



## INVENTARIO CLARK-BECK DE OBSESIÓN-COMPULSIÓN (C-BOCI): VALIDACIÓN PARA SU USO EN POBLACIÓN ESPAÑOLA

AMPARO BELLOCH<sup>1</sup>, NURIA REINA<sup>2</sup>, GEMMA GARCÍA-SORIANO<sup>1</sup> Y DAVID A. CLARK<sup>3</sup>

<sup>1</sup> Facultad de Psicología, Universidad de Valencia

<sup>2</sup> Área de Salud 5, Agencia Valenciana de Salud, Valencia

<sup>3</sup> Department of Psychology, University of New Brunswick, Fredericton (Canadá)

**Resumen:** El Clark-Beck Obsessive-Compulsive Inventory (C-BOCI) es un inventario auto-informado breve de reciente publicación (Clark y Beck, 2002), diseñado para proporcionar una herramienta válida, específica, y potente de cribado del trastorno obsesivo-compulsivo (TOC), que tenga en cuenta los síntomas, sus consecuencias, e incorpore supuestos de los modelos cognitivos sobre el trastorno. Nuestro objetivo ha sido examinar la utilidad del C-BOCI en población española. El cuestionario fue completado junto con otros instrumentos de TOC, depresión, y ansiedad por 506 adultos sin patología mental y 44 pacientes con diagnóstico principal de TOC. Todos los valores  $\alpha$  fueron  $\geq 0,80$ , excepto para la subescala de obsesiones (muestra clínica). La validez concurrente y la discriminante fueron adecuadas, en especial para la puntuación total (PT) y la subescala de compulsiones. Para la validez criterial se calcularon los valores predictivos positivo y negativo (VPP y VPN) de varios puntos de corte de la PT. Puntuaciones totales  $\geq 30$  (VPP = 100%; VPN = 99,02%) señalan un diagnóstico clínico de TOC.

**Palabras clave:** psicodiagnóstico; trastorno obsesivo-compulsivo; instrumentos de cribado; diagnóstico precoz.

### *The Clark-Beck Obsessive-Compulsive Inventory (C-BOCI): Validation for their use in Spanish populations*

**Abstract:** The Clark-Beck Obsessive-Compulsive Inventory (C-BOCI) is a new self-administered inventory (Clark & Beck, 2002), designed to offer a valid, specific and reliable tool for the screening of the Obsessive-Compulsive Disorder (OCD): it assesses symptoms, their consequences, and takes into account the assumptions of current cognitive models about the disorder. The aim of this study has been to examine the usefulness of the C-BOCI in Spanish population. The questionnaire was completed together with other OCD, depression, and anxiety instruments by 506 adults without mental disorders and 44 OCD patients. The  $\alpha$  values were  $\geq 0.80$  except for the obsessions subscale in the OCD group. Concurrent and discriminant validity were adequate, especially for C-BOCI total score (TS) and compulsions subscale. Criterion validity was examined by the positive and negative predictive values (PPV, PNV) of several TS cut-off points. Total scores  $\geq 30$  (PPV= 100%; PNV= 99.02%) indicates an OCD diagnosis.

**Keywords:** psychodiagnosis; obsessive-compulsive disorder; screening instruments; early diagnosis.

Recibido: 8-octubre-2008; aceptado: 7-diciembre-2008.

*Correspondencia:* Prof. Amparo Belloch Fuster, Departamento de Personalidad, Evaluación y Tratamientos Psicológicos, Facultad de Psicología, Universidad de Valencia, Avda. Blasco Ibáñez 21, 46010 Valencia (España).

Correo-e: amparo.belloch@uv.es

*Agradecimientos:* Este trabajo forma parte del proyecto de investigación SEJ2006/03893-PSIC (Ministerio de Ciencia y Tecnología; A. Belloch, Investigador Principal), y de la Acción Especial de la Generalitat Valenciana (AE07/011).

## INTRODUCCIÓN

El Trastorno Obsesivo Compulsivo (TOC) se caracteriza por la experimentación recurrente de obsesiones y/o compulsiones que generan un elevado malestar e interfieren notablemente en el desarrollo vital. La prevalencia vital del trastorno en la población general, relativamente baja, fluctúa entre el 1%-2% (Anthony, Downie, y Swinson, 1998). Sin embargo, es muy frecuente la ocurrencia de síntomas obsesivos y/o compulsivos clínicamente significativos entre la población general y en trastornos mentales como la ansiedad generalizada, la depresión, la hipocondría, o los denominados trastornos del espectro O-C (Clark, 2004). Además, la comorbilidad del TOC con otros trastornos de ansiedad y depresivos es especialmente elevada, lo que dificulta en muchas ocasiones la detección adecuada de los síntomas y la valoración de su gravedad.

En los últimos años ha habido importantes progresos en la evaluación y diagnóstico del TOC, incluyendo innovaciones, revisiones y adaptaciones de las medidas existentes (por ej., Grabill et al., 2008; Antony, Orsillo, y Roemer, 2001; Feske y Chambless, 2000). Los instrumentos actualmente disponibles incluyen desde entrevistas diagnósticas, o escalas para cuantificar la gravedad, hasta test de evitación conductual y cuestionarios de autoinforme. Estos últimos son los más ampliamente utilizados, ya que presentan ventajas importantes como la facilidad de aplicación y corrección y la posibilidad de contar con amplias muestras normativas. En este grupo se incluyen el Maudsley Obsessive-Compulsive Inventory (MOCI; Hodgson y Rachman, 1977), el Symptom Checklist of the Yale-Brown Obsessive-Compulsive Scale (Y-BOCS-SC; Goodman et al., 1989a, 1989b), el Padua Inventory-Washington State University Revision (PI-WSUR; Burns, Keortge, Formea y Sternberg, 1996), o el más reciente Obsessive-Compulsive Inventory-Revised (OCI-R; Foa et al., 2002). Una de las limitaciones más importantes de estos instrumentos es su fiabilidad para la detección precoz del trastorno, así como para la evaluación de síntomas aislados y formas más leves de presentación, lo que a su vez dificulta su utilidad como instru-

mentos de cribaje en población general (García-Soriano, Belloch y Morillo, 2008). Un inconveniente adicional de todos ellos es su escasa adecuación a los criterios diagnósticos internacionales, entre otras cosas porque la mayoría se desarrolló antes de la delimitación y publicación definitiva de los criterios diagnósticos DSM-IV. Finalmente, la carencia de relación con los resultados y propuestas de la investigación actual sobre el trastorno, y en especial las que se realizan desde los planteamientos cognitivo-conductuales, suponen mantener una separación inadecuada entre la investigación empírica y los procedimientos diagnósticos. A estos problemas hay que añadir que no contamos con estudios de validación para su utilización en población clínica española de cuestionarios como el OCI-R, que sí recogen los planteamientos teórico-empíricos actuales sobre el TOC. En suma, carecemos en nuestro contexto de una medida de evaluación del TOC que sea breve, sensible, específica, y que se pueda integrar en una batería fiable para la detección de las psicopatologías más frecuentes (vgr., trastornos de ansiedad y depresivos), y que proporcione un equilibrio entre eficiencia administrativa y precisión diagnóstica.

El Clark-Beck Obsessive-Compulsive Inventory (C-BOCI) es un inventario auto-informado breve (25 ítems) de reciente publicación (Clark y Beck, 2002; Clark, Beck, Antony y Swinson, 2005), diseñado para proporcionar una herramienta válida, específica, y potente de cribado del TOC, que permita además realizar un diagnóstico fiable del trastorno siguiendo los criterios diagnósticos actuales e incorporando los planteamientos de la investigación cognitivo-conductual sobre esta psicopatología. Su formato sigue la estructura de otros dos test ampliamente utilizados en la evaluación clínica de las psicopatologías ansioso-depresivas: el Inventario para la Depresión de Beck (BDI-II; Beck, Steer, y Brown, 1996) y el Inventario para la Ansiedad de Beck (BAI; Beck y Steer, 1993). Al igual que estos cuestionarios, cada ítem del C-BOCI tiene 4 opciones de respuesta redactadas como una afirmación referida a uno mismo y el respondiente debe elegir la afirmación de cada grupo que encuentra más aplicable a su caso. Se compone de dos subescalas: los

items del 1 al 14 evalúan parámetros y contenidos de las obsesiones y los 11 items restantes (del 15 al 25) valoran las características de las compulsiones. Los 14 items de la subescala de Obsesiones evalúan la frecuencia con la que se experimentan obsesiones de suciedad-contaminación, agresión-daño y obsesiones de tipo religioso-moral-sexual, así como incontrolabilidad, saliencia, responsabilidad excesiva, interferencia diaria, *insight* y evitación cognitiva. Los 11 items de la subescala de Compulsiones evalúan frecuencia de compulsiones de lavado, comprobación, repetición, y precisión-simetría, así como neutralización encubierta, lentitud, malestar por no llevar a cabo la compulsión, interferencia diaria, evitación, incontrolabilidad de la compulsión e interferencia-malestar.

En síntesis, el cuestionario no se limita a valorar la presencia de contenidos obsesivos, sino que incorpora también otros aspectos cruciales para la evaluación del trastorno (interferencia, conciencia de enfermedad, e intentos de control y/o de neutralización). Integra asimismo items para valorar algunas de las creencias y valoraciones disfuncionales que se encuentran, según los planteamientos cognitivo-conductuales, en la base del trastorno o de su mantenimiento (responsabilidad excesiva, perfeccionismo, importancia de los pensamientos y de su control). A diferencia de otros instrumentos, el C-BOCI incluye una serie de instrucciones y explicaciones detalladas sobre el contenido del cuestionario, previas a la cumplimentación del mismo, redactadas de manera sencilla, de forma que puedan ser fácilmente comprendidas por cualquier persona con un nivel de estudios primario y una capacidad intelectual normal, lo que facilita su aplicación a población general. Así, se explican brevemente en qué consisten las obsesiones y las compulsiones, y sus diferencias generales con otras experiencias como el miedo.

Las propiedades psicométricas del C-BOCI en el contexto norteamericano son excelentes: se informa de valores  $\alpha$  de Cronbach de 0,90, 0,87 y 0,93 (subescalas de obsesiones, compulsiones, y puntuación total, respectivamente) en pacientes con TOC. Por lo que se refiere a la estructura interna del cuestionario, los datos

avalan la bi-factorialidad (rotación Promax), con una elevada asociación entre los dos factores obtenidos. Los Análisis Factoriales Confirmatorios (Clark et al., 2005) apoyan de nuevo la bi-factorialidad en una muestra de población general. Finalmente, los datos que se aportan sobre validez convergente y discriminante indican que se trata de un instrumento sensible para el diagnóstico del TOC, si bien su especificidad es cuestionable (altas correlaciones con medidas de depresión, y número elevado de falsos positivos entre los pacientes deprimidos).

Como se ha comentado, aparte de los dos estudios mencionados (con muestras canadienses y estadounidenses), no existen datos sobre la utilidad de este nuevo instrumento en otras poblaciones como instrumento de cribado. El objetivo fundamental de este trabajo es examinar este último aspecto en nuestro contexto. Para ello, previamente se examinarán las propiedades psicométricas básicas (datos normativos, validez convergente y discriminante), y a continuación se calcularán los puntos de corte más adecuados para establecer el valor predictivo del C-BOCI como instrumento de cribado del TOC en la población general española.

## MÉTODO

### *Participantes*

Este estudio se ha realizado con dos grupos de personas: el primero lo forman 506 adultos de la población general (310 mujeres) sin historia de trastorno mental, y con una edad media ( $\pm DT$ ) de  $29,53 \pm 6,28$  años. La mayoría eran solteros (66,1%), de nivel socioeconómico medio (74,4%) y con estudios superiores o universitarios (48%). El segundo grupo lo forman 44 personas (24 hombres, 20 mujeres) con diagnóstico principal de TOC. Su edad era de  $35,59 \pm 12,52$  años (rango: 17- 62 años). La mayoría eran solteros (50%), tenía estudios medios (48,4%), y su nivel socio-económico era medio (60,7%). La duración media del trastorno era de  $11,3 \pm 9$  años. Trece pacientes presentaban gravedad moderada (Y-BOCS = 16-23), 20 eran graves (Y-BOCS = 24-31), y 11 muy graves (Y-BOCS = 32-40).

### Procedimiento

Los participantes del primer grupo (población general, muestra no clínica) fueron reclutados por un grupo de veinte estudiantes de los últimos cursos de Psicología que previamente fueron instruidos en el uso de los instrumentos y en su valoración mediante un seminario intensivo de 2 horas. Una vez completado el seminario, se entregó a cada asistente 30 protocolos de evaluación para su administración individualizada a familiares y/o conocidos. Los criterios de inclusión fueron los siguientes: ausencia de diagnóstico de trastorno mental (último año) y/o de estar recibiendo tratamiento por ello (psicológico o farmacológico) y capacidad adecuada para leer y comprender instrucciones escritas. El 41,7% de los participantes ( $N = 211$ ) completaron en dos ocasiones el C-BOCI, en un intervalo de entre 7 y 15 días. Todos los participantes dieron su consentimiento informado para participar en el estudio.

La muestra de pacientes fue recogida entre los que acudían para tratamiento a las consultas externas de dos Centros de Salud Mental públicos de nuestra Comunidad, o a la unidad de investigación sobre el TOC de la Facultad de Psicología. Antes de su inclusión en el estudio fueron valorados por alguna de las autoras, psicólogas especialistas en psicología clínica, mediante historia clínica completa, que incluía una versión adaptada de la Entrevista Diagnóstica Estructurada sobre Trastornos de Ansiedad para el DSM-IV, versión curso vital (ADIS-IV-L; Di Nardo, Brown, y Barlow, 1994). Una vez evaluado el paciente, la especialista completaba la Y-BOCS a fin de valorar la gravedad del paciente. En el momento del estudio ninguno de los pacientes presentaba comorbilidad clínicamente significativa con depresión ni con otros trastornos de ansiedad diferentes al TOC, ni estaba recibiendo tratamiento psicológico o farmacológico. Según la ADIS-IV-L, dos pacientes tenían historia previa de depresión mayor, otro de ellos de trastorno por angustia con agorafobia, y otro de fobia social. Todos los pacientes fueron informados de la finalidad del estudio y dieron su consentimiento informado para participar en el mismo.

### Instrumentos

*Yale-Brown Obsessive Compulsive Scale-Severity* (Y-BOCS; Goodman et al., 1989a, 1989b; versión española de Cruzado, 1993). Consta de 10 ítems (5 para obsesiones y 5 para compulsiones), relativos en ambos casos a las siguientes dimensiones: tiempo empleado, interferencia, malestar, resistencia y grado de control. Cada uno de los ítems se contesta en una escala desde 0 = «ninguno, o ausente» hasta 4 = «extremo», obteniéndose tres puntuaciones: subtotal de obsesiones (rango 0-20), subtotal de compulsiones (rango 0-20) y puntuación total (suma de las dos puntuaciones anteriores, rango 0-40). Este instrumento es la medida más empleada como criterio de gravedad del TOC.

*Inventario de Clark-Beck para Obsesiones y Compulsiones* (C-BOCI; Clark y Beck, 2002; Clark et al., 2005). Auto-informe de 25 ítems, cada uno con 4 opciones de respuesta (0-3) que evalúan contenidos obsesivos, compulsiones, interferencia, malestar emocional, conciencia de enfermedad, dificultades para controlar las obsesiones y/o la compulsiones, y creencias disfuncionales asociadas a los síntomas. Contiene dos subescalas: obsesiones (14 ítems) y compulsiones (11 ítems), correlacionadas. La puntuación se obtiene por la suma directa de las respuestas a los ítems, oscilando entre 0 y 75 (puntuación Total), entre 0 y 42 (Obsesiones), y entre 0 y 33 (Compulsiones). Dado que el objetivo de este trabajo es la validación del C-BOCI para su uso en nuestro contexto, el primer paso fue la traducción al Castellano por dos de las autoras y, posteriormente, su retro-traducción al Inglés por una traductora oficial bilingüe, de nacionalidad Inglesa, experta en la traducción de textos de psicología. Esta retro-traducción fue a su vez examinada por uno de los autores del C-BOCI (D. A. Clark).

*Inventario de depresión de Beck-II* (BDI-II; Beck et al., 1996). Auto-informe de 21 ítems diseñado para evaluar las características afectivas, cognitivas, fisiológicas y motivacionales de la depresión, tanto en términos de presencia como de gravedad. Se utilizó la versión validada en español por Sanz, Perdígón y Vázquez (2003).

*Inventario de Ansiedad de Beck* (BAI; Beck y Steer; 1993). Es un cuestionario de 21 ítems, cuya finalidad es medir el grado de molestia que

le ha provocado al examinado cada síntoma de ansiedad descrito en el ítem (Versión española: Comeche, Díaz y Vallejo, 1995)

*Cuestionario de Preocupación de Pensilvania* (PSWQ; Meyer, Miller, Metzger y Borkovec, 1990). Auto-informe de 16 ítems que valoran la presencia de preocupaciones, hipotéticamente características del trastorno de ansiedad generalizada, pero también presentes en otros trastornos y en la población no clínica. Se utilizó la adaptación española de Sandín, Chorot, Valiente y Lostao (2009).

*Cuestionario Obsesivo-Compulsivo Revisado* (OCI-R; Foa et al., 2002). Versión reducida del *Obsessive-Compulsive Inventory*, en formato auto-informe de 18 ítems que evalúa nivel de malestar asociado a síntomas obsesivo-compulsivos. Se aplicó la versión en español de Fullana et al. (2005).

## RESULTADOS

### *Estadísticos descriptivos y fiabilidad del C-BOCI*

Los valores  $\alpha$  de Cronbach obtenidos en la muestra no clínica para las dos subescalas (obsesiones y compulsiones) y la puntuación total fueron excelentes, y lo mismo cabe decir para la estabilidad del cuestionario (coeficiente de correlación intraclase; CCI). Respecto a la consistencia interna obtenida en la muestra clínica, fue óptima para la puntuación total y para la subescala de compulsiones, pero algo más baja para la subescala de obsesiones. Los resultados se exponen en la Tabla 1.

Tabla 1. Estadísticos descriptivos y fiabilidad del C-BOCI

Muestra	C-BOCI	Estadísticos descriptivos			Fiabilidad	
		Media (DT)	Rango	Percentiles 25- 50- 75	$\alpha$	CCI (95%) (N = 211)
General (N = 506)	Obsesiones	6,91 (4,05)	0-18	4 - 7 - 10	0,84	0,91
	Compulsiones	5,44 (3,89)	0-20	3 - 4 - 8	0,81	0,89
	Total	12,35 (7,00)	0-31	7 - 12 - 17	0,88	0,93
TOC (N = 44)	Obsesiones	25,03 (6,30)	10-27	20 - 36 - 30	0,73	—
	Compulsiones	20,26 (7,32)	2-31	17 - 21 - 25	0,81	—
	Total	45,23 (11,43)	25-44	37 - 44 - 53	0,82	—

### *Validez convergente*

La validez convergente del C-BOCI se calculó mediante correlaciones de Pearson entre el C-BOCI y los otros dos instrumentos de valoración de obsesiones (OCI-R e YBOCS) en el caso de la muestra clínica, y únicamente entre el C-BOCI y el OCI-R en la muestra no clínica. Los resultados se exponen en la Tabla 2.

Como puede observarse, todos los coeficientes de correlación resultaron ser estadísticamente significativos en el caso de la muestra extraída de la población general. Además, atendiendo al tamaño de los coeficientes, el obtenido entre las puntuaciones totales de ambos instrumentos entra en el rango de «grande» según los criterios de Cohen (1988). Por su parte, el tamaño de las correlaciones mostró un patrón esperable: ex-

ceptuando las asociaciones entre las puntuaciones totales, el coeficiente más elevado fue el de las dos subescalas de obsesiones de ambos instrumentos, y la subescala de compulsiones del C-BOCI mantuvo asociaciones más elevadas con las subescalas correspondientes del OCI-R (limpieza, acumulación, orden, comprobación, neutralización) que con la de obsesiones.

En cuanto a las correlaciones obtenidas con la muestra de pacientes, la gravedad del trastorno (Y-BOCS, puntuación total) mantuvo asociaciones significativas con las dos subescalas del C-BOCI, si bien el coeficiente fue mayor con Compulsiones. No obstante, las subescalas de Obsesiones de ambos instrumentos se relacionaron de manera importante, y lo mismo cabe decir de las dos de Compulsiones. El patrón de correlaciones con el OCI-R indica, al

igual que sucedía con la muestra de población general, asociaciones importantes entre la subescala de compulsiones del C-BOCI y las correspondientes del OCI-R que valoran compulsiones, mientras que las subescalas de obsesiones de ambos instrumentos mantienen una correlación elevada. Por otro lado, las obsesiones del C-BOCI se asociaron también de manera importante con la subescala de comprobación del OCI-R.

siones de ambos instrumentos mantienen una correlación elevada. Por otro lado, las obsesiones del C-BOCI se asociaron también de manera importante con la subescala de comprobación del OCI-R.

Tabla 2. Correlaciones Pearson entre instrumentos de TOC y el C-BOCI

Medidas	C-BOCI TOC (N = 44)			C-BOCI Población general (N = 506)		
	Obs.	Comp.	Total	Obs.	Comp.	Total
YBOCS-Obsesiones	0,37 <sup>b</sup>	0,10	0,29 <sup>a</sup>	—	—	—
YBOCS-Compulsiones	0,34 <sup>b</sup>	0,52 <sup>c</sup>	0,50 <sup>c</sup>	—	—	—
YBOCS-Total	0,41 <sup>b</sup>	0,38 <sup>b</sup>	0,45 <sup>b</sup>	—	—	—
OCI-R, Limpieza	0,07	0,39 <sup>b</sup>	0,27	0,30 <sup>c</sup>	0,36 <sup>c</sup>	0,36 <sup>c</sup>
OCI-R, Obsesiones	0,48 <sup>c</sup>	0,05	0,28	0,50 <sup>c</sup>	0,44 <sup>c</sup>	0,51 <sup>c</sup>
OCI-R, Acumulación	0,38 <sup>b</sup>	0,58 <sup>c</sup>	0,55 <sup>c</sup>	0,27 <sup>c</sup>	0,35 <sup>c</sup>	0,34 <sup>c</sup>
OCI-R, Orden	0,24 <sup>a</sup>	0,49 <sup>c</sup>	0,42 <sup>b</sup>	0,36 <sup>c</sup>	0,48 <sup>c</sup>	0,46 <sup>c</sup>
OCI-R, Comprobación	0,48 <sup>c</sup>	0,38 <sup>b</sup>	0,47 <sup>c</sup>	0,32 <sup>c</sup>	0,40 <sup>c</sup>	0,39 <sup>c</sup>
OCI-R, Neutralización	0,29 <sup>a</sup>	0,52 <sup>c</sup>	0,46 <sup>b</sup>	0,28 <sup>c</sup>	0,32 <sup>c</sup>	0,32 <sup>c</sup>
OCI-R, Total	0,54 <sup>c</sup>	0,68 <sup>c</sup>	0,69 <sup>c</sup>	0,47 <sup>c</sup>	0,55 <sup>c</sup>	0,56 <sup>c</sup>

Nota. YBOCS: Yale-Brown Obsessive-Compulsive Scale Severity; OCI-R: Obsessive-Compulsive Inventory-Revised.

<sup>a</sup> p < 0,05; <sup>b</sup> p < 0,01; <sup>c</sup> p < 0,001

### Validez discriminante

La capacidad discriminante del C-BOCI y sus subescalas se calculó a través de las correlaciones con las medidas de psicopatología no obsesivo-compulsiva (Tabla 3). En el análisis realizado con la población no clínica, las correlaciones resulta-

ron significativas en todos los casos, con coeficientes grandes en especial con la subescala de obsesiones. En el caso de la muestra clínica, se obtuvieron coeficientes más elevados en el caso de la subescala de obsesiones que en el de las compulsiones, reproduciéndose así el patrón ya observado en la población general.

Tabla 3. Correlaciones Pearson entre C-BOCI y cuestionarios de ansiedad y depresión.

Medidas	C-BOCI Población general (N=506)			C-BOCI Pacientes TOC (N=44)		
	Obs.	Comp.	Total	Obs.	Comp.	Total
Beck Depression Inventory-II	0,48 <sup>c</sup>	0,33 <sup>c</sup>	0,46 <sup>c</sup>	0,55 <sup>c</sup>	0,29 <sup>a</sup>	0,48 <sup>c</sup>
Beck Anxiety Inventory	0,43 <sup>c</sup>	0,33 <sup>c</sup>	0,43 <sup>c</sup>	0,54 <sup>c</sup>	0,17	0,41 <sup>b</sup>
Penn-State Worry Questionnaire	0,44 <sup>c</sup>	0,41 <sup>c</sup>	0,49 <sup>c</sup>	0,46 <sup>b</sup>	0,33 <sup>a</sup>	0,45 <sup>b</sup>

<sup>a</sup>p < 0,05; <sup>b</sup>p < 0,01; <sup>c</sup>p < 0,001

### Validez de contenido

Se realizaron diversos análisis factoriales exploratorios (AFE) y confirmatorios (AFC) utilizando únicamente la muestra no clínica,

con el fin de poner a prueba la bi-factorialidad del cuestionario. Los AFE (componentes principales, rotación Promax) produjeron estructuras altamente correlacionadas de dos, tres, y cinco factores. Estos factores, además de los

sugeridos por los autores originales del C-BOCI, se pusieron a prueba mediante una serie de AFC. De todos los modelos puestos a prueba, el que obtuvo los mejores índices de ajuste fue el de 4 factores de primer orden: Comparative fit index = 0,89; goodness of fit index = 0,88; root mean square error of approximation (IC = 90%) = 0,046 (0,041-0,046);  $\chi^2 = 584,62$  ( $gl = 269$ ;  $p < 0,01$ ).

El Factor 1 incluyó los items sobre gravedad del trastorno y sus consecuencias (items 12, 13, 14, 19, 21, 22, 23, 24 y 25), mientras que el Factor 2 reunió las estrategias de control para hacer frente al malestar que generan las obsesiones y/o compulsiones, y la reacción emocional ante los síntomas (items: 4, 5, 6 y 9). El Factor 3 agrupó las obsesiones y compulsiones más comunes (contaminación, limpieza, comprobación, orden; items 1, 15, 16, 18 y 20), y el último factor agrupó las obsesiones «puras», con contenidos de agresión, sexuales, religiosos y de dudas, (items 2, 3, 7, 8, 10, 11 y 17). La consistencia interna de los factores osciló entre  $\alpha = 0,67$  (Factor 3) y  $\alpha = 0,84$  (Factor 2). La validez convergente

y discriminante de esta estructura se examinó siguiendo el mismo procedimiento que el descrito para la composición original del cuestionario. Los resultados obtenidos fueron prácticamente idénticos a los ya comentados con la estructura original de las dos subescalas, por lo que se obvia su comentario.

#### Validez interna y externa

La validez interna se examinó calculando la sensibilidad y especificidad de distintos puntos de corte del C-BOCI (puntuación total). La validez externa se analizó mediante el cálculo de los valores predictivos positivo (VPP) y negativo (VPN) de cada uno de los puntos de corte previamente establecidos. Los cálculos se aplicaron para el siguiente rango de puntos de corte: desde 17 (que se corresponde con el percentil 75 de la muestra normal) hasta 31 (puntuación máxima observada en dicha muestra). En la Tabla 4 se ofrecen los valores correspondientes a los puntos de corte analizados.

Tabla 4. Validez interna y externa y puntos de corte del C-BOCI

<i>Punto de corte P. total C-BOCI</i>	<i>Pacientes correctamente diagnosticados (%)</i>	<i>Sensibilidad (%)</i>	<i>Especificidad (%)</i>	<i>VPP (%)</i>	<i>VPN (%)</i>
17	77,68	100,00	76,04	23,42	100,00
18	81,92	100,00	80,59	27,41	100,00
19	84,32	100,00	83,17	30,33	100,00
20	87,08	100,00	86,14	34,58	100,00
21	88,38	100,00	87,52	37,00	100,00
22	89,48	100,00	88,71	39,36	100,00
23	92,62	100,00	92,08	48,05	100,00
24	93,91	100,00	93,47	52,86	100,00
25	95,94	100,00	95,64	62,71	100,00
26	97,60	100,00	97,43	74,00	100,00
27	98,89	97,30	99,01	87,80	99,80
28	99,26	97,30	99,41	92,31	99,80
29	99,26	91,89	99,80	97,14	99,41
30 y 31	99,08	86,49	100,00	100,00	99,02

Nota. VPP = valor predictivo positivo; VPN = valor predictivo negativo.

Como puede observarse en la Tabla, a partir de la puntuación total mínima analizada (17), la utilidad del C-BOCI para realizar un diagnóstico correcto es notable (más del 75% de los pacientes correctamente diagnosticados). Sin embargo, el VPP es muy bajo, lo que indica que con esta puntuación las probabilidades de hacer un diagnóstico correcto son escasas. Esa situación se mantiene en términos similares hasta un punto de corte de 25. En consecuencia, es muy posible que el rango de puntuaciones 17-25 sea útil para detectar síntomas aislados del trastorno, o bien formas leves o subclínicas del mismo. Sin embargo, a partir de una puntuación de 26 todos los valores alcanzan niveles satisfactorios y, en especial, los VPP y VPN, lo que indica que a partir de esta puntuación tanto la probabilidad de acertar con un diagnóstico de TOC, como la de descartarlo, son muy altas. Por último, puntuaciones superiores a 30 indican de manera inequívoca la presencia de un TOC.

## DISCUSIÓN

La necesidad de contar en nuestro contexto con instrumentos de diagnóstico y cribado del TOC, que sean sencillos de aplicar y corregir, ha sido el objetivo que ha guiado este trabajo. Para ello hemos traducido y validado al Castellano un cuestionario de reciente aparición, el Clark-Beck Obsessive Compulsive Inventory, que *a priori* presentaba una serie de ventajas sobre los ya conocidos, siendo las más importantes su adecuación a los criterios diagnósticos oficiales y la consideración del TOC no sólo sobre la base de los contenidos obsesivos y compulsivos, sino además teniendo en cuenta la interferencia, malestar, insight, y creencias disfuncionales asociadas al trastorno.

Los resultados obtenidos indican que el C-BOCI posee buenas propiedades psicométricas, tanto en la población general como en una muestra de personas con diagnóstico principal de TOC. Estos resultados son similares a los obtenidos por Clark et al. (2005) en muestras estadounidenses y canadienses. En cuanto a la validez convergente, los resultados obtenidos indican asimismo que el C-BOCI presenta una

más que aceptable asociación con el otro instrumento de patología obsesiva incluido en el estudio, el OCI-R, tanto en la población general como en la muestra clínica. La asociación del C-BOCI con la Y-BOCS, que es considerada como el «patrón oro» para evaluar la gravedad del TOC en contextos clínicos, ha sido menos satisfactoria, aunque adecuada, en especial por lo que se refiere a la subescala de obsesiones. En todo caso, pensamos que, al menos por lo que se refiere a la utilización del C-BOCI en la clínica diaria, resulta más útil considerar la puntuación total del cuestionario en lugar de parcializarlo en las dos subescalas inicialmente propuestas.

En apoyo de esta conclusión se halla el hecho de que ambas subescalas no fueron confirmadas en la serie de sucesivos análisis confirmatorios que se realizaron tomando como referencia la población general, y que no se llevaron a cabo en la muestra de pacientes dado su reducido tamaño para ese propósito. No obstante, hay que señalar que cabe la posibilidad de que la falta de replicación de los resultados obtenidos por los autores originales (vgr. dos factores correlacionados) se deba precisamente a que los análisis se han realizado sobre los datos procedentes de personas sin patología mental diagnosticada. De todos modos, los propios autores originales reconocen que su propuesta de dos subescalas no se adecua a la mejor estructura factorial posible detectada en sus propios trabajos (Clark et al., 2005). Por otro lado, la falta de replicación de estructuras factoriales de otras medidas de TOC, es una constante en la literatura especializada. Por ejemplo, los estudios sobre la estructura factorial de la Y-BOCS- Checklist revelan resultados dispares: en algunos casos se constata la estructura bifactorial de obsesiones y compulsiones (por ej., Amir, Foa y Coles, 1997; Arrindell, de Vlamming, Eisenhardt, van Berkum y Kwee, 2002; McKay, Dayko, Neziroglu, y Yaryura-Tobias, 1995, 1998), pero también se han propuesto otros dos factores diferentes, uno de gravedad e interferencia (Amir et al. 1997), o uno de gravedad y otro de resistencia y estrategias de control (Deacon y Abramowitz, 2004), e incluso estructuras de tres factores: gravedad de las obsesiones, gravedad de las compulsiones, y



resistencia a los síntomas (Kim, Dysken, Pheley, Hoover, 1994; Moritz et al., 2002). Se ha planteado incluso una propuesta unifactorial, denominada como Impacto Global del TOC (Fals-Stewart, 1992). Estas discrepancias reflejan, por un lado, la dificultad para establecer estructuras factoriales a partir de los cuestionarios, y por otro, las limitaciones que algunos autores encuentran al intentar cuantificar por separado las obsesiones y las compulsiones en la evaluación del TOC para delimitar la gravedad de este trastorno, sugiriendo con ello que el modelo bifactorial podría no ser el óptimo (Moritz et al., 2002).

Por lo que refiere a la validez discriminante del C-BOCI, los resultados han sido solo medianamente satisfactorios en la muestra no clínica, dadas las elevadas asociaciones entre este cuestionario y las medidas de depresión y ansiedad. No obstante, hay que señalar que tampoco sería esperable la ausencia de relaciones apreciables entre una medida de síntomas obsesivo-compulsivos y otras de ansiedad y depresión, especialmente cuando se examinan en población no clínica (Rachman y Hodgson, 1980). Este patrón de resultados es además habitual cuando se realizan estudios de validación de instrumentos en los que se utilizan cuestionarios como el BDI, el BAI o el PSWQ, ya sea con población general (p. ej., Hervás, 2008), o clínica (Gallego, Botella, Quero, Baños y García-Palacios, 2007). En todo caso, sí que deberían tener correlaciones mayores con otras medidas obsesivo-compulsivas que con las no-obsesivas. Este es precisamente el resultado que hemos obtenido entre el C-BOCI y los dos cuestionarios de ansiedad (BAI y PSWQ), pero no con el de Depresión. Concretamente, la subescala de obsesiones ha correlacionado de forma moderadamente alta con BDI, resultado que se obtuvo también en la validación del OCI-R en población española (Fullana et al., 2005), así como en otros estudios sobre las propiedades psicométricas del OCI (Hajcak, Huppert, Simons, y Foa, 2004) o en estudios sobre análisis de las dimensiones del TOC (Mataix, Rosario-Campos y Leckman, 2005), donde el grado de obsesionalidad y el de depresión también han mostrado elevadas correlaciones. Otro dato a destacar es que casi todas las correlaciones de

las subescalas del OCI-R con las del C-BOCI son más altas para la escala de compulsiones, mostrando así la sobre-representación de éstas en el primer instrumento. Por último, cabe comentar que el C-BOCI mostró correlaciones más bajas con el PSWQ que las que obtuvo el OCI-R con ese mismo instrumento (Fullana et al., 2005), por lo que parece que el C-BOCI es más útil para diferenciar entre preocupaciones de tipo obsesivo y las de tipo *worry*. En la muestra de pacientes con TOC, los índices de validez discriminante han resultado ser superiores, lo que avala su utilidad en este sentido.

La aproximación a la validez criterial que hemos realizado indica que el nuevo instrumento puede resultar excelente para su uso en estudios de cribado de sintomatología TOC en población general. Un punto de corte de 17 en la puntuación total del cuestionario, que además se corresponde con el percentil 75 en la población general, permite detectar con razonable seguridad personas con síntomas obsesivo-compulsivos aislados, o bien la presencia de un TOC subclínico o de gravedad leve. Por su parte, un valor de 26 es indicativo de la presencia clínicamente significativa del trastorno, con un margen de error pequeño. Este punto de corte es superior al de 19 que sugieren los autores originales del instrumento (Clark y Beck, 2002), si bien en ese estudio no se realizaron los análisis de sensibilidad y especificidad llevados a cabo en este trabajo. Por último, puntuaciones totales iguales o superiores a 30 indican de manera clara la presencia de un TOC, si bien queda por determinar la correspondencia de esta puntuación con la gravedad real del trastorno.

Finalmente, el tamaño de la muestra de pacientes, relativamente pequeña, y sobre todo la ausencia de otros grupos de pacientes con trastornos de ansiedad diferentes al TOC y con depresión, supone una limitación a los resultados obtenidos, en especial por lo que se refiere a delimitar con mayor precisión la validez discriminante y predictiva del C-BOCI en el contexto clínico. No obstante, pensamos que los resultados obtenidos permiten utilizar el C-BOCI como instrumento de cribado útil y fiable para la detección de patología TOC en la población general española. Futuros estudios deberán además

valorar su utilidad como instrumento para la evaluación de la gravedad del trastorno, su sensibilidad al cambio terapéutico, y como ya se ha dicho, su capacidad para diferenciar entre distintos grupos de pacientes TOC y no-TOC.

## REFERENCIAS

- Amir, N., Foa, E.B., y Coles, M.E. (1997). Factor structure of the Yale-Brown Obsessive Compulsive Scale. *Psychological Assessment*, 9, 312-316.
- Anthony, M.M., Downie, F., y Swinson, R.P. (1998). Diagnostic issues and epidemiology in obsessive-compulsive disorder. En Swinson, R.P., Antony, M.M., Rachman, S., y Richter, M.A. (Eds.). *Obsessive-compulsive disorder: Theory, research and treatment* (pags. 3-32). New York: Guilford Press.
- Antony, M.M., Orsillo, S.M., y Roemer, L. (Eds.) (2001). *Practitioner's guide to empirically based measures of anxiety*. New York: Kluwer.
- Arrindell, W.A., de Vlaming, I.H., Eisenhardt, B.M., van Berkum, D.E., y Kwee, M.G.T. (2002). Cross-cultural validity of the Yale-Brown Obsessive-Compulsive Scale. *Journal Behavioral Therapy and Experimental Psychiatry*, 33, 159-176.
- Beck, A.T., y Steer, R.A. (1993). *Manual for the Beck Anxiety Inventory*, San Antonio, Texas: Psychological Corporation.
- Beck, A.T., Steer, R.A., y Brown, G.K. (1996). *Manual for the Beck Depression Inventory - Second Edition*. San Antonio, Texas: Psychological Corporation.
- Burns, G.L., Keortge, S.G., Formea, G.M., y Sternberg, L.G. (1996). Revision of the Padua inventory of obsessive compulsive disorder symptoms: distinctions between worry, obsessions, and compulsions. *Behaviour Research and Therapy*, 34, 163-173.
- Clark, D.A., y Beck, A.T. (2002). *Manual for the Clark-Beck Obsessive Compulsive Inventory*. San Antonio, Texas: Psychological Corporation.
- Clark, D.A. (2004). *Cognitive-Behavioral Therapy of OCD*. New York: Guilford Press.
- Clark, D.A., Beck, A.T., Antony, M.M., y Swinson, R.P. (2005). Screening for Obsessive and Compulsive Symptoms: Validation of the Clark-Beck Obsessive-Compulsive Inventory. *Psychological Assessment*, 17, 132-143.
- Comeche, M.I., Díaz, M.I., y Vallejo M.A. (1995). *Cuestionarios, Inventarios y Escalas. Ansiedad, Depresión y Habilidades Sociales*. Madrid: UNED. Fundación Universidad-Empresa.
- Cruzado, J.A. (1993). *Tratamiento comportamental del trastorno obsesivo-compulsivo*. Madrid: UNED, Fundación Universidad-Empresa.
- Deacon, B.J., y Abramowitz, J.S. (2004). The Yale-Brown Obsessive Compulsive Scale: factor analysis, construct validity, and suggestions for refinement. *Journal of Anxiety Disorders*, 19, 573-585.
- Di Nardo, P.A., Brown, T.A., y Barlow, D.H. (1994). *Anxiety Disorders Interview Schedule for DSM-IV: Lifetime version (ADIS-IV-L)*. New York: Graywind Publications Inc.
- Fals-Stewart, W. (1992). A dimensional analysis of the Yale-Brown Obsessive Compulsive Scale. *Psychological Reports*, 70, 239-240.
- Feske, U., y Chambless, D.L. (2000). A review of assessment measures for obsessive-compulsive disorder. En Goodman, W.K., Rudorfer, M., y Maser, J. D. (Eds.). *Obsessive-compulsive disorder: Contemporary issues in treatment* (pp. 157-182). Mahwah, NJ: Lawrence Erlbaum.
- Foa, E.B., Huppert, J.D., Leiberg, S., Langner, R., Kichic, R., Hajcak, G., y Salkovskis, P.M. (2002). The Obsessive-Compulsive Inventory: development and validation of a short version. *Psychological Assessment*, 14, 485-496.
- Fullana, M.A., Tortella, M., Caseras, X., Andiñón, O., Torrubia, R., y Mataix, D. (2005). Psychometric properties of the Spanish version of the Obsessive-Compulsive Inventory-Revised in a non-clinical sample. *Journal of Anxiety Disorders*, 19, 893-903.
- Gallego, M.J., Botella, C., Quero, S., Baños, R.M., y García-Palacios, A. (2007). Propiedades psicométricas de la Escala de Miedo a la Evaluación Negativa, versión Breve (BFNE) en muestra clínica. *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica*, 12, 163-176.
- García-Soriano, G., Belloch, A., y Morillo, C. (2008). Sobre la heterogeneidad del Trastorno Obsesivo-Compulsivo. *Revista de Psicopatología y psicología Clínica*, 13, 65-84.
- Goodman, W.K., Price, L.H., Rasmussen, S.A., Mazure, C., Fleishman, R.J., Hill, C.L., Heninger, G.R., y Charney, D.S. (1989a). The Yale-Brown Obsessive-Compulsive Scale (I): Development, use and reliability. *Archives of General Psychiatry*, 46, 1006-1011.
- Goodman, W.K., Price, L.H., Ramussen, S.A., Mazure, C., Delgado F., Heninger, G.R., y Charney, D.S. (1989b). The Yale-Brown Obsessive-Compulsive Scale (II): Validity. *Archives of General Psychiatry*, 46, 1012-1016.
- Grabill, K., Merlo, L., Duke, D., Harford, K-L., Keeley, M.L., Geffken, G.R., y Storch, E.A. (2008). Assessment of obsessive-compulsive disorder: A review. *Journal of Anxiety Disorders*, 22, 1-17.
- Hajcak, G., Huppert, J.D., Simons, R.F., y Foa, E.B. (2004). Psychometric properties of the OCI-R in a college sample. *Behaviour Research and Therapy*, 42, 115-123.

- Hervás, G. (2008). Adaptación al castellano de un instrumento para evaluar el estilo rumiativo: la escala de respuestas rumiativas. *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica, 13*, 111-121.
- Hodgson, R.J., y Rachman, S. (1977). Obsessional-compulsive complaints. *Behaviour Research and Therapy, 15*, 389-395.
- Kim, S.W., Dysken, M.W., Pheley, A.M., y Hoover, K.M. (1994). The Yale-Brown Obsessive Compulsive Scale: measures of internal consistency. *Psychiatry Research, 5*, 203-211.
- Mataix, D., Rosario-Campos, M.C., y Leckman, J.F. (2005). A multidimensional model of obsessive-compulsive Disorder. *American Journal of Psychiatry, 162*, 228-238.
- McKay, D., Danyko, S., Neziroglu, F., y Yaryura Tobias, J.A. (1995). Factor structure of the Yale-Brown Obsessive Compulsive Scale: A two dimensional measure. *Behaviour Research and Therapy, 33*, 865-869.
- McKay, D., Danyko, S., Neziroglu, F., y Yaryura Tobias, J.A. (1998). The Yale-Brown Obsessive Compulsive Scale: confirmatory factor analytic findings. *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment, 20*, 265-274.
- Meyer, T.J., Miller, M.L., Metzger R.L., y Borkovec, T.D. (1990). Development and validation of the Penn State Worry Questionnaire. *Behaviour Research and Therapy, 28*, 487-495.
- Moritz, S., Meier, B., Kloss, M., Jacobsen, D., Wein, C., Fricke, S., y Hand, I. (2002). Dimensional structure of the Yale-Brown Obsessive Compulsive Scale (Y-BOCS). *Psychiatry Research, 109*, 193-199.
- Rachman, S.J., y Hodgson, R.J. (1980). *Obsessions and Compulsions*. Engelwood Cliffs, NJ: Prentice-Hall.
- Sandín, B., Chorot, P., Valiente, R. M., y Lostao, L. (2009). Validación española del cuestionario de preocupación PSWQ: Estructura factorial y propiedades psicométricas. *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica, 14*, 107-122.
- Sanz, J., Perdigón A., y Vázquez, C. (2003). Adaptación española del Inventario para la depresión de Beck-II (BDI-II): 2. Propiedades psicométricas en población general. *Clínica y Salud, 14*, 249-280.

