

Estudio de validez y confiabilidad de la versión en español de la escala Yale-Brown del trastorno obsesivo-compulsivo para niños y adolescentes

R. E. Ulloa^a, F. de la Peña^b, F. Higuera^a, L. Palacios^b, H. Nicolini^c y J. M. Ávila^d

^aHospital Psiquiátrico Infantil Dr. Juan N. Navarro. ^bInstituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz.

^cGrupo Médico Carracci. ^dInstituto Nacional de Neurología Manuel Velasco Suárez. México

Validity and reliability of the Spanish version of Yale-Brown rating scale for children and adolescents

Resumen

Introducción. La escala Yale-Brown para niños y adolescentes constituye un instrumento adecuado para evaluar la severidad del trastorno obsesivo-compulsivo (TOC) mediante una entrevista clínica aplicada al paciente y su padre que incluye la calificación sumaria del clínico.

Objetivo. Determinar la validez y confiabilidad de la versión en español de la escala Yale-Brown para TOC en niños y adolescentes.

Métodos. Se realizó la traducción al español, retraducción al inglés y adaptación de la escala. Se evaluaron 28 pacientes (75 % hombres) con edad promedio de 12,1 ($\pm 2,7$) años que acudieron a dos instituciones públicas de atención psiquiátrica de México. Se obtuvieron el coeficiente alfa de Cronbach y la correlación con el diagnóstico de TOC obtenido mediante la entrevista diagnóstica Schedule for Affective Disorders and Schizophrenia for School-Age Children Present and Lifetime version (K-SADS-PL). Para la evaluación de la confiabilidad interevaluador las entrevistas se videograban y calificaron por tres evaluadores independientes. Se obtuvieron los coeficientes de correlación intraclase de las calificaciones dadas por los pacientes, los padres y los sumarios clínicos.

Resultados. La puntuación total del CY-BOCS para la muestra fue 16,5 \pm 9,8. Se obtuvo un coeficiente alfa de Cronbach de 0,87; la correlación con el diagnóstico de acuerdo al K-SADS-PL fue de 0,60 ($p \leq 0,05$). Los coeficientes de correlación intraclase para las calificaciones de acuerdo a los reportes de los pacientes, sus padres y la calificación asignada por el clínico fueron de 0,96, 0,94 y 0,92, respectivamente.

Conclusiones. La versión en español de la escala Yale-Brown es un instrumento válido y confiable, útil para la evaluación de pacientes pediátricos con TOC.

Palabras clave: Escala Yale-Brown. Trastorno obsesivo compulsivo. Niños. Adolescentes.

Summary

Introduction. The Children Yale-Brown Obsessive-Compulsive Scale (CY-BOCS) constitutes a very good instrument for the evaluation of obsessive-compulsive disorder (OCD) symptoms, by a clinical interview administered to the patient and parent, that includes the summary score of the clinician.

Objective. We are proposing a Spanish version of the instrument, which is rated during a brief clinical interview to the parents and the patients. We are presenting data on reliability and validity using two out-patient samples.

Methods. After the translation to Spanish, a back translation and adaptation to Spanish of the CY-BOCS, twenty eight out-patients (75 % male) with a mean age of 12.1 (± 2.7) from two clinical settings on Mexico City were evaluated. Reliability was evaluated by computing the internal consistency (Cronbach's α) on all interviews. To assess interrater agreement, the interviews were videotaped and scored by three independent raters and all of them included both the child and the parent interview. The CY-BOCS total score was correlated with the K-SADS-PL diagnosis.

Results. The CY-BOCS total score for all subjects was 16.5 \pm 9.8. Cronbach's α coefficient was 0.87; Pearson correlation of total CY-BOCS score with the K-SADS-PL diagnosis was 0.60 ($p \leq 0.05$). The intraclass correlations coefficients for the parents, youngsters and clinician were 0.96, 0.94 and 0.92, respectively.

Conclusions: The Spanish version of the CY-BOCS is a reliable and valid instrument, useful for both clinicians and researchers in child and adolescent OCD assessment.

Key words: Yale-Brown scale. Obsessive-compulsive disorder. Children. Adolescents.

Correspondencia:

Rosa Elena Ulloa
Hospital Psiquiátrico Infantil Dr. Juan N. Navarro
San Buenaventura, 86
México, D.F. 14080
Correo electrónico: eulloa@hotmail.com

INTRODUCCIÓN

El trastorno obsesivo-compulsivo (TOC) se caracteriza por la presencia de ideas o imágenes intrusivas y no deseadas que provocan ansiedad (obsesiones) y por conductas repetitivas que se realizan para disminuir la an-

siedad producida por las obsesiones o para prevenir un daño (compulsiones). Para realizar el diagnóstico los criterios del Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (DSM-IV) requieren que las obsesiones y compulsiones estén presentes más de 1 h al día o interfieran con el funcionamiento diario del individuo¹.

La prevalencia a lo largo de la vida de este padecimiento es del 2 al 3% y la prevalencia anual se sitúa entre el 1,5 y el 2,1%. Aunque el TOC suele iniciarse en la adolescencia o a principios de la edad adulta, del 30 al 50% de los casos de adultos reportan inicio de sus síntomas durante la infancia². Los estudios de frecuencia y características clínicas del trastorno en poblaciones de habla hispana son escasos. En 1997 Nicolini et al.³ reportaron prevalencia del 2,3% en población clínica adulta en nuestro medio.

Los resultados de estudios epidemiológicos en población pediátrica muestran prevalencia de 2 hasta el 3,5%, sugiriendo que este padecimiento es más común de lo que se había pensado anteriormente^{4,6}.

El TOC presenta estabilidad diagnóstica a lo largo de la vida; estudios longitudinales han mostrado que el 43% de los niños con TOC continuará con obsesiones y compulsiones de 2 a 7 años después de realizarse el diagnóstico⁷. Las características clínicas del trastorno en niños son similares a las del adulto, excepto por una menor frecuencia de obsesiones en la edad pediátrica; esto puede deberse a la inmadurez cognoscitiva que presentan los niños y que no les permite reconocer sus obsesiones como ideas recurrentes y que les causan malestar o porque el contenido de las mismas les causa temor. Así, el trastorno en niños pequeños a menudo es observable por los padres, quienes pueden describir los rituales que sus hijos realizan y en los que a menudo los hacen participar⁸. Los síntomas de TOC aparentemente evolucionan a través del tiempo o del desarrollo del niño; a menudo el tipo de obsesiones y compulsiones cambia a través del tiempo⁹.

La medición exacta y confiable de la severidad de los síntomas obsesivo-compulsivos en niños y adolescentes debe superar varios obstáculos, entre ellos el carácter secreto de los mismos debido a que producen miedo, culpa o vergüenza y la dificultad cognoscitiva de los niños para reconocer la naturaleza excesiva de sus preocupaciones y hábitos o para distinguir entre el malestar asociado a pensamientos intrusivos y la urgencia para realizar rituales. Estas dificultades crean la necesidad de contar con el reporte del padre y del paciente para tener una descripción más completa de los síntomas¹⁰.

Una vez hecho el diagnóstico de TOC es importante utilizar instrumentos que cuantifiquen la severidad del padecimiento y permitan evaluar la respuesta al tratamiento y los cambios en los síntomas a lo largo del tiempo. Estos instrumentos también son útiles para facilitar a los padres y pacientes el reconocimiento de los síntomas y sus cambios.

Existen diversas escalas de severidad para el TOC, como el Inventario de obsesiones de Leyton¹¹, que se ha utilizado para el evaluación de niños y adultos¹²⁻¹⁴, y el Inventario de obsesiones y compulsiones de Maudsley¹⁵⁻¹⁷; estas

escalas dependen en gran medida de la autoevaluación y sólo examinan algunos tipos de obsesiones y compulsiones¹⁸. Otro instrumento disponible es la Escala del trastorno obsesivo compulsivo de los institutos nacionales de salud mental de Estados Unidos¹⁹, que se utiliza para realizar una evaluación global de acuerdo al criterio del clínico¹⁸.

La introducción de la Escala Yale-Brown para el trastorno obsesivo-compulsivo (YBOCS)^{20,21} constituyó un avance en la evaluación de la severidad del TOC²². Un número considerable de estudios ha verificado su validez, confiabilidad y sensibilidad al cambio en la severidad de los síntomas de la escala^{20,22} tanto en su versión original en inglés como en la versión traducida al español en nuestro país²³.

La versión de esta escala para niños y adolescentes (CYBOCS) fue estudiada por Scahill et al.²⁴, mostrando también adecuada validez y confiabilidad y ha sido utilizada en la práctica clínica y en investigación²⁵⁻²⁸. Esta escala es una versión modificada de la versión para adultos^{20,21}. Consiste en una entrevista semiestructurada de 10 reactivos que se compone de cinco secciones principales: 1. Instrucciones. 2. Listado de obsesiones. 3. Severidad de las obsesiones. 4. Listado de compulsiones. 5. Severidad de las compulsiones. Las listas de obsesiones y compulsiones describen los síntomas más comunes, documentando su presencia en el presente y en el pasado. La severidad de las obsesiones y compulsiones se califica a través de seis reactivos donde se pregunta el tiempo ocupado por los síntomas, la interferencia de los síntomas con las actividades del sujeto, el estrés asociado a los síntomas, la resistencia y el grado de control sobre ellos. Cada uno de estos reactivos se califica en una escala de 0 a 4, donde cero equivale a ausente y 4 a los síntomas más severos. La calificación total de la escala puede ser de 0 a 40 puntos. Se recomienda que la escala se aplique al paciente y a su padre, quienes deben entrevistarse por separado. A pesar de que la escala CYBOCS ha sido utilizada en diversos países²⁹⁻³², no se cuenta con una versión en español validada de este instrumento. El propósito de este estudio fue realizar el proceso de validación y evaluar la confiabilidad de la versión en español de la CYBOCS.

MÉTODOS

Descripción de la muestra

La muestra se compuso de pacientes de ambos sexos, de edades entre los 8 y 16 años, provenientes de la consulta externa de dos instituciones de salud mental pediátrica (Hospital Psiquiátrico Infantil Dr. Juan N. Navarro, HJJN, e Instituto Nacional de Psiquiatría, INP) que se evaluaron a lo largo de 18 meses. Los pacientes y sus padres dieron su consentimiento para ser entrevistados; aquellos pacientes con síntomas psicóticos o de manía al momento de la valoración, o que no fueron capaces de comprender las preguntas de la entrevista se excluyeron del estudio.

Instrumentos diagnósticos

La K-SADS-PL es una entrevista diagnóstica semiestructurada para población clínica de 8 a 18 años. Consta

de varias secciones: la primera investiga los datos demográficos y antecedentes de los pacientes, la segunda consta de un tamizado que contiene preguntas sonda para 46 categorías diagnósticas, la tercera es un listado de suplementos a completar, la cuarta comprende cinco suplementos diagnósticos y la última valora el nivel de funcionamiento del paciente en el momento de la entrevista y en el pasado. Por medio de la entrevista al paciente y a sus padres se pueden realizar diagnósticos de acuerdo a los criterios del DSM-III-R y DSM-IV presentes en el momento actual o a lo largo de la vida. Esta entrevista incluye tanto preguntas sonda en el tamizado como un suplemento para determinar el diagnóstico de trastorno obsesivo-compulsivo³³. Se cuenta con una versión de este instrumento en español³⁴.

Procedimiento

Se realizó la traducción y adaptación del instrumento al español por clínicos expertos en psicopatología infantil. Previamente a la inclusión de pacientes para el estudio de validación, la versión obtenida de la escala fue aplicada y calificada por los evaluadores en un estudio piloto, en el que se logró el 80 % de acuerdo interevaluador para la calificación de la severidad. Para el estudio de validación un clínico previamente entrenado aplicó la entrevista introductoria, la sección del tamizado y el suplemento de TOC de la K-SADS-PL para determinar si el paciente cumplía los criterios diagnósticos del DSM-IV para TOC y determinar la validez de constructo externo. Para el estudio de confiabilidad las entrevistas a los pacientes y sus padres se filmaron y fueron calificadas por dos evaluadores más, obteniéndose las calificaciones de tres evaluadores independientes. Se tomaron en cuenta las calificaciones obtenidas de acuerdo al reporte del padre y el hijo. Debido a que la inconsistencia entre los informantes a menudo requiere el uso del juicio clínico, se decidió incluir una sección de sumario, donde el clínico calificaba la severidad de los síntomas de acuerdo a su perspectiva después de entrevistar a los pacientes y sus padres.

Análisis estadístico

Se utilizó estadística descriptiva (frecuencias, porcentajes y promedios) y comparativa (prueba de la *t* de Student) para analizar las características demográficas y clínicas de la muestra.

La consistencia interna del instrumento se evaluó a través del coeficiente α de Cronbach en todas las entrevistas. La validez de criterio externo se estimó a través de la correlación de las puntuaciones de la escala CYBOCS con el diagnóstico de la K-SADS-PL. Las subescalas de obsesiones y compulsiones, así como las calificaciones totales de la escala de acuerdo a las calificaciones de los pacientes, padres y clínicos se analizaron por medio de coeficientes de correlación intraclase³⁵. El nivel de significación estadística se estableció con $p \leq 0,05$.

RESULTADOS

Se evaluaron 28 niños y adolescentes (75 % hombres), cuya edad promedio fue $12,1 \pm 0,71$ años; de ellos se obtuvieron 84 calificaciones para el análisis de confiabilidad. La puntuación total de la escala para la muestra fue de $16,5 \pm 9,8$. No se encontraron diferencias significativas en la puntuación de la escala entre hombres y mujeres ni entre niños (menores de 13 años) y adolescentes, aunque se observó que los padres de los varones calificaron con mayor puntuación la sintomatología de sus hijos en comparación con los padres de las mujeres ($10,25 \pm 2,49$ frente a $6,8 \pm 2,78$; $t = 2,5$; $13,5$ gl; $p = 0,03$).

Las figura 1 muestra las frecuencias de los diferentes tipos de obsesiones y compulsiones de acuerdo a los reportes de padres e hijos.

El coeficiente de confiabilidad α de Cronbach indicó una consistencia interna para los 10 reactivos de la escala de 0,87. La correlación de Pearson de la calificación total de la escala CYBOCS con el diagnóstico de acuerdo a la entrevista K-SADS-PL fue de 0,60 ($p \leq 0,05$).

La tabla 1 indica el promedio y el intervalo de calificaciones para las subescalas de obsesiones y compulsiones dadas por cada evaluador en las calificaciones obtenidas de acuerdo a los padres, pacientes y mejor estimación del clínico.

DISCUSIÓN

El objetivo de este estudio fue evaluar la validez y confiabilidad interevaluador de la versión en español de la escala CYBOCS. El diseño de la escala como una entrevista semiestructurada permitió al clínico adaptar las preguntas para facilitar su comprensión por los pacientes y sus padres.

Las características demográficas de esta muestra fueron similares a las del estudio de la validación de la escala en inglés; en contraste con esa muestra, se obtuvieron las entrevistas completas de padres e hijos en el total de los sujetos.

La disparidad entre las frecuencias de obsesiones y compulsiones reportadas por padres e hijos coincide con reportes previos²⁴, aunque se redujo en los pacientes con mayores puntuaciones en la escala y los pacientes con mayor edad. Esto puede deberse al carácter secreto de las obsesiones, ya que los niños temen a su contenido y no le comunican estos síntomas a sus padres, y a la dificultad de los niños pequeños para identificar sus compulsiones como actos excesivos, siendo sólo identificados por los padres³⁶.

Aunque la diferencia en frecuencia y severidad por sexo observada en la calificación de padres apoya reportes previos acerca de la mayor frecuencia del trastorno de inicio en la infancia en varones^{37,38}, las calificaciones obtenidas de acuerdo a la impresión de los pacientes y del clínico no reprodujeron este hallazgo. Esto podría deberse a diferencias en los patrones de crianza dados por la cultura, donde se espera que las niñas y adolescentes

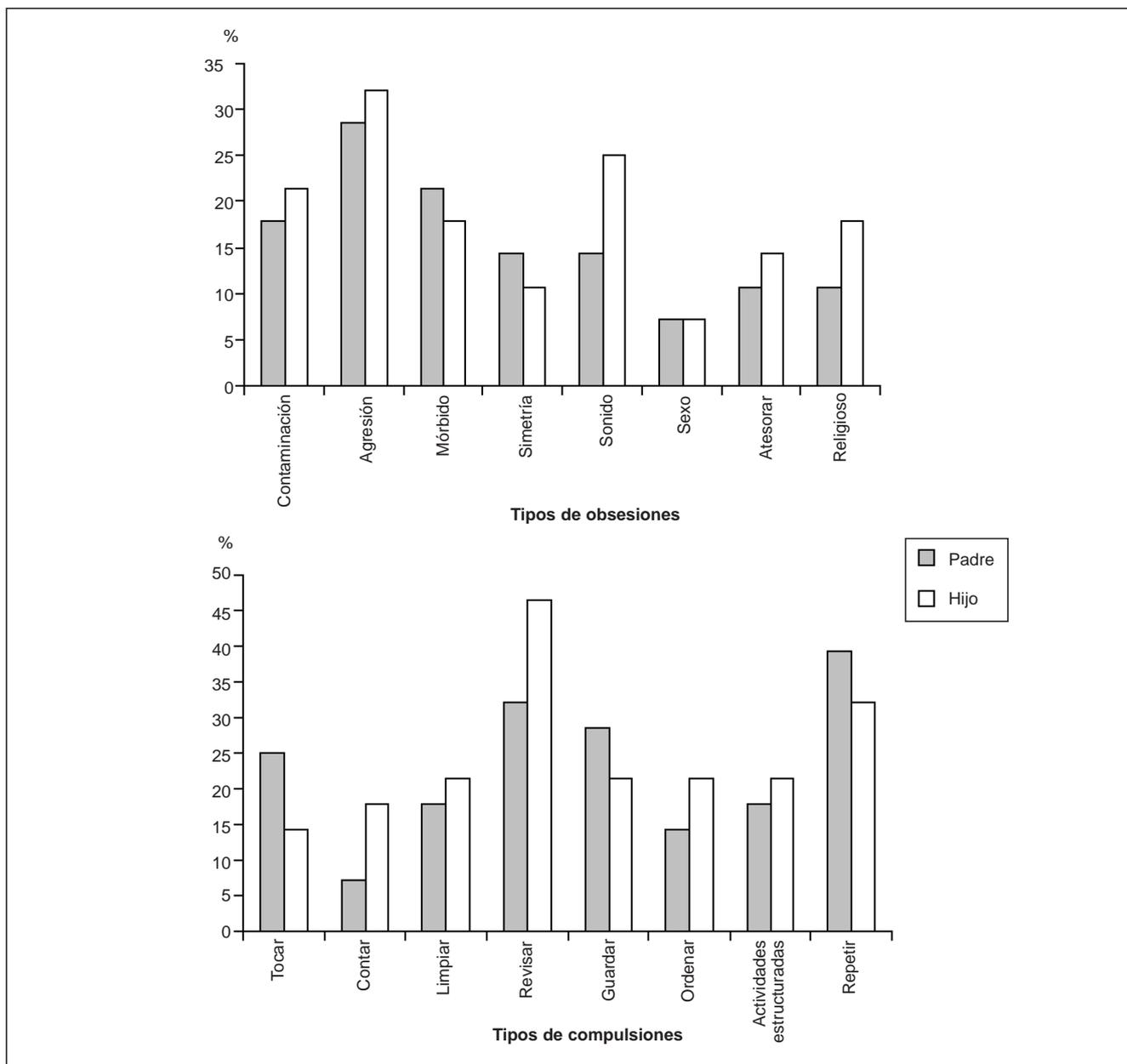


Figura 1. El panel superior muestra la frecuencia (en porcentaje) con la que padres e hijos reportaron ideas obsesivas; el panel inferior muestra la frecuencia de las diferentes compulsiones reportadas por padres e hijos.

sean ordenadas y más cuidadosas con los objetos, por lo que los padres no detectarían tan fácilmente el carácter irracional o excesivo de compulsiones de orden y limpieza. Esto resalta la importancia de contar con las calificaciones del paciente y el clínico para una evaluación adecuada.

En forma similar a su versión en inglés²⁴, los indicadores de validez y confiabilidad de la versión en español de este instrumento resultaron satisfactorios. La calificación total de la escala se correlacionó con el diagnóstico obtenido por medio de la entrevista K-SADS-PL, ya que los pacientes con diagnóstico de TOC obtuvieron calificación

nes más altas en la CY-BOCS; estudios posteriores podrán calcular un punto de corte diagnóstico para este instrumento. Asimismo, el uso de escalas de ansiedad y depresión sería de utilidad para corroborar la validez divergente de este instrumento.

El valor del coeficiente α de Cronbach fue el mismo que se obtuvo en la validación de la versión original de la escala en inglés, reflejando homogeneidad de las calificaciones de cada reactivo con la calificación total del instrumento³⁹.

En forma similar a la versión en español para adultos²³ y a los resultados obtenidos en el estudio de confiabili-

TABLA 1. Promedio (\pm desviación estándar) de calificaciones otorgadas por cada evaluador en la entrevista al padre, hijo y el sumario clínico y valor de coeficiente de correlación intraclass para cada calificación

	<i>Obsesiones (DE)</i>	<i>Compulsiones (DE)</i>	<i>Total (DE)</i>	<i>CCI (IC 95%)</i>
Calificaciones de los padres				
Evaluador 1	5,83 (5,86)	9 (6,45)	14,39 (10,22)	
Evaluador 2	6,68 (5,94)	9,55 (6,38)	16,36 (10,63)	
Evaluador 3	6,52 (5,68)	9,37 (5,83)	15,36 (10,32)	0,96 (0,91-0,98)
Calificaciones de los hijos				
Evaluador 1	6,3 (5,31)	6,22 (4,7)	12,52 (8,45)	
Evaluador 2	6,5 (5,4)	6,09 (4,65)	12,59 (8,21)	
Evaluador 3	6,08 (5,02)	6,3 (5,36)	11,59 (9,16)	0,94 (0,87-0,97)
Calificaciones del clínico				
Evaluador 1	8,17 (5,11)	8,39 (5,77)	16,57 (9,82)	
Evaluador 2	7,05 (5,23)	8,91 (6,28)	15,95 (8,3)	
Evaluador 3	7,38 (5,43)	9,13 (5,68)	16 (10,49)	0,92 (0,82-0,97)

dad de la versión en inglés, los coeficientes de correlación intraclass mostraron excelente confiabilidad inter-evaluador.

Es importante tomar en cuenta que los indicadores de validez y confiabilidad de la escala se obtuvieron a partir de las calificaciones de ambos informantes y el clínico, lo que sugiere la utilidad del sumario para la evaluación de la severidad de los síntomas.

En conclusión, la versión en español de la CYBOCS constituye un instrumento válido y confiable, de utilidad tanto para clínicos como investigadores en la evaluación de la severidad del TOC de inicio en la infancia y adolescencia.

BIBLIOGRAFÍA

- American Psychiatric Association. Diagnostic and statistical manual of mental disorders, 4th ed. (DSM-IV). Washington: American Psychiatric Association, 1994.
- Rasmussen SA, Eisen JL. Epidemiology of obsessive compulsive disorder. *J Clin Psychiatry* 1990;51:10-3.
- Nicolini H, Orozco B, Giuffra L, Páez F, Mejía J, Sánchez de Carmona M, et al. Age of onset, gender and severity in obsessive-compulsive disorder. A study on a Mexican population. *Salud Mental* 1997;20:1-4.
- Flament MF, Whitaker A, Rapoport JL, Davies M, Berg CZ, Kalikow K, et al. Obsessive compulsive disorder in adolescence: an epidemiological study. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 1988;27:764-71.
- Valleni-Basile LA, Garrison CZ, Jackson KL, Waller JL, McKeown RE, Addy CL, et al. Frequency of obsessive-compulsive disorder in a community sample of young adolescents. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 1994;33:782-91.
- Zohar AH, Ratzoni G, Pauls DL, Apter A, Bleich A. An epidemiological study of obsessive-compulsive disorder and related disorders in Israeli adolescents. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 1992;31:1057-61.
- Leonard H, Swedo S, Lenane M. A 2-to 7 year follow-up study of 54 obsessive-compulsive disorder children and adolescents. *Arch Gen Psychiatry* 1993;50:429-39.
- Rapoport JL, Swedo SE, Leonard HL. Childhood obsessive compulsive disorder. *J Clin Psychiatry* 1992;53:11-6.
- Swedo SE, Rapoport JL. Phenomenology and differential diagnosis of obsessive-compulsive disorder in children and adolescents. En: Rapoport JL, editor. *Obsessive-compulsive disorder in children and adolescents*. Washington: American Psychiatric Press, 1989; p.13-32.
- King RA, Scahill L. Obsessive-compulsive disorder in children and adolescents. En: Robertson MM, Eapen V, editores. *Movement and allied disorders in childhood*. New York: Wiley, 1995; p. 42-56.
- Robertson J, Mulhall D. The clinical value of obsessionality: a development of the Leyton obsessional inventory. *Psychol Med* 1979;9:147-54.
- Bamber D, Tamplin A, Park RJ, Kyte ZA, Goodyer IM. Development of a short Leyton obsessional inventory for children and adolescents. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 2002;41:1246-52.
- Rickards H, Robertson M. A controlled study of psychopathology and associated symptoms in tourette syndrome. *World J Biol Psychiatry* 2003;4:64-8.
- Roussos A, Francis K, Koumoula A, Richardson C, Kabakos C, Kiriakidou T, et al. The Leyton obsessional inventory-child version in Greek. Adolescents standardization in a national school-based survey and two-year follow-up. *Eur Child Adolesc Psychiatry* 2003;12:58-66.
- Hodson R, Rachman S. Obsessional compulsive complaints. *Behav Research Ther* 1977;15:674-77.
- Toros F, Tot S, Avci A. Tourette disorder in children and adolescents: sociodemographic, clinical features and comorbidity. *Turk Psikiyatri Derg* 2002;13:187-96.
- Diler RS, Avci A. Sociodemographic and clinical characteristics of Turkish children and adolescents with obsessive-compulsive disorder. *Croat Med J* 2002;43:324-29.
- Nicolini H. Escalas de evaluación de los trastornos ansiosos. En: Apiquian R, Fresán A, Nicolini H, editores. *Evaluación de la psicopatología. Escalas en Español*. México: JGH, 2000; p. 37-47.
- Benazon NR, Ager J, Rosenberg DR. Cognitive behavior therapy in treatment-naive children and adolescents with obsessive-compulsive disorder: an open trial. *Behav Res Ther* 2002;40:529-39.
- Goodman W, Price L, Rasmussen S. The Yale-Brown obsessive compulsive scale. I: development, use, and reliability. *Arch Gen Psychiatry* 1989;46:1006-11.

21. Goodman W, Price L, Rasmussen S. The Yale-Brown obsessive compulsive scale. II: validity. *Arch Gen Psychiatry* 1989;46:1012-6.
22. Kim S, Dysken M, Kuskowski M. The Yale-Brown obsessive compulsive scale: a reliability and validity study. *Psychiatry Res* 1990;34:99-106.
23. Nicolini H, Herrera K, Páez F, Sánchez de Carmona M, Orozco B, Lodeiro G, de la Fuente JR. Traducción al español y confiabilidad de la escala Yale-Brown para el trastorno obsesivo-compulsivo. *Salud Mental* 1996;19:13-6.
24. Scahill L, Riddle M, Hardin M, Ort SI, King RA, Goodman WK, et al. Children's Yale Brown obsessive compulsive scale: Reliability and validity. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 1997;36:844-52.
25. DeVaugh-Geiss J, Molroz G, Biederman J. Clomipramine in child and adolescent obsessive-compulsive disorder: a multicenter trial. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 1992;31:45-9.
26. Hanna G. Demographic and clinical features of obsessive-compulsive disorder in children and adolescents. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 1995;34:19-27.
27. Leonard H, Swedo S, Lenane M. A 2-to 7-year follow up study of 54 obsessive-compulsive children and adolescents. *Arch Gen Psychiatry* 1993;50:429-39.
28. Riddle M, Scahill L, King R. Double-blind crossover trial of fluoxetine and placebo in children and adolescents with obsessive-compulsive disorder. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 1992;31:1062-9.
29. Reddy YC, Reddy PS, Srinath S, Khanna S, Sheshadri SP, Girimaji SC. Comorbidity in juvenile obsessive-compulsive disorder: a report from India. *Can J Psychiatry* 2000;45:274-8.
30. Kozlova IA, Burelomova IV, Goriunov AV, Grebchenko IuF, Masikhina SN. An experience of the application of risperidone in childhood schizophrenia. *Zh Nevrol Psikhiatr Im S Korsakova* 2001;101:35-8.
31. Liebowitz MR, Turner SM, Piacentini J, Beidel DC, Clarvit SR, Davies SO, et al. Fluoxetine in children and adolescents with OCD: a placebo-controlled trial. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 2002;41:1431-8.
32. Hanna GL, Piacentini J, Cantwell DP, Fischer DJ, Himle JA, Van Etten M. Obsessive-compulsive disorder with and without tics in a clinical sample of children and adolescents. *Depress Anxiety* 2002;16:59-63.
33. Kaufman J, Birmaher B, Brent D. Schedule for affective disorders and schizophrenia for school-age children-present and lifetime version (K-SADS-PL): initial reliability and validity data. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 1997;36:980-88.
34. De la Peña F, Ulloa RE, Higuera F, Ortiz S, Arechavaleta B, Foullux C, et al. Interrater reliability of the Spanish version of the K-SADS-PL. 49th Annual Meeting American Academy of Child and Adolescent Psychiatry. San Francisco, 2002.
35. Guilford. *Fundamental statistics in psychology and education*. New York: McGraw Hill, 1956.
36. Beer D, Karitani M, Leonard H, March J, Swedo S. Obsessive-compulsive disorder. En: Kutcher S, editor. *Practical child and adolescent psychopharmacology*. Cambridge: Cambridge University Press, 2002; p. 159-86.
37. Flament M, Rapoport J, Berg C, Sceery W, Kilts C, Mells-trom B, et al. Clomipramine treatment of childhood obsessive-compulsive disorder. *Arch Gen Psychiatry* 1985;42:977-83.
38. Geller D, Biederman J, Jones J, Park K, Schwartz S, Shapiro S, Coffey, B. Is juvenile obsessive-compulsive disorder a developmental subtype of the disorder? A review of the pediatric literature. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 1998;37:420-27.
39. Cronbach LJ. Coefficient alpha and the internal structure of tests. *Psychometrika* 1951;16:297-34.