

# Validación de una versión en español de la Escala Yale-Brown para el Trastorno Obsesivo-Compulsivo

H. J. Sal y Rosas\*, J. M. Vega-Dienstmaier\*\*\*, G. Mazzotti Suárez\*\*\*, H. Vidal\*\*, B. Guimas\*\*, C. Adrianzén\*\*\* y R. Vivar\*\*

\*Universidad Peruana Cayetano Heredia. \*\*Instituto Nacional de Salud Mental «Honorio Delgado-Hideyo Noguchi». \*\*\*Hospital Victor Larco Herrera (Lima-Perú).

## Validation of a version in Spanish of the Yale-Brown Obsessive-Compulsive Scale

### Resumen

**Introducción.** El objetivo del estudio es validar una versión en español de la escala Yale-Brown (Y-BOCS).

**Método.** Se administró a 20 pacientes con trastorno obsesivo-compulsivo (TOC) el Inventario Obsesivo-Compulsivo de Maudsley (MOI) y una versión en español de la Y-BOCS. La aplicación de esta última estuvo a cargo de un «entrevistador», fue filmada y luego vista y calificada por otros 4 «observadores». Además, se registró la opinión del médico tratante sobre la severidad de los síntomas del paciente. Al entrevistador y a los observadores se les denominó «evaluadores».

**Resultados.** Los promedios de puntuaciones totales de la Y-BOCS asignados por los 4 observadores variaron entre 18,35 y 19,55, siendo las máximas de 34 a 35 y las mínimas de 1 a 5. La correlación de Pearson entre evaluadores fue significativa en todos los casos con  $r > 0,86$  y  $p < 0,001$ . Las puntuaciones de la Y-BOCS obtenidas por cada uno de los evaluadores correlacionaron significativamente con las del MOI ( $p < 0,001$ ) y con la opinión del médico tratante ( $p < 0,05$ ). No se encontró correlación significativa entre esta última y el MOI. El coeficiente de Cronbach tuvo un rango de 0,8789 a 0,9488.

**Conclusiones.** La versión en español de la Y-BOCS es confiable, homogénea y válida para cuantificar los síntomas obsesivo-compulsivos, y tiene más correlación con la opinión del médico tratante que el MOI.

**Palabras clave:** trastorno obsesivo-compulsivo, psicometría, escalas, Y-BOCS.

### Summary

**Introduction.** The objective of this study is to validate a version in Spanish of the Yale-Brown Obsessive-Compulsive Scale (Y-BOCS).

**Method.** We administered to 20 patients with obsessive-compulsive disorder (OCD) the Maudsley Obsessive-Compulsive Inventory (MOI) and a version in Spanish of the Y-BOCS. The application of the last one was performed by an «interviewer», filmed, and then watched and rated by other 4 «observers». In addition, the opinion of the treating psychiatrist about the severity of the patient's symptoms was registered. The interviewer and the observers were named «raters».

**Results.** The mean scores of the Y-BOCS assigned by the 4 observers were from 18.35 to 19.55; the maximum scores, from 34 to 35; and the minimum scores, from 1 to 5. The Pearson's correlations between raters were significant for all cases ( $r > 0.86$  and  $p < 0.001$ ). For all raters, Y-BOCS scores significantly correlated with MOI scores ( $p < 0.001$ ) and the opinion of the treating psychiatrist ( $p < 0.05$ ). We did not find significant correlation between the last one and MOI scores. The Cronbach's coefficients ranged from 0.8789 to 0.9488.

**Conclusions.** The Spanish version of the Y-BOCS is reliable, homogeneous and valid for quantification of the obsessive-compulsive symptoms, and has more correlation with the opinion of the treating psychiatrist than the MOI.

**Key words:** obsessive-compulsive disorder, psychometrics, scales, Y-BOCS.

## INTRODUCCIÓN

Se han creado múltiples instrumentos de evaluación (escalas) para el trastorno obsesivo-compulsivo (TOC),

entre los cuales tenemos: *Yale-Brown Obsessive-Compulsive Scale* (Y-BOCS)<sup>1</sup>, *Maudsley Obsessive-Compulsive Inventory* (MOI)<sup>2</sup>, *Leyton Obsessive-Compulsive Inventory* (LOI)<sup>3</sup>, *The Symptom Check-List 90* (SCL-90 OCS)<sup>4,5</sup>, *Mental Health Global Obsessive-Compulsive Scale* (NIMH-GOCS)<sup>6</sup>, *Ice 10 Subcategories for Obsessive-Compulsive Disorder*<sup>7</sup> y *Padua Inventory* (PI)<sup>8</sup>. Sin embargo, algunos de ellos presentan ciertos inconvenientes como el no ser adecuados para estudios de seguimiento farmacológico o basarse sólo en las obsesio-

### CORRESPONDENCIA:

H. J. Sal y Rosas.  
Dirección postal: Mz A Lt 8, Altamar, La Perla.  
Callao, Lima, Perú.  
Correo electrónico: hsyrr@inter.net.pe.

nes y compulsiones más frecuentes sin cubrir la totalidad de los síntomas<sup>1</sup>.

Goodman et al diseñaron en 1989 la escala Y-BOCS para el TOC definido según los criterios del DSM-III-R<sup>1</sup>. La escala mide la intensidad del TOC sin basarse en el contenido de los síntomas, valora por separado obsesiones y compulsiones, es sensible y selectiva a los cambios en la severidad de los síntomas, no es un instrumento diagnóstico, se aplica en forma rápida y práctica, y no confunde variables de rasgo y estado. De este modo, la Y-BOCS está creada para utilizarse en pacientes con diagnóstico de TOC siendo un método adecuado para medir la intensidad de los síntomas y su variación ante el tratamiento<sup>1</sup>.

Múltiples estudios de comparación y validación entre los instrumentos creados para medir sintomatología obsesivo-compulsiva concluyen que, de todos ellos, la Y-BOCS es el más adecuado por su mayor confiabilidad<sup>1-3,7,9,10</sup>, consistencia interna<sup>2,10,11</sup> y sensibilidad al cambio<sup>3,10,12</sup>.

Actualmente en Perú no existe una versión validada en español de una escala que permita valorar la sintomatología obsesivo-compulsiva en adultos. Son escasos los estudios que evalúan versiones en español de la Y-BOCS, entre ellos tenemos el de Nicolini et al que examina la fiabilidad de la escala en la población mexicana<sup>11</sup>. En vista de este vacío se ha llevado a cabo el presente trabajo para proveer al psiquiatra de un instrumento para evaluar el TOC que sirva de base para la realización de futuros estudios en esta patología, especialmente en el campo de la terapéutica.

## METODOLOGÍA

### Sujetos

Se estudió a 20 pacientes con TOC según los criterios del DSM-IV, 19 de ellos procedentes del Servicio de Consulta Externa del Instituto Nacional de Salud Mental «Honorio Delgado-Hideyo Noguchi» (Lima-Perú) y 1 de la consulta privada. Se incluyó a sujetos de ambos sexos, mayores de 18 años de edad y con al menos instrucción primaria completa. Fueron excluidos los pacientes con abuso de alcohol o drogas, enfermedades neurológicas severas, trastornos epilépticos, retardo mental y patología clínicamente importante de tipo renal, endocrino, hepático o respiratorio.

### Instrumentos

#### *Escala de Yale-Brown para síntomas obsesivo-compulsivos*

La Y-BOCS que fue desarrollada y validada por Goodman et al<sup>1,10</sup> se compone de 10 ítems; los primeros 5 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, y la resistencia y el grado de control que tiene el paciente sobre ellos. Nicolini et al llevaron a cabo una traducción de la versión en inglés de Goodman et al<sup>1</sup> y la adaptaron para los pacientes mexicanos encontrando una adecuada homogeneidad y correlación entre evaluadores<sup>11</sup>. Finalmente, la versión de Nicolini et al fue sometida por nuestra parte a una evaluación por 3 psiquiatras con experiencia en TOC quienes hicieron algunas modificaciones para adecuarla a los pacientes peruanos.

#### *Inventario Obsesivo-Compulsivo de Maudsley*

Se usó una versión en español del MOI, una escala autoadministrable que cuenta con 30 ítems que se responden con las opciones de «verdadero» o «falso». Este instrumento es uno de los más usados, estudiados y de fácil administración para la evaluación de síntomas obsesivo-compulsivos<sup>13-17</sup>.

### Procedimiento

Cada paciente firmó un consentimiento informado para su participación en el estudio y llenó el MOI. Luego, uno de los autores (H.S.), al que vamos a llamar «entrevistador» aplicó la Y-BOCS basándose en el contenido de las obsesiones y compulsiones que figuraba en la historia clínica, para lo cual realizó una entrevista que fue filmada en privado y sin la presencia del médico tratante. Este último, por su parte, registró la intensidad de la sintomatología del paciente en ese momento catalogándola como «ausente», «leve», «moderada», «severa» o «grave». Por último, 4 psiquiatras, a quienes vamos a denominar «observadores», calificaron la entrevista filmada asignando las respectivas puntuaciones de la Y-BOCS. Al «entrevistador» y a los 4 «observadores» los llamaremos «evaluadores». Este método es similar al usado por Goodman et al en la validación de la versión original, y permite a los observadores examinar la misma entrevista por separado y asignar su puntuación de manera independiente sin tener que volver a hablar con el paciente, con lo que se evita la posibilidad de alterar sus respuestas al ser interrogado varias veces<sup>1</sup>.

## RESULTADOS

Se entrevistó a 20 pacientes con TOC, de los cuales 15 fueron varones (75%) y 5 mujeres (25%). El promedio de las edades fue 29,10 años (rango = 18-53) con una desviación estándar (DE) de 9,36. En cuanto al estado civil, 17 eran solteros (85%), 1 casado (5%) y 2 viudos

**TABLA 1** Puntuaciones de la Y-BOCS asignadas por cada evaluador

	<i>Entrevistador</i>	<i>Observador 1</i>	<i>Observador 2</i>	<i>Observador 3</i>	<i>Observador 4</i>
<b>Obsesiones</b>					
Mínimo	2,00	1,00	3,00	2,00	2,00
Máximo	18,00	18,00	18,00	17,00	18,00
Media	9,95	9,75	10,50	9,50	10,45
DE	4,36	4,79	4,24	4,20	4,54
<b>Compulsiones</b>					
Mínimo	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
Máximo	18,00	18,00	17,00	19,00	18,00
Media	8,50	8,65	8,85	8,85	9,10
DE	5,10	4,74	4,69	4,77	4,73
<b>Total</b>					
Mínimo	4,00	1,00	3,00	5,00	2,00
Máximo	36,00	35,00	34,00	35,00	35,00
Media	18,45	18,40	19,35	18,35	19,55
DE	8,79	8,48	7,78	8,01	8,56

DE: desviación estándar.

(10%). Respecto al nivel de instrucción, el número de años de estudio promedio fue 11,3 (rango = 6-15) con una DE de 2,32. El TOC de los pacientes fue clasificado por el médico tratante, según la intensidad de los síntomas en: ausente (5%), leve (25%), moderado (40%), severo (20%) y grave (10%).

Las puntuaciones de la YBOCS asignadas por los 4 observadores tuvieron promedios de 18,35 a 19,55; con valores máximos de 34 a 35 y mínimos de 1 a 5. Para hallar el promedio de la YBOCS no se tuvo en cuenta la puntuación por el entrevistador ya que éste evaluó a los pacientes en condiciones diferentes a las del resto de los evaluadores (directamente y no a través de vídeo). Las puntuaciones de la YBOCS halladas se resumen en la tabla 1.

La correlación entre las puntuaciones de la YBOCS que fueron asignadas a los pacientes por cada uno de los 5 evaluadores fue altamente significativa en todos los casos (tabla 2).

En la tabla 3 se presenta la correlación de las puntuaciones de la YBOCS con el MOI y con la opinión del médico tratante sobre la severidad de los síntomas. El coeficiente de correlación de Pearson entre las puntuaciones de la YBOCS y el MOI fue altamente significativo para los 5 evaluadores con  $p < 0,001$ . El coeficiente de correlación

de Spearman entre las puntuaciones de la YBOCS y la opinión del médico tratante fue bastante significativo para el entrevistador, uno de los observadores y el promedio de observadores con  $p < 0,01$  y aceptablemente significativo para los otros 3 observadores con  $p < 0,05$ .

El coeficiente de correlación de Spearman hallado entre el grado de enfermedad asignado por el médico tratante y el MOI fue 0,429 ( $p = 0,059$ ), siendo este valor inferior a los coeficientes de correlación entre gravedad de la enfermedad asignada por el médico tratante y las puntuaciones de la YBOCS de cualquiera de los 5 evaluadores.

En la tabla 4 se muestran los coeficientes alfa de Cronbach de la YBOCS para los distintos evaluadores y los valores correspondientes cuando se elimina cada uno de los ítems de la escala.

## DISCUSIÓN

En este artículo presentamos los resultados de la validación de una traducción al español de la YBOCS para TOC. A diferencia de otros trabajos de validación, en el presente estudio no se realizó test-retest<sup>1,4,18,19</sup> para la confiabilidad, ni evaluación de sensibilidad al cambio y

**TABLA 2** Correlación de Pearson para los evaluadores\*

	<i>Entrevistador</i>	<i>Observador 1</i>	<i>Observador 2</i>	<i>Observador 3</i>	<i>Observador 4</i>
Observador 1	0,951	-	0,935	0,961	0,879
Observador 2	0,904	0,935	-	0,915	0,866
Observador 3	0,915	0,961	0,915	-	0,896
Observador 4	0,896	0,879	0,866	0,896	-
Promedio observadores (1-4)	0,950	0,978	0,961	0,977	0,945

\* p de 2 colas  $< 0,001$  en todos los casos.

especificidad de respuesta (administrando la escala a distintos grupos con tratamientos diferentes)<sup>4,9,12</sup>. Hay que mencionar también que con la finalidad de reducir el tiempo de la entrevista en este estudio, para interrogar al paciente se usó el contenido de obsesiones y compulsiones que figuraba en la respectiva historia clínica y no se aplicó el «*Y-BOCS Symptom Checklist*», un inventario diseñado por Goodman et al que fue utilizado en la validación original para identificar previamente las obsesiones y compulsiones del paciente<sup>12</sup>. De este modo, evitamos agotar al paciente con un interrogatorio muy largo que podría alterar sus respuestas.

Los promedios de puntuaciones totales de la Y-BOCS obtenidos por nuestros observadores (que variaron entre 18,35 [DE=8,01] y 19,55 [DE=8,56]) fueron similares a los hallados por Goodman et al<sup>1</sup> en la validación de la escala original en inglés (que estuvieron entre 21,7 [DE=8] y 22,1 [DE= 8]), y menores que los encontrados por Nicolini et al<sup>11</sup> en la validación de la versión mexicana de la Y-BOCS (que variaron entre 28 [DE=9,98] y 30,22 [DE=9,09]). La diferencia con las puntuaciones obtenidas por Nicolini et al podría deberse en parte a que ellos utilizaron una versión de la Y-BOCS modificada que tenía 12 ítems en lugar de los 10 conocidos. En general, se considera que la Y-BOCS presenta valores de alrededor de 25 puntos en pacientes con TOC, mientras que las puntuaciones de las poblaciones sin TOC son menores de 8; además, valores de 16 o más son usados como criterio de inclusión para estudios farmacológicos<sup>10</sup>.

Los coeficientes de correlación entre observadores obtenidos en nuestro estudio (rango: 0,866-0,961) son similares a los hallados por Nicolini et al (rango: 0,837-0,967)<sup>11</sup> pero menores que los encontrados por Goodman et al (rango: 0,974-0,985)<sup>1</sup>.

Los coeficientes alfa de Cronbach obtenidos por nuestros evaluadores (0,9183 para el entrevistador y entre 0,8789 y 0,9488 para los observadores) son mayores

TABLA 3 Correlación entre las puntuaciones de la Y-BOCS con el grado de enfermedad y el Inventario de Maudsley

<i>Puntuación de Y-BOCS</i>		<i>Grado de enfermedad asignado por el médico tratante (Spearman)</i>	<i>Inventario de Maudsley (Pearson)</i>
Entrevistador	Correlación p*	0,631 0,003	0,729 < 0,001
Observador 1	Correlación p*	0,448 0,048	0,714 < 0,001
Observador 2	Correlación p*	0,546 0,013	0,758 < 0,001
Observador 3	Correlación p*	0,559 0,010	0,741 < 0,001
Observador 4	Correlación p*	0,618 0,004	0,795 < 0,001
Promedio de observadores (1-4)	Correlación p*	0,601 0,005	0,779 < 0,001
Promedio de observadores con los ítems de resistencia suprimidos	Correlación p*	0,641 0,002	0,799 < 0,001

\* p de 2 colas.

que los hallados por Nicolini et al (0,84, 0,85 y 0,87)<sup>11</sup> y similares a los encontrados por Goodman et al (0,88; 0,90; 0,90 y 0,91)<sup>1</sup>. Considerando lo anterior y que en general los coeficientes alfa encontrados para la Y-BOCS es-

TABLA 4 Coeficientes alfa de Cronbach para cada evaluador y los respectivos si el ítem se elimina

<i>Coefficiente alfa</i>	<i>Entrevistador</i>	<i>Observador 1</i>	<i>Observador 2</i>	<i>Observador 3</i>	<i>Observador 4</i>	<i>Promedio de observadores (1-4)</i>
Coefficiente alfa considerando los 10 ítems	0,9183	0,8834	0,8789	0,8992	0,9488	0,9239
Coefficiente alfa si se elimina el ítem:						
1	0,9239	0,8832	0,8807	0,8998	0,9515	0,9274
2	0,9102	0,8689	0,8714	0,8905	0,9392	0,9147
3	0,9147	0,8687	0,8679	0,8944	0,9432	0,9165
4	0,9018	0,8738	0,8724	0,8931	0,9472	0,9169
5	0,9034	0,8609	0,8497	0,8807	0,9397	0,9091
6	0,9120	0,8738	0,8697	0,8898	0,9399	0,9050
7	0,9089	0,8718	0,8622	0,8808	0,9424	0,9124
8	0,9086	0,8640	0,8644	0,8825	0,9424	0,9130
9	0,9058	0,8787	0,8720	0,8900	0,9425	0,9182
10	0,9076	0,8750	0,8590	0,8889	0,9452	0,9176

tán entre 0,69 y 0,91<sup>10</sup>, podemos afirmar que nuestra versión tiene una buena consistencia interna.

Unos análisis adicionales con los que cuenta nuestro estudio y que no fueron realizados por los trabajos de Nicolini et al<sup>11</sup> y de Goodman et al<sup>1,12</sup> son las correlaciones de la YBOCS con el MOI y con el grado de enfermedad asignado por el médico tratante, al cual consideramos como patrón de referencia.

La validez de nuestra versión de la YBOCS queda respaldada por su significativa correlación con el grado de severidad de enfermedad asignado por el médico tratante y con el MOI.

Los coeficientes de Pearson entre YBOCS y MOI hallados en nuestro estudio (que fueron en todos los casos mayores de 0,7), pueden considerarse altos teniendo en cuenta que la YBOCS usualmente posee una convergencia moderada ( $r = 0,33-0,62$ ) con otras medidas de síntomas obsesivo-compulsivos tales como el MOI y el *Compulsive Activity Checklist*<sup>10</sup>.

Teniendo presente que el grado de enfermedad asignado por el médico tratante (considerado por nosotros como patrón de referencia) correlacionó más con la YBOCS que con el MOI, podemos afirmar que la YBOCS es más adecuada para evaluar pacientes con TOC que el MOI; conclusión también compartida por otros autores<sup>2,10,20</sup>.

La ventaja de la YBOCS frente al MOI podría deberse principalmente a que la primera, a diferencia del segundo, no toma en cuenta el contenido de los síntomas para cuantificar su intensidad<sup>1,12</sup>.

Woody et al<sup>21</sup> encontraron que la YBOCS mejora su consistencia interna si se excluyen los ítems de resistencia (ítems 4 y 9), sugiriendo la supresión de éstos. Nosotros hallamos que si eliminamos estos ítems existe una leve mejoría en la correlación de las puntuaciones de la YBOCS con el grado de enfermedad asignado por el médico tratante y con el MOI (tabla 3), pero la homogeneidad de la escala disminuye ya que los alfa de Cronbach decrecen (tabla 4).

Finalmente, podemos concluir que la versión en español de la YBOCS usada en nuestro trabajo es un instrumento fiable (por la buena correlación entre evaluadores) y homogéneo (por sus altos coeficientes alfa de Cronbach); y asimismo, su validez está respaldada por la buena correlación con el grado de enfermedad asignado por el médico tratante y con el MOI.

## AGRADECIMIENTOS

Apreciamos la colaboración del Dr. Miguel Campos.

## BIBLIOGRAFÍA

- Goodman WK, Price LH, Rasmussen SA, Mazure C, Fleischmann RL, Hill CL, et al. The Yale-Brown Obsessive Compulsive Scale: I Development, use, and reliability. *Arch Gen Psychiatry* 1989;46:1006-11.
- Richter MA, Cox BJ, Dorenfeld DM. A comparison of three assessment instruments for obsessive-compulsive symptoms. *J Behav Ther Exp Psychiatry* 1994; 25:143-7.
- Kim SW, Dysken MW, Kuskowski M. The Yale Brown Obsessive-Compulsive Scale: a reliability and validity study. *Psychiatry Res* 1990; 34:99-106.
- Kim SW, Dysken MW, Kuskowski M. The Symptom Checklist- 90: Obsessive-Compulsive Subscale: a reliability and validity study. *Psychiatry Res* 1992;41: 37-44.
- Derogatis LR. SCL-90-R, Brief Symptom Inventory, and matching clinical rating scales. En: Maruish M, editor. *Psychological testing, treatment planning, and outcome assessment*. New York: Erlbaum; 1994.
- Kim SW, Dysken MW, Kuskowski M, et al. The Yale-Brown Obsessive Compulsive Scale (Y-BOCS) and the NIMH Global Obsessive Compulsive Scale (NIMH-GOCS): a reliability and validity study. *International J Methods Psychiatr Res* 1993;3:37-44.
- Taga C, Nakamura M, Nishimura I, Kanayama H, Nakajima T. Clinical investigation of the ICD-10 subcategories for obsessive-compulsive disorder. *Psychiatry Clin Neurosci* 1997;51:259-60.
- Sanavio E. Obsessions and compulsions: the Padua Inventory. *Behav Res Ther* 1988;26:169-77.
- Nakagawa A, Marks IM, Takei N, De Araujo LA, Ito LM. Comparisons among the Yale-Brown Obsessive-Compulsive Scale, compulsion checklist, and other measures of obsessive-compulsive disorder. *Br J Psychiatry* 1996;169:108-12.
- Goodman WK, Price LH, Rasmussen SA, Mazure C, Fleischmann RL, Hill CL, et al. Yale-Brown Obsessive Compulsive Scale (YBOCS). En: Rush AJ, Pincus HA, First MB, Blacker D, Endicott J, Keith SJ, et al, editores. *Handbook of psychiatric measures*. Washington, D. C.: American Psychiatric Association; 2000. p. 572-4.
- Nicolini H, Herrera K, Páez F, Sánchez de Carmona M, Orosco 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.
- Goodman WK, Price LH, Rasmussen SA, Mazure C, Fleischmann RL, Hill CL, et al. The Yale-Brown Obsessive Compulsive Scale: validity. *Arch Gen Psychiatry* 1989;46:1012-6.
- Chan DW. The Maudsley Obsessional-Compulsive Inventory: a psychometric investigation on Chinese normal subjects. *Behav Res Ther* 1990;28:413-20.
- Hodgson RJ, Rachman S. Obsessional-compulsive complaints. *Behav Res Ther* 1977;15:389-95.
- Sanavio E, Vidotto G. The components of the Maudsley Obsessional-Compulsive Questionnaire. *Behav Res Ther* 1985;23:659-62.
- Sternberger LG, Burns GL. Maudsley Obsessional-Compulsive Inventory: obsessions and compulsions in a nonclinical sample. *Behav Res Ther* 1990;28: 337-40.

17. Tadaï T, Nakamura M, Okazaki S, Nakajima T. The prevalence of obsessive-compulsive disorder in Japan: a study of students using the Maudsley Obsessional-Compulsive Inventory and DSM-III-R. *Psychiatry Clin Neurosci* 1995;49:39-41.
18. Anton RE, Moak DH, Latham P. The Obsessive Compulsive Drinking Scale: a self-rated instrument for the quantification of thoughts about alcohol and drinking behavior. *Alcohol Clin Exp Res* 1995;19:92-9.
19. Steketee G, Frost R, Bogart K. The Yale Brown Obsessive Compulsive Scale: interview versus self-report. *Behav Res Ther* 1996;34:675-84.
20. Nakajima T, Nakamura M, Taga C, Yamagami S, Kirii-ke N, Nagata T, et al. Reliability and validity of the Japanese version of the Yale-Brown Obsessive Compulsive Scale. *Psychiatry Clin Neurosci* 1995;49:121-6.
21. Woody SR, Steketee G, Chambless DL. Reliability and validity of the Yale-Brown Obsessive-Compulsive Scale. *Behav Res Ther* 1995;33:597-605.