Estudio de traducción al español y confiabilidad de la escala Yale-Brown para trastorno obsesivo-compulsivo

Humberto Nicolini*, Isabel Kuthy*, Edmundo Hernández*, José Cortés*, Hugo González*, Joaquín Bauer*

Summary

Currently, there are no Spanish rating scales to measure the intensity of the obsessive-compulsive symptomatology. The translation of the Yale-Brown Obsessive-Compulsive Scale is reported in the first section of the study. In the second section of the study we present the preliminary results of the reliability analysis on 11 patients with five raters. The instrument has a very good interrater reliability and a high degree of internal consistency, demonstrated with Cronbach's α Coefficient.

Resumen

En la actualidad no existen instrumentos en español para la medición de la intensidad de los síntomas del trastorno obsesivo compulsivo. En la primera parte del estudio se reporta el proceso de la traducción de la escala Yale-Brown para el trastorno obsesivo compulsivo. En la segunda parte se presentan los resultados del estudio preliminar de confiabilidad en 11 pacientes con cinco evaluaciones cada uno. El instrumento demostró tener una adecuada consistencia interna demostrada por el Coeficiente α de Cronbach y por las altas correlaciones significativas entre los evaluadores.

Introducción

El trastorno obsesivo-compulsivo (TOC) se caracteriza por la presencia de ideas intrusivas y egodistónicas (obsesiones), o bien por conductas repetitivas, intencionales, estereotipadas que casi siempre se presentan como respuesta a una obsesión (compulsiones). Estos síntomas causan alteraciones en diferentes esferas de la vida del individuo[1].

En los Estados Unidos, el TOC tiene una prevalencia a lo largo de la vida del 2 al 3% y se presenta en la misma proporción en ambos sexos[2].

En nuestro país no se cuenta con datos epidemiológicos que permitan conocer con precisión la prevalencia de este trastorno mental. Sin embargo, suponemos que las cifras deben ser similares.

Considerando la elevada presentación del TOC, la necesidad de evaluar y detectar este padecimiento es cada vez más importante. El uso de escalas clínicas semi y estructuradas nos permite hacer valoraciones confiables para detectar la presencia de sintomatología y su variación a lo largo de la historia natural de la enfermedad. Por otro lado, proporcionan una medida objetiva para establecer cambios durante los diferentes tratamientos.

Existen varias escalas de medición específicas para el trastorno obsesivo-compulsivo, no obstante éstas han demostrado tener importantes limitacio-

* *División de Investigaciones.* Instituto Mexicano de Psiquiatría, Calz. México-Xochimilco 101, San Lorenzo Huipulco, 14370 México, D. F.

nes como: a) que su validez no ha sido establecida, b) que no son adecuadas para estudios de tratamiento farmacológico, c) su aplicación resulta poco práctica y d) no cubren la totalidad de la sintomatología[2,3].

En virtud de esto, Goodman y colaboradores crearon la escala Yale-Brown para trastorno obsesivo-compulsivo (Y-BOCS)[4]. Esta escala ha demostrado tener algunas ventajas en comparación a las otras como: 1) ser sensible y selectiva a los cambios en la severidad de la sintomatología, sin que se trate de un instrumento diagnóstico, 2) es fácil de aplicar; evita confundir variables de rasgo-estado; 3) valora síntomas específicos de este trastorno; 4) la calificación total puede ser separada (calificación de obsesiones y compulsiones); 5) no influenciada por el tipo y número de obsesiones y compulsiones presentes, es decir mide únicamente la intensidad del TOC y no se enfoca en el contenido de los síntomas del paciente[4,5].

Descripción de la escala

Es una escala semiestructurada, que debe ser aplicada por el clínico. Consta de 10 apartados; los primeros 5 califican obsesiones y los restantes (6-10) compulsiones. Se califica cada apartado de 0 a 4 puntos (margen de 0-40) (figura 1).

La escala cuenta además con otra serie de apartados mismos que hasta el momento no poseen evidencia que apoye su confiabilidad y validez (11 al 16); éstos valoran aspectos tales como: 11) introspección para las obsesiones y compulsiones; 12) evitación; 13) grado de indecisión; 14) sentido de responsabilidad sobrevaluado; 15) enlentecimiento patológico; 16) duda patológica.

Por último, los apartados 17 al 19 miden: 17) severidad global del padecimiento, calificada por el clínico por un puntaje de 0 a 6, en donde 6 es severidad extrema; 18) mejoría global, que mide mejoría total a partir de la evaluación inicial, de 0 a 6 puntos y 19) confiabilidad, que está basada en el criterio del clínico. Estos tres últimos apartados fueron tomados de la escala clínica de impresión global.

La escala tiene también un listado de las obsesiones y compulsiones más frecuentemente descritas, con el propósito de facilitar al clínico la detección de las obsesiones y compulsiones "blanco", que se enumeran por separado.

Figura 1. Descripción de la escala Yale-Brown para trastorno obsesivo-compulsivo

1.— *Tiempo ocupado por pensamientos obsesivos* (0)Nada (1)Leve (2)Moderado (3)Severo (4)Extremo
2.— *Interferencia debida a pensamientos obsesivos* (0)Nada (1)Leve (2)Moderada (3)Severa (4)Extrema
3.— *Malestar asociado a pensamientos obsesivos* (0)Nada (1)Leve (2)Moderado (3)Severo (4)Extremo
4.— *Resistencia en contra de las obsesiones* (0)Definitivamente resiste (1) (2) (3) (4)Cede completamente
5.— *Grado de control sobre los pensamientos obsesivos* (0)Completo control (1) (2) (3) (4)Sin control
6.— *Tiempo ocupado en la realización de compulsiones* (0)Nada (1)Leve (2)Moderado (3)Severo (4)Extremo
7.— *Interferencia debida a compulsiones* (0)Nada (1)Leve (2)Moderada (3)Severa (4)Extrema
8.— *Malestar asociado a compulsiones* (0)Nada (1)Leve (2)Moderado (3)Severa (4)Extremo
9.— *Resistencia en contra de las compulsiones* (0)Definitivamente resiste (1) (2) (3) (4)Cede completamente
10.— *Grado de control sobre las compulsiones* (0)Completo control (1) (2) (3) (4)Sin control

Diseño del estudio

El protocolo se divide en dos etapas que se realizaron de manera secuencial:

1) Traducción de la escala
2) Confiabilidad

Traducción de la escala: como primer paso para la traducción y adecuación de esta escala, se solicitó autorización al autor principal de ésta, Dr. Wayne Goodman, con el fin de utilizarla en pacientes mexicanos. Posteriormente, se obtuvo una primera versión del inglés al español realizada por dos traductores independientes; esta versión se tradujo nuevamente al inglés y se corrigieron y discutieron las discrepancias surgidas durante el proceso de traducción. De esta manera, luego de las traducciones inglés-español/español-inglés, se tuvo una segunda versión en español que fue distribuida junto con el original en inglés, a clínicos expertos, quienes proporcionaron sus comentarios, en los que se basó la versión final[6].

Confiabilidad: el estudio de confiabilidad se hizo a través de una muestra de 11 pacientes que fueron evaluados por cinco psiquiatras clínicos, previamente habilitados en la aplicación de esta escala.

Todas las entrevistas fueron grabadas en video y realizadas por los diferentes evaluadores[4]. Los pacientes a quienes se aplicó esta entrevista tenían diagnósticos previos de clínicos expertos que no participaron en las entrevistas videograbadas.

Para evaluar la confiabilidad se realizaron los siguientes análisis:

a) Correlación interjueces: los puntajes otorgados por un juez a cada uno de los 11 paciente se correlacionaron por medio del coeficiente de correlación de Pearson, con los obtenidos por los otros jueces[7].
b) Cálculo del error de halo: es el error por el cual un juez tiende a sobrevalorar o subvaluar a un sujeto en particular.
c) Cálculo del error de interacción juez-reactivo: este error consiste en que por alguna razón un juez en particular sobrevalúe o subvalúe un reactivo específico.

Los puntos b y c se evaluaron a través de un análisis de varianza por bloques con dos variables intra[8].
d) Cálculo de la concordancia entre jueces: se calculó a partir de los puntajes totales de cada juez, utilizando el coeficiente de concordancia de Kendall[9].
e) Consistencia interna: se calculó por medio del coeficiente α de Cronbach para cada uno de los jueces[10].

Dentro de este análisis no se considera el hacer un estudio de validez puesto que ésta ya ha sido establecida en la versión original[5].

Resultados

Los resultados aquí reportados únicamente se refieren a los 10 primeros reactivos (incluyendo las preguntas 1b y 6b). El promedio de los puntajes totales de todos los pacientes para cada uno de los evaluadores se presenta en la tabla 1.

Tabla 1
Promedio de los puntajes totales de todos los pacientes para cada uno de los evaluadores

Evaluador	*Promedio del puntaje total ± D.S. (n = 11)*
1	26.8 ± 9.2
2	26.9 ± 9.6
3	29.0 ± 10.2
4	26.0 ± 9.4
5	26.2 ± 9.2

Las intercorrelaciones entre pares de jueces se presentan en la tabla 2, resultando significativas con $p < 0.01$, comprendidas en el margen de 0.95 a 0.99.

Tabla 2
Coeficientes de correlación de Pearson entre pares de evaluadores

Evaluadores	*1*	*2*	*3*	*4*	*5*
1	1.00	0.99	0.98	0.96	0.98
2		1.00	0.99	0.95	0.98
3			1.00	0.95	0.97
4				1.00	0.97
5					1.00

El error de halo no resultó significativo ($F = 1.10$ [40], N.S.), ni tampoco la interacción juez-reactivo ($F = 1.4$ [44] N.S.).

El cálculo del coeficiente de concordancia de Kendall resultó significativo ($W = 0.903$; $p < 0.05$). Los resultados de las α de Cronbach para cada juez estuvieron en un margen de 0.8714 a 0.9241 y se pre-

Tabla 3

Evaluador	*α de Cronbach*
1	0.9108
2	0.9066
3	0.9241
4	0.8714
5	0.8948

sentan en la tabla 3, indicando que la entrevista es homogénea.

Conclusiones

En el presente estudio se reportan los resultados preliminares del estudio de traducción y confiabilidad de la escala Yale-Brown para trastorno obsesivo-compulsivo. Encontramos que la escala de 10 reactivos (incluyendo 1b y 6b) en español es un instrumento homogéneo y confiable para evaluar la severidad de los síntomas obsesivo-compulsivo en los pacientes que han sido previamente diagnosticados con esta patología.

Es interesante señalar que dado los altos coeficientes de correlación, muy similares a los encontrados por Goodman y cols.[4], y a que los pacientes se encontraban en diferentes etapas de tratamiento, este instrumento es confiable para evaluar un amplio intervalo de severidad de síntomas. Sin embargo, los resultados anteriores deben ser tomados como preliminares, debido al pequeño tamaño de la muestra.

Estudios futuros con una muestra más amplia, permitirán ahondar en otros aspectos como es el análisis por separado de los diferentes reactivos y sus propiedades psicométricas.

Agradecimientos

Agradecemos por su valiosa cooperación al Departamento de Audiovisuales, en especial a Víctor Vaugier y Héctor Suárez P.

REFERENCIAS

1. American Psychiatric Association. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. American Psychiatric Press. Washington DC, 1987.
2. ASBERG M, MONTGOMERY SA, PERRIS C, SCHALLING D, SEDVALL G: A comprehensive psychopathological rating scale. *Acta Psychiatr Scand,* 271(suppl):5-27, 1978.
3. COOPER J: The Leyton Obsessional Inventory. *Psychol Med,* 1:48-64, 1970.
4. GOODMAN W, PRICE L, RASMUSSEN S, MAZURE C, FLEISCHMANN R, HILL C, HENINGER G, CHARNEY D: The Yale-Brown Obsessive Compulsive Scale. I. Development, use, and reliability. *Arch Gen Psychiatry*, 46:1006-1011, 1989.
5. GOODMAN W, PRICE L, RASMUSSEN S, MAZURE C, DELGADO P, HENINGER G, CHARNEY D: *The Yale-Brown Obsessive Compulsive Scale. II. Validity. Arch Gen Psychiatry,* 46:1012-1016, 1989.
6. KARNO M, BURNAM A, ESCOBAR J, HOUGH R, EATON W: Development of the spanish-language version of the National Institute of Mental Health Diagnostic Interview Scale. *Arch Gen Psychiatry,* 40:1183-1188, 1983.
7. DANIEL W: Bioestadística. Limusa, México, 1985.
8. GUILFORD SP: *Psychometric Methods.* MacGraw Hill pp. 263-301, 1954.
9. SIEGEL S: *Estadística no Paramétrica.* Edit. Trillas, pp. 262-273, 1976.
10. CRONBACH LJ: Coefficient alpha and the internal structure of tests. *Psychometrika,* 16:297-334, 1951.
11. BURNAM A, KARNO M, HOUGH R, ESCOBAR J, FORSYTHE A: The Spanish Diagnostic Interview Scale. Reliability and comparison with clinical diagnoses. *Arch Gen Psychiatry,* 40:1189-1196, 1983.
12. FLAHERTY J, GAVIRIA M, PATHAK D, MITCHELL T, WINTROB R, RICHMAN J, BIRZ S: Developing instruments for cross-cultural psychiatric research. *J Nerv Men Dis,* 176(5):257-263, 1988.
13. KARNO M, GOLDING J, SORENSON S, BURNAM A: The epidemiology of obsessive-compulsive disorder in five U.S. communities. *Arch Gen Psychiatry,* 45:1094-1099, 1988.