

Revisión narrativa de escalas para cribado de trastorno obsesivo compulsivo y adaptación cultural uruguaya

Revisión

Resumen

El trastorno obsesivo compulsivo es diagnosticado tardíamente, factor que empeora su pronóstico. Contar con una escala de cribado facilitaría el diagnóstico oportuno. Los objetivos de este trabajo fueron seleccionar la escala más adecuada para cribado de trastorno obsesivo compulsivo en adultos y someterla a un proceso de adaptación cultural uruguaya. Se efectuó una revisión narrativa de escalas diseñadas para cribado de este trastorno en Internet, entre febrero y mayo de 2021. Las escalas fueron analizadas según una lista de criterios preestablecidos, que permitió descartar progresivamente aquellas que no reunían las condiciones: extensión menor a 30 ítems, método autoaplicado, adecuadas propiedades psicométricas, punto de corte establecido para la detección, incluir las temáticas y presentaciones características de la patología. Seleccionado el inventario, se efectuó su traducción directa y reversa, y revisión conceptual por comité de expertas. Fue seleccionada la escala Florida Obsessive Compulsive Inventory (FOCI), que presenta buena apariencia lógica, lenguaje accesible y una sensibilidad del 92 % para detección de trastorno obsesivo compulsivo. De su adaptación cultural se obtuvo una versión preliminar en lenguaje regional. La versión preliminar de FOCI deberá ser testada cualitativamente en estudio piloto, donde será completada por usuarios con trastorno obsesivo compulsivo, para obtener una versión regional equivalente a la original.

Palabras clave

escala FOCI
trastorno obsesivo compulsivo
adaptación cultural

Summary

Obsessive-compulsive disorder is diagnosed late, a factor that worsens its prognosis. Having a screening scale would facilitate timely diagnosis. The objectives are to select the most appropriate scale for obsessive-compulsive disorder screening in adults and submit it to a process of Uruguayan cultural adaptation. Between February and May 2021, a narrative review of scales designed for that disorder screening on the Internet was carried out. The scales were analyzed according to a list of pre-established criteria, which made it possible to progressively discard those that did not meet the conditions: an extension less than 30 items, self-applied method, adequate psychometric properties, cut-off point established for the detection, including the topics and characteristic presentations of the pathology. Once the inventory was selected, its direct and reverse translation was carried out, as well as a conceptual review by a committee of experts. The Florida Obsessive Compulsive Inventory (FOCI) scale was selected, which presents good logical appearance, accessible language and a sensitivity of 92 % for obsessive-compulsive disorder screening. From its cultural adaptation, a preliminary version in regional language was obtained. The preliminary version of FOCI must be qualitatively tested in a pilot study, where it will be completed by users with obsessive-compulsive disorder, in order to obtain a regional version equivalent to the original.

Keywords

FOCI scale
obsessive-compulsive disorder
cultural adaptation

Autores

Silena Correa

Médica psiquiatra. Maestranda en Investigación en Ciencias Médicas, ProInBio, Universidad de la República (Udelar).

Margarita Wschebor

Médica psiquiatra. Magíster en Investigación en Ciencias Médicas, ProInBio, Udelar. Ex profesora agregada de la Clínica de Psiquiatría.

Fiorella Cavalleri

Licenciada en Estadística y en Economía. Doctora en Investigación en Ciencias Médicas, ProInBio, Udelar. Profesora adjunta del Departamento de Medicina Preventiva y Social de la Facultad de Medicina, Udelar.

Correspondencia:
silena.correa88@gmail.com

Introducción

El trastorno obsesivo compulsivo (TOC) tiene una prevalencia de hasta un 3 % en población general,^{1,2} y es uno de los trastornos mentales más invalidantes en el adulto joven.^{2,3} Las personas con TOC tienden a omitir su sintomatología, muchas veces por sentimientos de vergüenza o culpa.^{2,4} Frecuentemente consultan por síntomas depresivos o de ansiedad que desarrollan como comorbilidad en la evolución.

Existe una demora excesiva en el diagnóstico de TOC de 8 años en promedio, luego de su inicio,^{5,6} factor que se asocia al desarrollo de resistencia al tratamiento y empeora el pronóstico.^{2,3}

Ante esta evidencia se impone la pregunta de cómo podría detectarse este trastorno más tempranamente. La utilización de una escala de cribado de TOC en primer nivel de atención podría contribuir a reducir la demora diagnóstica. En Uruguay no se cuenta con inventarios para cribado de trastorno obsesivo compulsivo validados regionalmente.

El presente trabajo fue realizado en dos etapas consecutivas. En la primera, se efectuó una revisión narrativa de escalas para cribado de TOC en adultos, con el objetivo de seleccionar la más adecuada para su adaptación cultural uruguaya.

En la segunda etapa, se inició el proceso de adaptación cultural de la escala seleccionada, escala Florida Obsessive Compulsive Inventory (FOCI), con el objetivo de obtener una versión equivalente a la original en apariencia lógica y adaptada al lenguaje regional.

Metodología: estudio 1

Se realizó una revisión narrativa utilizando fuentes de datos de Internet y se seleccionaron estudios sobre escalas para cribado de TOC en adultos.

Criterios de inclusión. Se incluyeron trabajos de validación o estudio de propiedades psicométricas de escalas para cribado de TOC

en adultos, tanto en población clínica como no clínica. Se excluyeron trabajos referidos a escalas de TOC dirigidas a evaluar severidad, respuesta al tratamiento o perfil cognitivo de personas que ya tienen el diagnóstico.

Búsqueda bibliográfica. Se realizó desde el 22 de febrero al 15 de mayo de 2021, utilizando como fuentes en Internet los sitios: Google, Google Scholar, Portal Timbó, Cochrane, Medline. Se efectuó una búsqueda en 2 etapas, en español e inglés. En la primera fase se utilizaron las palabras clave: «TOC» o «trastorno obsesivo compulsivo» en distintas combinaciones con los siguientes términos: escala, inventario, cuestionario, instrumento, prueba, validación, diagnóstico, cribado, tamizaje. En la segunda etapa se utilizaron las mismas palabras anteriores agregando las siglas de las distintas escalas que iban siendo mencionadas en los artículos hallados en la primera fase.

Selección de estudios. Se efectuó una lectura previa del resumen de los trabajos hallados para definir su adecuación a los criterios de inclusión, y lectura completa de los artículos que cumplían con los requisitos.

Criterios para la descripción de escalas. Los criterios fueron establecidos en forma previa al análisis de los inventarios, con un orden de aplicación predefinido para descartar progresivamente las escalas que no se adecuen en sus aspectos operativos y psicométricos, reduciendo el número de inventarios. Finalmente, solamente se analizó el contenido de las escalas que fueron reuniendo los requisitos anteriores.

Se seleccionaron trabajos de validación en población clínica y no clínica, entendiendo como población clínica a un grupo de participantes con diagnóstico de TOC, trastorno depresivo mayor o episodio depresivo mayor, y trastornos de ansiedad diversos: trastorno de pánico, trastorno por estrés postraumático, fobia social, trastorno de ansiedad generalizada, trastorno de ansiedad no especificado.

Se estableció el requisito de método autoaplicado, por considerarse más habilitante para el

paciente, y por no requerir de entrenamiento especial por parte del personal de salud.

Se planteó una extensión máxima de 30 ítems, por estimarse un número de preguntas suficiente para indagar las principales temáticas de la enfermedad, sus distintas formas de presentación, repercusión pragmática y severidad; y pensando en un tiempo de aplicación breve compatible con su uso en la práctica clínica.

Se requirió la existencia de trabajos de validación, o medición de propiedades psicométricas, que evalúen la escala como instrumento para detección de TOC.

Se describió y comparó la fiabilidad de los inventarios mediante el coeficiente alfa de Cronbach; como resultado deseable se consideró un valor alfa de Cronbach entre 0,70 y 0,90.⁷ La validez fue descripta y analizada mediante la validez convergente, cuantificada por coeficientes de Spearman o de Pearson, siendo deseables los valores entre 0,40 y 0,70.⁷

Se requirió también la existencia de un punto de corte sugerido para potencial diagnóstico de TOC.

Para el análisis de contenido, se consideró que un buen instrumento de cribado debe preguntar por lo más característico de la enfermedad y por las diferentes formas en que se presenta. Se estableció como requisito que el inventario evalúe las temáticas del TOC con mayor respaldo empírico: contaminación/limpieza, pensamientos inaceptables dados por ideas de tipo agresivo/sexual/religioso, ideas obsesivas impulsivas de tipo «miedo al acto», simetría, orden, conteo, duda, comprobación. Se agruparon para su evaluación las temáticas que suelen manifestarse asociadas: duda/comprobación, contaminación/limpieza, ideas de daño/sexual/religiosa, orden/conteo/simetría.^{1, 4}

Se incluyeron también características cognitivas relevantes para identificar la patología: pensamiento mágico, la sensación de escaso control sobre las ideas, y la vivencia de resistencia, lucha o malestar, frente a pensamientos intrusivos o conductas repetitivas.⁴

Operacionalización de la selección de escalas. Se describieron en función de la población objetivo, rango etario, método de aplicación y de acuerdo con su extensión (tabla 1). Para continuar profundizando en la descripción de los cuestionarios, se seleccionaron solamente los que resultaron ser autoaplicados y cuya extensión no superara las 30 preguntas.

Se analizaron según sus propiedades psicométricas, la presencia de un punto de corte para detección de TOC y en función del rango de variabilidad de la escala (tabla 2).

Finalmente, se describió el contenido de las escalas para las que se halló un punto de corte para diagnóstico presuntivo TOC (tabla 3).

Resultados: estudio 1

Se efectuó lectura completa de 31 estudios de validación de escalas para detección de TOC en adultos, 13 de los cuales fueron realizados en población no clínica y 5 en población clínica; 12 estudios evaluaron la escala comparando muestras de población clínica y no clínica, y uno de ellos se realizó en pacientes hospitalizados, pero no especifica diagnósticos o motivo de hospitalización. Se identifican 16 escalas mencionadas en estos 31 estudios.

El criterio de aplicación y extensión redujo el número de inventarios de 16 a 8. En todos los casos la fiabilidad fue descripta mediante el coeficiente alfa de Cronbach.

De estos 8 inventarios se seleccionaron solamente aquellos para los que se halló un punto de corte para cribado de TOC. Se obtuvieron 4 escalas preseleccionadas: Obsessive-Compulsive Inventory Revised (OCI-R), Dimensional Obsessive-Compulsive Scale (DOCS), Clark-Beck Obsessive Compulsive Inventory (C-BOCI) y Florida Obsessive Compulsive Inventory (FOCI).

La validez convergente fue medida mediante coeficiente de Pearson en todos los casos, con excepción de un estudio de validación de la

Tabla 1 | Clasificación según población, rango etario, método de aplicación y extensión

	Población objetivo	Rango etario (años)	Auto-aplicada	Hetero-aplicada	Extensión 30 ítems	Extensión > 30 ítems
OCI ⁸	Población clínica y no clínica.	18-60	Sí			Sí (42)
OCI-R ⁹⁻¹⁰	Población clínica y no clínica	Promedios: 33,2 (TOC) 38,8 (TA) 31,4 (TEPT) 21 (comunidad)	Sí		Sí (18)	
DOCS ^{11, 12}	Población clínica y no clínica	Promedios: 28,63 (TOC) 31,60 (TA) 20,39 (controles)	Sí		Sí (20)	
MOCI ¹³⁻¹⁵	Población no clínica	18-45 Promedio: 19,01	Sí		Sí (30)	
LOI ¹⁶	Población no clínica y muestra clínica	No especifica	Sí			Sí (69)
VOCI ^{17, 18}	Población clínica y no clínica	35,5 (TOC) 36 (TA/TDM) 41 (comunidad) 19,9 (estudiantes)	Sí			Sí (55)
VOCI-R ¹⁹	Población clínica	Promedio: 36,6	Sí		Sí (30)	
PI ²⁰⁻²²	Población clínica y no clínica	20-60	Sí			Sí (60)
PI-WSUR ^{23, 24}	Población clínica y no clínica	18-44 años Promedio: 36,6 (TOC) 44 (TA y TDM)	Sí			Sí (39)
FOCI ²⁵⁻²⁹	Población clínica y no clínica	17-79 años Promedios: 20,1-26 (comunidad) 30,6-37,9 (clínica)	Sí		Sí (20 a 25)	
OCTC ³⁰	Población clínica, control	Promedios: 37,50 (TOC) 38,85 (TA) 36,61 (control)	Sí		Sí (28)	
SCOPI ³¹	Población no clínica y muestra clínica	No especifica	Sí			Sí (47)
CBOCI ^{32, 33}	Población clínica y no clínica	19-40 (comunidad) Promedios: 34 (OCD) 39 (TA) 40 (TD)	Sí		Sí (25)	
CAC ^{15, 34}	Población clínica y no clínica	Promedios: 35,2 (TOC) 37,2 (TA) 19-32,6 (comunidad)	Sí			Sí (38)
CAC-R ³⁴	Población no clínica	No especifica	Sí		Sí (28)	
MINI ³⁵	Pacientes hospitalizados, no específica motivo	18-74 Promedio: 40,9		Sí	Sí	

TOC: trastorno obsesivo compulsivo. TA: trastorno de ansiedad (incluye diagnósticos como trastorno de pánico, trastorno de ansiedad generalizada o fobia social). TD: trastorno depresivo. TDM: trastorno depresivo mayor. TEPT: trastorno por estrés postraumático.

Tabla 2 | Clasificación según propiedades psicométricas, punto de corte y puntaje

	Número de estudios	Fiabilidad (α Cronbach)	Validez convergente Coeficiente Pearson: r Coeficiente Spearman: ρ	Punto de corte	Rango de la escala
OCI-R	3	0,81-0,88	ρ : 0,98 respecto a la OCI r : 0,55-0,62 respecto a PI r : 0,58-0,60 respecto a VOCl	18 puntos en población con síntomas de ansiedad 21 puntos en comunidad	0-72
DOCS	2	0,90-0,93	r : 0,65-0,71 respecto a OCI-R r : 0,53 respecto a OBQ-SV	18 puntos en población sin síntomas de ansiedad 21 puntos en comunidad	0-80
MOCI	3	0,69-0,75	r : 0,51 respecto a SCL-90-R, subescala de obsesión-compulsión		
VOCl-R	1	0,90	Coeficiente de Pearson respecto a OCI-R: 0,88; y respecto a PI-PR: 0,83		
FOCI ³⁶	5	0,78-0,92: lista de síntomas 0,83-0,92: escala de severidad	Lista de síntomas, r : 0,47 respecto a Y-BOCS 0,68-0,76-0,84 respecto a OCI-R 0,51 respecto a Y-BOCS-II Escala de severidad, r : 0,61-0,89 respecto a Y-BOCS 0,36-0,51-0,67 respecto a OCI-R 0,90 respecto a Y-BOCS-II	5 puntos en la escala de severidad	0-20
OCTC	1	0,88	ρ : 0,62 respecto a CAC ρ : 0,42 respecto a Y-BOCS		
CBOCI	2	0,82-0,93	r : 0,45 respecto a Y-BOCS y 0,69 respecto a OCI-R (muestra clínica) 0,56 respecto a OCI-R (comunidad) 0,77 respecto a PI-WSUR 0,78 respecto a Y-BOCS	30 puntos	0-75
CAC-R	1	0,867	r : 0,584 respecto a MOCI r : 0,589 respecto a OTC		

OBQ-SV: obsessive beliefs questionnaire-short version. AOCS: Arabic Obsessive-compulsive Scale. PI-PR: Padua Inventory-Palatine Revision. SCL-90-R: Symptoms Checklist-90-Revised. OTC: Obsessive Thoughts Checklist.

Tabla 3 | Clasificación según contenido: temáticas TOC y aspectos cognitivo-vivenciales

	Limpieza/contaminación	Ideas inaceptables	Ideas impulsivas	Simetría, orden, conteo	Duda/comprobación	Escaso control	Pensamiento mágico	Resistencia, lucha, malestar
OCI-R	Sí	Sí	No	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí
DOCS	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí
FOCI	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí
C-BOCI	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí

escala OCI-R, donde se utilizó el coeficiente de Spearman.⁸

Los 4 inventarios evalúan los síntomas principales del TOC, a excepción de la escala OCI-R, que no indaga el síntoma «ideas obsesivas impulsivas». Los 4 contemplan los aspectos cognitivos/vivenciales considerados relevantes en el TOC.

Las escalas OCI-R, DOCS y C-BOCI son de respuesta tipo Likert, dando la opción de identificar el síntoma mediante un valor ascendente según el grado de interferencia o malestar que genera.

La escala FOCI se divide en una parte A compuesta por una lista de 20 síntomas de respuesta dicotómica; y una parte B de tipo Likert, compuesta por 5 ítems que evalúan la severidad de la sintomatología identificada en la parte A.

Discusión: estudio 1

Los estudios realizados en población clínica son un aporte valioso, ya que evalúan el cuestionario en un grupo de personas con las características para las que se proyecta el uso de la escala. Los trabajos efectuados en población no clínica aportan una valoración del inventario como herramienta de cribado, poniendo a prueba su capacidad para detectar casos leves de la enfermedad.

Las 4 escalas preseleccionadas están respaldadas por estudios realizados en ambos tipos de población; se halló un mayor número de trabajos de validación para la FOCI.

La fiabilidad de las escalas resultó adecuada, con un alfa de Cronbach por encima de 0,70 en todos los casos, aunque se evidencian valores superiores a 0,90 en 4 estudios, lo que sugiere redundancia entre algunos ítems del instrumento. Tal es el caso de la escala DOCS,^{11, 12} C-BOCI,³³ y de la FOCI²⁶ en uno de los trabajos, y para su escala de severidad en otro de los estudios.²⁸ En uno de estos trabajos referido a la escala FOCI, que arroja como resultado un coeficiente alfa de Cronbach de 0,92, esta fue completada vía

online por usuarios en busca de tratamiento psicoterapéutico, circunstancias diferentes a los demás estudios, en los que el cuestionario se completó en forma presencial.

La validez convergente arrojó resultados más diversos y difíciles de comparar entre sí para las 4 escalas preseleccionadas, por haber sido medidas contra distintos instrumentos. Cabe señalar que en 4 trabajos las escalas fueron comparadas con la Y-BOCS, instrumento diseñado con una finalidad diferente al cribado de TOC. Dos de estos trabajos tratan de la escala FOCI,^{25, 27} y los restantes 2, de la escala C-BOCI.^{32, 33}

La Y-BOCS se considera la escala patrón para evaluación de severidad del TOC, razón por la que la interpretación de resultados para escalas de severidad podría realizarse en términos de validez concurrente, siendo deseables los valores iguales o superiores a 0,80. Tal es el caso de la escala FOCI, donde la subescala de severidad mostró mayor concordancia respecto a Y-BOCS que la lista de síntomas del mismo cuestionario. Uno de los estudios que compara la escala de severidad FOCI con Y-BOCS arroja un resultado adecuado de validez concurrente: 0,89, y el otro, un resultado adecuado para una validez convergente: 0,61.

La C-BOCI evidenció una adecuada validez convergente respecto a Y-BOCS en uno de los estudios: 0,45, y un valor elevado en otro trabajo: 0,78.

Estudios de curva ROC consultados acerca del punto de corte establecido para los inventarios muestran adecuados valores de sensibilidad y especificidad para el diagnóstico de TOC, siendo superiores los resultados de C-BOCI³² y FOCI.³⁶ La C-BOCI muestra una sensibilidad de 86,4 % y una especificidad de 100 %, mientras que FOCI presenta una sensibilidad diagnóstica de 92 % y una especificidad de entre 82 y 88 %. Las escalas OCI-R⁹ y DOCS¹¹ muestran valores similares en población clínica: una sensibilidad de 74,0 % y especificidad de 75,2 % para la primera; y un 78 % de sensibilidad y especificidad diagnóstica en el caso de la DOCS.

En cuanto a aspectos de aplicabilidad de las escalas, la OCI-R y la FOCI son las de diagramación más sencilla, ambas con lenguaje claro y comprensible. La DOCS presenta enunciados introductorios bastante extensos en cada categoría sintomática, y las preguntas están formuladas con paréntesis, hechos que pueden dificultar la comprensión en una sola lectura. La C-BOCI también presenta enunciados introductorios extensos, que incluyen definiciones teóricas prescindibles, donde utiliza términos clínicos en la descripción de los ítems («pensamiento obsesivo», «compulsión»), categorización que podría resultar incómoda para algunos pacientes.

En cuanto al modo de puntuación de las escalas, en el caso de la FOCI podría pensarse que con el formato dicotómico de la lista de obsesiones y compulsiones se pierden los aspectos dimensionales de la vivencia; sin embargo, estos están contemplados en la escala de severidad, referida a los síntomas previamente identificados.

La escala FOCI resultó ser la más adecuada como herramienta para cribado de TOC. Está respaldada por el mayor número de estudios de validación, con sólidas propiedades psicométricas y satisfactoria apariencia lógica. Utiliza diagramación y lenguaje comprensibles, teniendo en cuenta la sensibilidad del usuario.

Metodología: estudio 2

Partiendo de la selección de la escala FOCI, diseñada en inglés, se realizó su traducción idiomática al español y revisión conceptual, para su adaptación cultural uruguaya.

Población objetivo. La escala estará dirigida a personas de 15 años en adelante, edad a partir de la que comienza la atención en psiquiatría de adultos en Uruguay.

El trabajo se realizó en 4 etapas:

Traducción directa. Del inglés al español en terminología local, idioma de destino. Fue realizada en forma independiente por dos traductores bilingües cuya lengua nativa es el español regional. Uno de ellos, traductor

informado, posee formación médica y en psiquiatría, y su interpretación apunta a mantener la equivalencia de términos desde una perspectiva clínica.

El segundo, traductor no informado, no tiene estudios en medicina ni en salud mental, y desconoce los objetivos del estudio. Su adaptación aporta una versión de la escala más ajustada al lenguaje coloquial y puede poner en evidencia la existencia de expresiones ambiguas o poco claras.

Versión síntesis en español. Los traductores anteriores compararon sus traducciones, y elaboraron una versión conjunta y consensuada de la escala en castellano regional.

Traducción reversa. Apunta a verificar la preservación del contenido original del inventario. La versión síntesis de la escala en español fue entregada a dos traductores bilingües cuyo idioma nativo es el inglés, para que devuelvan el inventario a su idioma de origen, trabajando por separado.

Para definir un buen manejo del español local por parte de estos traductores, se estableció como requisito un tiempo de residencia en el país mayor a 5 años, teniendo ellos 9 y 10 años de estancia en Uruguay, respectivamente.

Ninguno tiene formación en medicina o en salud mental, no conocían la escala original, siendo ciegos para esta y los objetivos del estudio.

Revisión por comité de expertos. Se conformó un comité de expertas en la materia integrado por tres médicas especialistas en psiquiatría, bilingües. El cometido de este equipo fue evaluar la adecuación conceptual de la escala, pudiendo expedirse en cuanto a su apariencia lógica. Para el análisis comparativo les fueron brindadas las seis versiones del instrumento: la original y las diferentes traducciones. Los cambios propuestos se aplicaron sobre la versión síntesis de la escala en español,^{37,38} y fueron discutidos en conjunto por el comité y los traductores.

Resultados: estudio 2

Como resultado se obtuvo la versión uruguaya de la escala FOCI para adultos.

Los traductores de idioma natal español presentaron dificultad para adaptar la expresión *just right* que tradujeron como 'exactamente bien', siendo devuelta al inglés como *exactly right*. Finalmente, este término se aceptó como «correcto».

El comité de expertas propuso modificar el primer enunciado introductorio de la escala, que hace referencia a la presencia de imágenes o pensamientos desagradables, cambiando «que entran repetidamente en su mente» por «que aparecen de forma repetida en su mente».

En la pregunta 9, se cambió la expresión «Hacer daño a un ser querido...» por «Que se lastime un ser querido...».

En la pregunta 19, se cambió el término «eventos temidos» por «acontecimientos de mal augurio», y se modificó la redacción: los ejemplos a modo de paréntesis ubicados a mitad de la oración se reformularon colocando la pregunta en primera instancia, y enumerando los mismos ejemplos al final.

Para la escala de severidad no se propusieron modificaciones.

Discusión: estudio 2

Las intervenciones del comité de expertas se realizaron contrastando las distintas traducciones con la escala original y se aplicaron sobre la versión síntesis en castellano, que una vez modificada constituye la versión uruguaya de la escala FOCI.

Los síntomas *just right*, experimentados como la sensación de incompletud o de que «algo no está como debería», han sido estudiados como factores motivadores en el TOC, y estarían en la base de síntomas obsesivo compulsivos tales como sentirse «obligado» a realizar determinadas conductas o «incapaz» de detenerlas.³⁹

En este trabajo la dificultad en la traducción del término *just right* se generó en la adaptación

de la escala original al español, lo que condujo a que los traductores de idioma natal inglés devuelvan la expresión «exactamente bien» a *exactly right*, sin conocimiento previo de la escala original. Una vez develado el contenido del inventario FOCI en inglés, ambos traductores consensuaron que la palabra *correcto* se ajusta mejor a la expresión *just right*.

La discusión anterior pone en evidencia la diferencia entre equivalencia idiomática y equivalencia conceptual y experiencial: una traducción lingüísticamente correcta puede evocar una idea o vivencia diferente en la cultura de destino, por lo que es fundamental que las expresiones se discutan entre nativos de ambos idiomas.

La expresión «que entran repetidamente en su mente» podría confundirse con la percepción de ideas provenientes del exterior de la mente, de tipo inserción del pensamiento, como pueden percibirse en cuadros de psicosis. En el caso del TOC, las ideas se reconocen como producto de la propia mente, por lo que el término «aparecen de forma repetida» resulta más acertado del punto de vista conceptual.

La modificación en la pregunta 9, de «Hacer daño a un ser querido por no haber sido lo suficientemente cuidadoso» a «que se lastime un ser querido...» es adecuada, ya que el ítem hace referencia a un excesivo sentido de responsabilidad ante el daño que no se deriva de acciones directas. En el TOC existen distorsiones cognitivas según las cuales la persona cree que ser incapaz de evitar un infortunio es equivalente a haber inferido el daño.⁴ Esta corrección también evita el solapamiento con la dimensión «ideas impulsivas» que ya es evaluada en la pregunta 10.

La pregunta 19 se dirige a detectar la presencia de pensamiento mágico vinculado a compulsiones que se manifiestan como cábalas. En este sentido, el cambio del término «eventos temidos» por «acontecimientos de mal augurio» busca ajustar la intención de la pregunta al lenguaje regional.

La modificación realizada en el orden del ítem 19, apunta a su lectura más fluida, reduciendo la probabilidad de error de comprensión.

Conclusiones

La versión uruguaya de la escala FOCI aquí obtenida se considera preliminar, dado que debe completarse su evaluación cualitativa mediante testeo en plan piloto, donde podría objetivarse la necesidad de modificar la redacción de algún ítem.

Los participantes del plan piloto deben ser usuarios con diagnóstico de TOC, a fin de evaluar la escala desde la perspectiva experiencial de los síntomas. Esto completaría la valoración cualitativa del instrumento: los traductores aportan una interpretación idiomática ajustada al lenguaje coloquial de la región; el comité de expertas consolida esta versión desde el punto de vista técnico; y los usuarios con TOC pondrían a prueba la capacidad de la escala para denotar la vivencia sintomática.

Agradecimientos

A las integrantes del comité de expertas: Dra. Gabriela López Rega, Dra. Soledad García Detomasi y Dra. María Boussard.

Referencias bibliográficas

1. **Stewart SE, Lafleur D, Dougherty D, Wilhelm S, Keuthen NJ, Jenike MA.** Trastorno obsesivo-compulsivo y trastornos relacionados. En: Stern TA, Fava M, Wilens TE, Rosenbaum JF, eds. *Massachusetts General Hospital. Tratado de Psiquiatría Clínica*, 2.^a ed. Barcelona: Elsevier; 2018, pp. 367-79.
2. **Cervin M.** Obsessive-compulsive disorder: diagnosis, clinical features, nosology, and epidemiology. In: Goodman WK, Storch EA, eds. *Obsessive compulsive and related disorders: an issue of psychiatric clinics of North America*. Philadelphia: Elsevier; 2023, pp. 1-16.
3. **Pérez Rivera R, Moyano MB.** Trastorno obsesivo compulsivo: posible etiopatogenia, neurobiología, clínica y tratamiento. En: Alvano SA, dir. *Trastornos del estado de ánimo, de ansiedad, de estrés postraumático y obsesivo compulsivo*, 2.^a ed. Buenos Aires: Intramed; 2019, pp. 729-44.
4. **Vallejo Ruiloba J, Segalás Cosi C, Alonso Ortega P.** Trastornos obsesivos. En: Vallejo Ruiloba J, dir. *Introducción a la psicopatología y la psiquiatría*, 8.^a ed. Barcelona: Elsevier Masson; 2015, pp. 195-214.
5. **Dell'Osso B, Camuri G, Benatti B, Buoli M, Altamura AC.** Differences in latency to first pharmacological treatment (duration of untreated illness) in anxiety disorders: a study on patients with panic disorder, generalized anxiety disorder and obsessive-compulsive disorder. *Early Interv Psychiatry*. 2013;7(4):374-80. doi: 10.1111/eip.12016
6. **Altamura AC, Buoli M, Albano A, Dell'Osso B.** Age at onset and latency to treatment (duration of untreated illness) in patients with mood and anxiety disorders: a naturalistic study. *Int Clin Psychopharmacol*. 2010;25(3):172-9. doi: 10.1097/YIC.0b013e3283384c74
7. **Luján-Tangarife JA, Cardona-Arias JA.** Construcción y validación de escalas de medición en salud: revisión de propiedades psicométricas. *Arch Med*. 2015;11(3):1-10. doi: 10.3823/1251
8. **Foa EB, Huppert JD, Leiberg S, Langner R, Kichic R, Hajcak G, et al.** The Obsessive-Compulsive Inventory: development and validation of a short version. *Psychol Assess*. 2002;14(4):485-96. doi: 10.1037/1040-3590.14.4.485
9. **Fullana MA, Tortella-Feliu M, Caseras X, Andiñón O, Torrubia R, Mataix-Cols D.** Psychometric properties of the Spanish version of the Obsessive-Compulsive Inventory: revised in a non-clinical sample. *J Anxiety Disord*. 2005;19(8):893-903. doi: 10.1016/j.janxdis.2004.10.004
10. **Malpica MJ, Ruiz VM, Godoy A, Gavino A.** Inventario de Obsesiones y Compulsiones-Revisado (OCI-R): aplicación

- bilidad a la población general. *An Psicol.* 2009;25(2):217-26. [Consulta: ago. 2023]. Disponible en: <https://revistas.um.es/analesps/article/view/87481/84231>
11. **Abramowitz JS, Deacon BJ, Olatunji BO, Wheaton MG, Berman NC, Losardo D, et al.** Assessment of obsessive-compulsive symptom dimensions: development and evaluation of the Dimensional Obsessive-Compulsive Scale. *Psychol Assess.* 2010;22(1):180-98. doi: 10.1037/a0018260
 12. **Treviño de la Garza B, Berman N, Fisak B, Ruvalcaba-Romero N, Gallegos-Guajardo J.** Validation of the Dimensional Obsessive-Compulsive Scale for Mexican population. *J Obsessive Compuls Relat Disord.* 2019;21:13-7. doi: 10.1016/j.jocrd.2018.11.006
 13. **Guilera Ferré G, Gómez Benito J, Tomás Sábado J, Carreras Archs V.** Fiabilidad y validez de la versión española del Maudsley Obsessive-Compulsive Inventory (MOCI). *Interpsiquis.* 2005;6:1-4. [Consulta: ago. 2023]. Disponible en: www.researchgate.net/publication/262675966_Fiabilidad_y_validez_de_la_version_espanola_del_Maudsley_Obsessive-Compulsive_Inventory_MOCI
 14. **Chan DW.** The Maudsley Obsessional-Compulsive Inventory: a psychometric investigation on Chinese normal subjects. *Behav Res Ther.* 1990;28(5):413-20. doi: 10.1016/0005-7967(90)90161-b
 15. **Sternberger LG, Burns GL.** Compulsive Activity Checklist and the Maudsley Obsessional-Compulsive Inventory: psychometric properties of two measures of obsessive-compulsive disorder. *Behav Ther.* 1990;21(1):117-27. doi: 10.1016/S0005-7894(05)80193-5
 16. **Cooper J.** The Leyton Obsessional Inventory. *Psychol Med.* 1970;1(1):48-64. doi: 10.1017/s0033291700040010
 17. **Nogueira Arjona R, Godoy Ávila A, Gavino Lázaro A, Romero Sanchíz P.** Propiedades psicométricas del Vancouver Obsessional Compulsive Inventory (VOCI) en dos muestras no clínicas de población española. *Psicothema.* 2009;21(4):646-51. [Consulta: ago. 2023]. Disponible en: www.psicothema.com/pdf/3685.pdf
 18. **Thordarson DS, Radomsky AS, Rachman S, Shafran R, Sawchuk CN, Ralph Hakstian A.** The Vancouver Obsessional Compulsive Inventory (VOCI). *Behav Res Ther.* 2004;42(11):1289-314. doi: 10.1016/j.brat.2003.08.007
 19. **Gönner S, Ecker W, Leonhart R, Limbacher K.** Multidimensional assessment of OCD: integration and revision of the Vancouver Obsessional-Compulsive Inventory and the Symmetry Ordering and Arranging Questionnaire. *J Clin Psychol.* 2010;66(7):739-57. doi: 10.1002/jclp.20690
 20. **Ibáñez I, Olmedo E, Peñate W, González M.** Obsesiones y compulsiones: estructura del Inventario de Padua. *Rev Int Psicol Clín Salud.* 2002;2(2):263-88. [Consulta: ago. 2023]. Disponible en: www.redalyc.org/pdf/337/33720204.pdf
 21. **van Oppen P.** Obsessions and compulsions: dimensional structure, reliability, convergent and divergent validity of the Padua Inventory. *Behav Res Ther.* 1992;30(6):631-7. doi: 10.1016/0005-7967(92)90008-5
 22. **Goodarzi MA, Firoozabadi A.** Reliability and validity of the Padua Inventory in an Iranian population. *Behav Res Ther.* 2005;43(1):43-54. doi: 10.1016/j.brat.2003.11.004
 23. **Gönner S, Ecker W, Leonhart R.** The Padua Inventory: do revisions need revision? *Assessment.* 2010;17(1):89-106. doi: 10.1177/1073191109342189
 24. **Shams G, Kaviani H, Esmaili Y, Ebrahimkhani N, Manesh AA.** Psychometric properties of the Persian version of the Padua Inventory: Washington State University Revision (PI-WSUR). *Iran J Psychiatry.* 2011;6(1):12-8. PMID: 22952515
 25. **Storch EA, Kaufman DA, Bagner D, Merlo LJ, Shapira NA, Geffken GR, et al.** Florida Obsessive-Compulsive Inventory: development,

- reliability, and validity. *J Clin Psychol.* 2007;63(9):851-9. doi: 10.1002/jclp.20382
26. **Zhang CC, McGuire JF, Qiu X, Jin H, Li Z, Cepeda S, et al.** Florida Obsessive-Compulsive Inventory: psychometric properties in a chinese psychotherapy-seeking sample. *J Obsessive Compuls Relat Disord.* 2017;12:41-5. doi: 10.1016/J.JOCD.2016.11.006
 27. **Aldea MA, Geffken GR, Jacob ML, Goodman WK, Storch EA.** Further psychometric analysis of the Florida Obsessive-Compulsive Inventory. *J Anxiety Disord.* 2009;23(1):124-9. doi: 10.1016/j.janxdis.2008.05.001
 28. **Saipanish R, Hiranyatheeb T, Lotrakul M.** Reliability and validity of the Thai version of the Florida Obsessive-Compulsive Inventory. *ScientificWorldJournal.* 2015;2015:240787. doi: 10.1155/2015/240787
 29. **Aldea MA, Rahman O, Storch EA.** The psychometric properties of the Florida Obsessive Compulsive Inventory: examination in a non-clinical sample. *Individ Differ Res.* 2009;7(4):228-37. [Consulta: ago. 2023]. Disponible en: www.researchgate.net/publication/282253915_The_psychometric_properties_of_the_FloridaObsessive_Compulsive_InventoryExamination_on_a_non-clinical
 30. **Bouvard M, Cottraux J, Mollard E, Arthus M, Lachance S, Guerin J, et al.** Validity and factor structure of the Obsessive-Compulsive Thoughts Checklist. *Behav Cogn Psychother.* 1997;25(01):51-66. doi: 10.1017/S1352465800015393
 31. **Watson D, Wu KD.** Development and validation of the Schedule of Compulsions, Obsessions, and Pathological Impulses (SCOPI). *Assessment.* 2005;12(1):50-65. doi: 10.1177/1073191104271483
 32. **Belloch A, Reina N, García-Soriano G, Clark DA.** Inventario Clark-Beck de Obsesión-Compulsión (C-BOCI): validación para su uso en población española. *Rev Psicopatol Psicol Clin.* 2009;14(2):95-105. doi: 10.5944/rppc.vol.14.num.2.2009.4069
 33. **Clark DA, Antony MM, Beck AT, Swinson RP, Steer RA.** Screening for obsessive and compulsive symptoms: validation of the Clark-Beck Obsessive-Compulsive Inventory. *Psychol Assess.* 2005;17(2):132-43. doi: 10.1037/1040-3590.17.2.132
 34. **Steketee G, Freund B.** Compulsive Activity Checklist (CAC): further psychometric analyses and revision. *Behav Psychother.* 1993;21(1):13-25. doi: 10.1017/S0141347300017766
 35. **Otsubo T, Tanaka K, Koda R, Shinoda J, Sano N, Tanaka S, et al.** Reliability and validity of Japanese version of the Mini-International Neuropsychiatric Interview. *Psychiatry Clin Neurosci.* 2005;59(5):517-26. doi: 10.1111/j.1440-1819.2005.01408.x
 36. **Saipanish R, Hiranyatheeb T, Jullagat S, Lotrakul M.** A study of diagnostic accuracy of the Florida Obsessive-Compulsive Inventory-Thai Version (FOCI-T). *BMC Psychiatry.* 2015;15:251. doi: 10.1186/s12888-015-0643-2
 37. **Beaton DE, Bombardier C, Guillemin F, Ferraz MB.** Guidelines for the process of cross-cultural adaptation of self-report measures. *Spine (Phila Pa 1976).* 2000;25(24):3186-91. doi: 10.1097/00007632-200012150-00014
 38. **Ramada-Rodilla JM, Serra-Pujadas C, Delclós-Clanchet GL.** Adaptación cultural y validación de cuestionarios de salud: revisión y recomendaciones metodológicas. *Salud Pública Méx.* 2013;55(1):57-66. [Consulta: ago. 2023]. Disponible en: www.scielo.org.mx/pdf/spm/v55n1/v55n1a09.pdf
 39. **Fornés G, Ruiz-Fernández MA, Belloch A.** Sensación de inacabado y experiencias “not just right” como motivadoras de los síntomas obsesivo-compulsivos. *Rev Psicopatol Psicol Clin.* 2016; 21(2):105-118. doi: 10.5944/rppc.vol.21.num.2.2016.14739