clínica global (icgs) (n=46)

TEST (Evaluadora 1)	VS.	ICGS	0.896
RE-TEST (Evaluadora 2)	VS.	ICGS	0.836
TEST (Evaluadora 1)	VS.	ICGS	0.897
RE-TEST (Evaluadora 2)	VS.	ICGS	0.836

La técnica de dos observadores o confiabilidad inter-evaluador: Se encuentra que ambas evaluadoras interpretan de manera similar las respuestas, mostrando un alto índice de correlación de Pearson de 95% para el test y de 97% para el re-test, valores que coinciden con el índice de correlación de Spearman.

La técnica del test y re-test: Nos permite observar que los puntajes asignados en el test y en el re-test, tanto por el evaluador 1 y 2, dan un coeficiente de correlación de Pearson alto y similar en el test y re-test, 90% y 89.5% respectivamente, lo que indica la estabilidad de la escala y su buena confiabilidad en el tiempo.

Prueba dividida en 2 mitades: Es una prueba para estudiar la consistencia interna. En este análisis se dividen los 10 ítems en 2 mitades, la primera

mitad formada por 5 ítems que miden obsesiones y la segunda mitad formada por 5 ítems que miden compulsiones. Se analizan los puntajes obtenidos y se encuentra un índice de consistencia interna de 87%, valor que coincide con el índice encontrado por Alfa de Cronbach (87%), ambos valores indican una buena coherencia interna entre los 10 ítems de la escala.

DISCUSIÓN

En este estudio de validación y confiabilidad de la escala de Yale-Brown para TOC en niños y adolescentes peruanos, encontramos un elevado coeficiente Pearson en la correlación inter-evaluador y en la correlación test/re-test, 95% y 90% respectivamente, para el total de la escala. Scahill et al. 1997⁽¹⁶⁾, en un estudio de confiabilidad y validez en una muestra de 65 niños entre 8 y 17 años, encuentra una confiabilidad de 84%, valor menor al encontrado por nosotras. Este mismo autor reporta una confiabilidad de 91% para obsesiones y 68% para compulsiones, mientras que en nuestro estudio encontramos 93% (test) y 96% (re-test) para obsesiones, y 97% (test) y 96% (re-test) para compulsiones, valores más altos que los encontrados por Scahill. Estos resultados indican que 2 evaluadoras diferentes interpretan la escala de forma similar, así mismo que la escala es estable en tiempo.

La consistencia interna de la prueba estudiada por el coeficiente alfa de Cronbach y por la prueba dividida en 2 mitades da un índice de correlación del 87% en ambos, indicando una alta coherencia entre los 10 ítems de la escala, dato que coincide con el encontrado por Scahill (87%).

La validez de esta escala se realizó correlacionando el CY-BOCS total con la ICG-S, encontrándose una elevada correlación, 89% para el test y 83% para el re-test, lo que significa que la versión CY-BOCS queda respaldada por su significativa correlación con el grado de severidad de enfermedad asignado por el médico tratante. Scahill correlacionó el CY-BOCS con el Leyton Obsessive-Compulsive Inventory (LOI) encontrando un coeficiente de 62%. Es conveniente mencionar que el CY-BOCS se ha vuelto la prueba de oro "gold standard" para evaluar la severidad de los síntomas obsesivo compulsivos.

Goodman^(11,12) en su estudio de validez y confiabilidad de la escala de Yale-Brown (Y-BOCS) en pacientes adultos con TOC encuentra una correlación inter-evaluador de 97%-98%, un coeficiente de

correlación en el tiempo con una semana de diferencia de 81%-97% y una consistencia interna aceptable, el alfa de Cronbach fue de 88%-91% para el total de la escala y de 51%-85% para las 2 subescalas. La validez total y de las subescalas mostró un índice de 33%-62% al correlacionarlos con el Inventario Obsesivo-Compulsivo de Maudsley (MOI) y el Compulsive Activity Checklist. Nicolini et al. 1996⁽¹⁴⁾, en su trabajo con pacientes adultos encuentra coeficientes de correlación inter-evaluador de 84%-97%, coeficiente de alfa de Cronbach de 84-87%, demostrando que la escala en adultos también tiene alta confiabilidad y validez.

Finalmente, podemos concluir que la versión para niños y adolescentes de la escala de Yale Brown es un instrumento confiable (por su alta correlación inter-evaluador y en el tiempo), homogéneo (elevado alfa de Cronbach y prueba de 2 mitades) y válido por su buena correlación con la escala ICG-S. Por lo tanto éste es un instrumento que está disponible para ser utilizado en niños y adolescentes peruanos con diagnóstico de TOC con la finalidad de evaluar la severidad global, síntomas y medir el cambio de los mismos frente al tratamiento.

(ANEXO 1)

VERSIÓN TRADUCIDA AL ESPAÑOL DE LA ESCALA YALE-BROWN PARA TOC (CY-BOCS)

1. **TIEMPO OCUPADO POR PENSAMIENTOS OBSESIVOS:**

P. ¿Cuánto tiempo gastas en un día pensando en esas cosas? ¿Con qué frecuencia se presentan estos pensamientos? (estar seguro de excluir rumiaciones y preocupaciones las cuales, a diferencia de las obsesiones, son egosintónicas y racionales, pero exageradas)

 - 0 Ninguna
 - 1 Leve, intrusión ocasional (menos de 1 hora/día)
 - 2 Moderada, intrusión frecuente (1 a 3 horas/día)
 - 3 Severa, intrusión muy frecuente (entre 3 a 8 horas día)
 - 4 Extrema, intrusión casi constante (más de 8 horas/día)
2. **INTERFERENCIA DEBIDA A PENSAMIENTOS OBSESIVOS:**

P. ¿Cuando vas al colegio o cuando estás con tus amigos o con tus familiares, te vienen estos pensamientos? ¿Te es más difícil concentrarte en la clase o en lo que hablas con tus amigos o en lo que haces por estos pensamientos? ¿Existe algo que no realices por esto? (si actualmente no ocurren en el colegio, tratar de determinar en la sesión cuán afectado estaría el rendimiento en la escuela)

 - 0 Ninguna

- 1 Leve, pequeña interferencia con las actividades sociales o escolares, pero el rendimiento general no está comprometido.
- 2 Moderado, interferencia definitiva con el rendimiento social o escolar, pero aún manejable.
- 3 Severo, causa deterioro sustancial del rendimiento escolar y social.
- 4 Extrema, incapacitante.

3. MALESTAR ASOCIADO CON LOS PENSAMIENTOS OBSESIVOS:

P. ¿Cuánto te molestan o te fastidian estos pensamientos? (considerar ansiedad ocasionada por las obsesiones, no ansiedad generalizada o ansiedad a otros síntomas)

- 0 Ninguna
- 1 Leve, infrecuente y no muy perturbador
- 2 Moderado, frecuente y perturbador, pero aún manejable
- 3 Severo, muy frecuente y muy perturbador
- 4 Extremo, malestar casi constante e incapacitante.

4. RESISTENCIA:

P. ¿Haces esfuerzos para sacar esas ideas de tu mente? ¿Haces mucho esfuerzo? ¿Has dejado de intentarlo? (considerar sólo los esfuerzos por resistir y no el éxito o el fracaso en controlar las obsesiones)

- 0 Hace un esfuerzo para resistir, o los síntomas son tan mínimos que no necesita resistir activamente.
- 1 Trata de resistir la mayor parte del tiempo.
- 2 Hace algún esfuerzo por resistir.
- 3 Se rinde a las obsesiones sin esfuerzo por controlarlas, pero con alguna renuencia.
- 4 Se rinde completa y gustosamente a las obsesiones.

5. GRADO DE CONTROL SOBRE LOS PENSAMIENTOS OBSESIVOS:

P. ¿Cuando tratas de luchar con los pensamientos, puedes vencerlos? (para los niños mayores) ¿Cuánto control tienes sobre estos pensamientos?

- 0 Completo control
- 1 Mucho control, usualmente capaz de detener o desviar las obsesiones con algún esfuerzo y concentración.
- 2 Control moderado, algunas veces capaz de detener o desviar las obsesiones.
- 3 Poco control, rara vez tiene éxito en detener las obsesiones, sólo puede desviar la atención con dificultad.
- 4 Ningún control, las obsesiones se experimentan como algo completamente involuntario, rara vez es capaz de desviar, aunque sea momentáneamente, los pensamientos.

6. TIEMPO INVERTIDO EN REALIZAR CONDUCTAS COMPULSIVAS:

P. ¿Cuánto tiempo dedicas o gastas en realizar

manías que no puedes detener? ¿Con qué frecuencia haces esas manías? (cuando los rituales involucran actividades de la vida diaria y están presentes de forma principal, preguntar), ¿cuánto te toma completar tus actividades diarias debido a estas manías? (en la mayor parte de los casos, las compulsiones son conductas observables, (p.e.: lavarse las manos, pero hay ocasiones en que las compulsiones no son observables (p.e. comprobar en silencio u otros rituales mentales)

- 0 Nada
- 1 Leve, gasta menos de 1 hora/día realizando compulsiones, o presencia ocasional de la conducta compulsiva.
- 2 Moderado, gasta de 1 a 3 horas/día realizando compulsiones, o realiza frecuentemente las conductas compulsivas.
- 3 Severo, gasta entre 3 a 8 horas/día realizando compulsiones, o realiza conductas compulsivas muy frecuentemente.
- 4 Extremo, gasta más de 8 horas/día realizando compulsiones, o las realiza casi constantemente.

7. INTERFERENCIA DEBIDA A CONDUCTAS COMPULSIVAS:

P. ¿Qué tan a menudo se presentan estas manías en el camino al colegio o cuando estás haciendo cosas con tus amigos? ¿Existe algo que no realices por esto? (si actualmente no ocurren en el colegio, tratar de determinar en la sesión cuán afectado estaría el rendimiento en la escuela.

- 0 Ninguna
- 1 Leve, pequeña interferencia con las actividades sociales o escolares, pero el rendimiento general no está comprometido.
- 2 Moderado, interferencia definitiva con el rendimiento social o escolar; pero aún manejable.
- 3 Severo, causa deterioro sustancial del rendimiento escolar y social.
- 4 Extrema, incapacitante.

8. MALESTAR ASOCIADO CON LAS CONDUCTAS COMPULSIVAS:

P. ¿Cómo te sentirías si te impidieran hacer tus manías? (pausa) ¿Qué tan fastidiado te sentirías? (considerar el grado de malestar que el paciente experimentaría si abruptamente se le interrumpiera sin darle alguna seguridad. En muchos, pero no en todos los casos, la realización de compulsiones reduce la ansiedad. Si a juicio del entrevistador, la ansiedad actualmente está reducida al impedir las compulsiones, preguntar) ¿Qué tan molesto te sientes mientras haces tus manías a pesar de estar seguro que éstas serán realizadas?

- 0 Ninguna
- 1 Leve, sólo ansiedad leve si las compulsiones son evitadas, o ansiedad leve mientras se realizan.
- 2 Moderado, la ansiedad aumenta pero continúa siendo manejable si las compulsiones son impedidas, o la

ansiedad aumenta a niveles manejables durante la realización de las compulsiones.

- 3 Severo, ansiedad prominente y muy perturbadora si se interrumpen las compulsiones o durante la realización de las mismas.
- 4 Extremo, ansiedad incapacitante frente a cualquier intervención destinada a modificar la actividad, o ansiedad incapacitante durante la realización de las compulsiones.

9. RESISTENCIA:

P. ¿Cuánto tratas de luchar contra esas manías? ¿Haces esfuerzos para no realizarlas? ¿Has dejado de intentarlo? (sólo considerar los esfuerzos por hacer resistencia, no el éxito o el fracaso en el control de las compulsiones).

- 0 Hace algún esfuerzo por resistir siempre, o los síntomas son tan mínimos que no necesita resistir activamente.
- 1 Trata de resistir la mayor parte del tiempo.
- 2 Hace algún esfuerzo por resistir.
- 3 Se rinde a la mayor parte de las compulsiones sin intentar controlarlas, pero aún con cierto grado de renuencia.
- 4 Se rinde completa y gustosamente a las compulsiones.

10. GRADO DE CONTROL SOBRE LA CONDUCTA COMPULSIVA:

P. ¿Qué tan fuerte es la necesidad de realizar tus manías? (pausa) ¿Cuando tratas de luchar contra ellas, qué sucede? ¿Puedes vencerlas? ¿Cuánto control tienes sobre tus manías?

- 0 Completo control

- 1 Mucho control, experimenta presión para realizar la conducta, pero usualmente es capaz de ejercer control voluntario sobre éstas.
- 2 Control moderado, gran presión para realizar compulsiones, tiene que realizarlas hasta completarlas y sólo puede diferirlas con dificultad.
- 3 Poco control, gran impulso para realizar compulsiones, tiene que realizarlas hasta completarlas y sólo puede diferirlas con dificultad.
- 4 Ningún control, el impulso por realizar las compulsiones se experimenta como algo completamente involuntario y poderoso, raramente es capaz de retrasar, aunque sea momentáneamente, las compulsiones.

(ANEXO 2)

IMPRESIÓN CLÍNICA GLOBAL DE SEVERIDAD (ICG-S)

ICG SEVERIDAD DE LA ENFERMEDAD: ¿Qué tan enfermo considera Ud. está el paciente en estos momentos? Circule el número correspondiente.

SEVERIDAD DE LA ENFERMEDAD	PUNTAJE
NORMAL	0
EN EL LÍMITE	1
LEVEMENTE ENFERMO	2
MODERADAMENTE ENFERMO	3
MARCADAMENTE ENFERMO	4
SEVERAMENTE ENFERMO	5
EXTREMADAMENTE ENFERMO	6
MUY SEVERAMENTE ENFERMO	7

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Grados, M.A., Labuda, M.C., Riddle, M.A. & Walkup, J.F.: Obsessive-compulsive disorder in children and adolescents. *International Review of Psychiatry*, 1997; 9: 83-97.
2. Rauch S, Bates J & Grachev I.: Obsessive-Compulsive Disorder. *Child and Adolescent Psychiatric Clinics of North America*; 1997; 6: 365-381.
3. King, R.A., Leonard, H., March, J.: Practice parameters for the assessment and treatment of children and adolescents with obsessive-compulsive disorder. *J. American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*. 1998; 37:10 Supplement.
4. Organización mundial de la salud (OMS): Décima revisión de la clasificación internacional de las enfermedades: (CIE – 10). Cap. V: Trastornos Mentales y del comportamiento: Descripciones Clínicas y Pautas para el Diagnóstico. Madrid 1992.m
5. American Psychiatric Association (DSM – IV). *Diagnostic and statistical manual of Mental disorders, Fourth Edition*, Washington D.C. 1994.
6. Harold, I., Kaplan, MD; Benjamin, J., Sadock, MD. *Tratado de Psiquiatría*. Editorial Intermédica Edición XXX Aniversario. 1995.
7. Vivar, R., Adrianzen, C., Macciotta, B., Moron, G.: Programa de Atención de Niños y Adolescentes con Trastorno Obsesivo-compulsivo en el Instituto Nacional de Salud Mental "Honorio Delgado-Hideyo Noguchi", Lima. Perú. *Anales de Salud Mental*. 1998; XIV: 45-64.
8. Riddle, M. Obsessive-compulsive disorder in children and adolescents. *British Journal of Psychiatry*, 1998; 173:91-96.
9. March, J., Leonard, H. Obsessive-Compulsive Disorder. *Child and Adolescent Psychiatry -Clinics of North America*: 1997; 6:365-381.
10. Flament, M.F., Whitaker, A., Rapoport, J.L. et al: Obsessive Compulsive disorder in adolescent: An epidemiological study. *J. Am. Acad. Child Adolesc Psychiatry*. 1988; 27:764-775.
11. Goodman, W.K., Price, L.H., Rasmussen, et al: The Yale-Brown Obsessive Compulsive Scale II. Validity. *Archives of General Psychiatry*. 1989; 46, 1006-1011.

12. Goodman, W.K., Price, L.H., Rasmussen, et al: The Yale-Brown Obsessive Compulsive Scale I. Development, use and reliability. Archives of General Psychiatry. 1989; 46, 1012-1016.
13. The American Psychiatric Association: Handbook of Psychiatric Measures. Washington DC.2000.
14. Nicolini, H.; Herrera, K.; Paez, F.; Sanchez de Carmon, M. El al: "Traducción al español y confiabilidad de la Escala Yale-Brown para el Trastorno Obsesivo – Compulsivo". Salud Mental. 1996; (Supl.) 19: 13-16.
15. Goodman WK, Price LH, Rasmussen et al: Children's Yale-Brown Obsessive-Compulsive Scale (CY-BOCS). Department of Psychiatry, Brown University School of Medicine, 1991.
16. Scahill, L., Riddle, M.A., Mcswiggin-Hardin, M., et al. Children! S Yale-Brown Obsessive Compulsive Scale: reliability and validity. J Am Acad Child Adolesc Psychiatry .1997;36:844-852.
17. Asbajar, F.R.; Escalas de avlicao de Trastorno Obsesivo Compulsivo na infancia e adolescencia. Rev.Psiq.Clin. Edicao Especial 1998; 25: 310-390.
18. Vivar, R.M., Adrianzen, C., Macciotta, B., Pacheco, Z., Castro, J., Macher, E Estudio Abierto de Fluvoxamina en Niños y Adolescentes con Trastorno Obsesivo Compulsivo. Anales de Salud Mental. 1999, XV: 61-76.
19. Flament MF, Rapoport JL, Berg CZ, et al: M. Clomipramine treatment of childhood obsessive-compulsive disorder: a double-blind controlled study. Arch Gen Psychiatry, 1985; 42: 977-983.
20. Leonard HL, Swedo SE, Rapoport JL, et al: Treatment of obsessive-compulsive disorder with clomipramine in children and adolescents: a double-blind crossover comparison. Arch Gen Psychiatry, 1989; 46: 1088-1092.
21. Deveaugh-Geiss J, Moroz G, Biederman J, Cantwell D, et al: Clomipramine hydrochloride in child and adolescent obsessive-compulsive disorder- a multicenter trial. Am Acad of Child and Adolescent Psychiatry, 1992; 31: 45-49.
22. Leonard H & Rapoport J Pharmacotherapy of Childhood Obsessive-Compulsive Disorder. Psychiatric Clinics of North America, 1989; 12: 963-970.
23. Apter A, Ratzoni G, King R, Weizman A, Iancu I, Binder M & Riddle M. Fluvoxamine Open-Label Treatment of Adolescent Inpatients with Obsessive-Compulsive Disorder or Depression. J Am Acad Child Adolesc Psychiatry, 1994; 33: 342-348
24. Leonard H & Rapoport J Pharmacotherapy of Childhood Obsessive-Compulsive Disorder. Psychiatric Clinics of North America, 1989; 12: 963-970
25. Robert, E., Hales, M.D.; Stuart, C., Yodofsky, M.D.; John, A. Talbott, M.D. The American Psychiatric Press: Textbook of Psychiatry. 2nd Edition. Washington 1997.

Correspondencia: Zoila Pacheco Armas
zopacheco@hotmail.com

Recibido: 10-01-08
Aceptado: 25-02-08