

Validez y fiabilidad del inventario polidiagnóstico para trastornos psicóticos OPCRIT 4.0 adaptado al español

Rafael Martínez-Leal, PsyD,^(1,2) Maria Soriano, PsyD,⁽³⁾ Luis Salvador-Carulla, MD,⁽⁴⁾ Annabel Folch-Mas, PsyD.^(1,2)

Martínez-Leal R, Soriano M, Salvador-Carulla L, Folch-Mas A. Validez y fiabilidad del inventario polidiagnóstico para trastornos psicóticos OPCRIT 4.0 adaptado al español. *Salud Publica Mex.* 2022;64:406-414. <https://doi.org/10.21149/13470>

Martínez-Leal R, Soriano M, Salvador-Carulla L, Folch-Mas A. Validity and reliability of the polydiagnostic inventory for psychotic disorders OPCRIT 4.0 adapted to Spanish. *Salud Publica Mex.* 2022;64:406-414. <https://doi.org/10.21149/13470>

Resumen

Objetivo. Adaptar y validar al español el Inventario de Criterios Operativos Diagnósticos (OPCRIT 4.0) para trastornos psicóticos. Se trata de una herramienta que permite diagnosticar a un paciente mediante las principales clasificaciones diagnósticas. **Material y métodos.** Se realizó la traducción y retrotraducción del inventario original en inglés al español y se comprobó la validez de criterio, la validez concurrente y la fiabilidad interevaluador del mismo, a partir de una muestra de 106 historias clínicas de usuarios adultos de un centro de salud mental comunitario. **Resultados.** Los datos obtenidos demostraron la validez y fiabilidad de la adaptación del OPCRIT 4.0 en la evaluación de la muestra de historias clínicas. **Conclusiones.** La adaptación y validación al español del instrumento OPCRIT 4.0 permite disponer de un sistema rápido, fiable y útil para obtener el diagnóstico del trastorno psicótico en un paciente a través de diferentes sistemas de clasificación.

Palabras clave: OPCRIT; polidiagnóstico; esquizofrenia; trastornos psicóticos; psicosis; estudios de validación

Abstract

Objective. This study proposes the Spanish adaptation and validation of the operational criteria OPCRIT checklist for psychotic disorders 4.0. This instrument provides a diagnosis based on several diagnostic systems. **Materials and methods.** The original inventory was translated into Spanish and then back-translated into the original English language. We tested the criterion-validity, the concurrent validity and the inter-rater reliability from a sample of 106 clinical records of adult patients from a local community mental health center. **Results.** The data obtained demonstrated the validity and reliability of the OPCRIT 4.0 adaptation in the evaluation of the sample of medical records. **Conclusions.** The OPCRIT 4.0 Spanish adaptation and validation provides a fast, reliable, and useful system allows the diagnosis of psychotic disorders through different classification systems.

Keywords: OPCRIT; polydiagnostic; schizophrenia; psychotic disorders; psychosis; validation studies

- (1) Intellectual Disability and Developmental Disorders Research Unit (UNIVIDD), Fundació Villablanca, Institut d'Investigació Sanitària Pere Virgili (IISPV), Departament de Psicologia, Universitat Rovira i Virgili, Reus, España.
- (2) Centro de Investigación Biomédica en Red de Salud Mental (CIBERSAM). España.
- (3) Unidad de Salud Mental, Hospital Universitario San Agustín. Linares, España.
- (4) Centre for Mental Health Research, Research School of Population Health, ANU College of Health and Medicine, Australian National University, Canberra, Australia.

Fecha de recibido: 2 de diciembre de 2021 • **Fecha de aceptado:** 20 de abril de 2022 • **Publicado en línea:** 8 de julio de 2022

Autor de correspondencia: Annabel Folch. UNIVIDD – Fundació Villablanca / Universitat Rovira i Virgili
Carretera de Bellissens s/n; 43206 - Reus (Tarragona)
Correo electrónico: anabel.folch@urv.cat

Licencia: CC BY-NC-SA 4.0

Actualmente, las causas patofisiológicas y neurobiológicas de los trastornos psicóticos siguen siendo desconocidas.^{1,2} Entre los diferentes factores que contribuyen al desconocimiento sobre la etiología de los trastornos psicóticos se encuentra la posibilidad de que existan diferentes causas etiológicas,³⁻⁷ los patrones complejos de interacción gen-gen y gen-ambiente⁸⁻¹¹ y la confusión existente respecto a la patofisiología del trastorno.¹²

Los trastornos psicóticos serían definidos como un síndrome que puede incluir diferentes enfermedades que comparten una misma manifestación clínica. Actualmente, no existen test de laboratorio ni marcadores biológicos que permitan incrementar la fiabilidad de los diagnósticos, por lo que éstos se realizan a través de la observación y de entrevistas clínicas estructuradas.¹³ Dos personas que compartan síntomas de trastornos psicóticos y que sean diagnosticadas como tales no comparten necesariamente la misma patología cerebral ni la misma etiología de la enfermedad.^{14,15} Además, existen enfermedades, como la leucodistrofia metacromática o la epilepsia del lóbulo temporal, que pueden producir síntomas psicóticos sin síntomas físicos evidentes,¹⁶ conocidas como “psicosis secundarias”, que serían diagnosticadas como trastornos psicóticos si no fuera porque existe un criterio de exclusión explícito para síntomas debidos a condiciones médicas. Sería posible, pues, que los trastornos psicóticos fueran el producto de una amalgama de condiciones con una amplia multicausalidad y que la baja fiabilidad diagnóstica se debiera a que ninguno de los criterios diagnósticos actuales fuera completamente válido para todas ellas.

En un intento de aumentar la fiabilidad diagnóstica, han surgido diversas definiciones operativas y clasificaciones diagnósticas para los trastornos psicóticos, como los Criterios Diagnósticos para la Investigación (RDC), las distintas versiones del Manual Diagnóstico y Estadístico de Trastornos Mentales (DSM) y la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE), entre otras.¹⁷

Aunque el principal objetivo de esta variedad de clasificaciones es aumentar la fiabilidad del proceso diagnóstico, no está claro cuál elegir como mejor criterio diagnóstico para la práctica clínica o para los estudios científicos. Generalmente se utilizan las clasificaciones más recientes, aunque esta elección no esté fundamentada científicamente y se corra el riesgo de pasar por alto clasificaciones anteriores que quizás tengan una mayor validez para ser utilizadas en estudios de corte biológico. Además, ninguno de estos criterios diagnósticos está exento de limitaciones ni ha demostrado su superioridad sobre los demás en cuanto a validez. Por ejemplo, los criterios diagnósticos operativos para la esquizofrenia realizados por consenso, como la CIE y

el DSM, se muestran arbitrarios en cuanto a los criterios de inclusión, exclusión y duración del trastorno;¹⁸ además, no resultan útiles para aquellos investigadores que pretendan trabajar con visiones alternativas de la enfermedad¹⁹ y pasan por alto síntomas y signos que fueron recogidos como importantes en clasificaciones diagnósticas previas.²⁰ Esta proliferación de posibles criterios diagnósticos para los trastornos psicóticos y el hecho de que continuamente se publiquen nuevas versiones de diferentes clasificaciones, dificulta de forma extrema la replicación de los estudios y producen un gran efecto de heterogeneización de todas las muestras estudiadas en los dos últimos siglos.

Algunos autores defienden el uso de las orientaciones polidiagnósticas como forma de solucionar estas limitaciones, considerándolas imprescindibles en estudios biológicos.²¹ La aproximación polidiagnóstica consiste en diagnosticar a un mismo paciente con un solo instrumento, el cual contiene varios sistemas diagnósticos que comprenden varias definiciones alternativas del trastorno.¹⁷ Con el fin de reproducir esta propuesta polidiagnóstica, McGuffin y colaboradores²² diseñaron el inventario de criterios operativos diagnósticos OPCRIT para trastornos afectivos y psicóticos. Se trata de un programa informático para Windows que recoge los criterios de las siguientes clasificaciones diagnósticas: DSM-III, DSM-III-R, DSM-IV, RDC-criterios diagnósticos para la investigación, criterios de Saint Louis, criterios flexibles de Carpenter, síntomas de primer rango de Schneider, criterios de Taylor y Abram, criterios franceses para la psicosis no afectiva, CIE-10 y las clasificaciones del subtipo de Tsuang y Winokur y de Crow y Farmer. La versión del inventario polidiagnóstico OPCRIT 4.0²² para Windows contiene 90 ítems que recogen información sobre psicopatología y funcionamiento premórbido, así como datos sobre la historia familiar y personal del paciente. Estos ítems se puntúan haciendo una revisión de la historia clínica o consultando otros informes sobre el paciente; asimismo, esta información se puede completar a través de una entrevista personal con el paciente. Cada ítem cuenta con una definición detallada incluida en un glosario.

Diversos estudios muestran que el OPCRIT es un sistema fiable y una herramienta valiosa para el estudio de los trastornos psicóticos.²³ Una revisión sobre la fiabilidad y validez del OPCRIT concluye que el instrumento presenta altos niveles de fiabilidad interevaluador sobre las categorías diagnósticas finales y una fiabilidad razonable cuando el análisis se realiza ítem a ítem.²⁴ Se ha utilizado el sistema OPCRIT para explorar la definición de trastornos psicóticos²⁵ y se han realizado análisis factoriales de los síntomas de los trastornos psicóticos, encontrando resultados similares a los aportados por

estudios que utilizaban otros métodos.^{26,27} Otros estudios han comparado los diagnósticos proporcionados por el OPCRIT con otros *gold standard* y concluyeron que el sistema OPCRIT es una alternativa a la aproximación polidiagnóstica fiable, válida y rápida, equiparable con el uso de otros sistemas convencionales.²⁸ Teniendo en cuenta las ventajas que ofrece esta herramienta, el objetivo del presente artículo es la adaptación al español, validación y valoración de la aplicabilidad del inventario OPCRIT 4.0 para el diagnóstico de los trastornos psicóticos.

Material y métodos

Procedimiento de adaptación al español

Se realizó la adaptación del inventario original OPCRIT 4.0²² en inglés al español y se comprobó la validez de criterio del instrumento, así como la validez concurrente y la fiabilidad interevaluador del inventario.

La traducción del inventario al español se llevó a cabo siguiendo las recomendaciones existentes^{29,30} para asegurar tanto la equivalencia entre versiones como la equivalencia cultural e idiomática. La traducción inicial fue realizada por un psicólogo y un psiquiatra que habían participado en numerosas traducciones científicas anteriormente. La traducción al español fue retrotraducida de nuevo al original en inglés por otros dos traductores nativos que trabajaron de forma independiente y sin ayuda del inventario original, tal y como se recomienda.²⁹ A partir de las dos retrotraducciones se realizó una versión final en inglés y ésta fue revisada por los autores originales del inventario OPCRIT 4.0, quienes garantizaron que era equivalente a la versión inglesa original. Tal y como se recomienda,³⁰ las dos traducciones se revisaron y compararon de nuevo por un comité compuesto por dos psiquiatras y un psicólogo hasta la obtención de la versión española final.

Participantes

Para valorar la aplicabilidad del inventario y la validez concurrente del mismo, se utilizaron 106 historias clínicas que pertenecían a usuarios de un centro de salud mental comunitario en la provincia de Granada, España. Los sujetos fueron elegidos de forma aleatoria por los responsables del estudio según los siguientes criterios de inclusión: edad comprendida entre 18 y 65 años; haber estado en tratamiento en el centro durante más de un año, no presentar discapacidad intelectual ni haber sufrido traumatismo craneoencefálico, accidente cerebrovascular o cualquier otro daño cerebral atribuible. El estudio fue aprobado por el comité de ética del

Hospital Universitario Clínico San Cecilio de Granada, y se obtuvo el consentimiento informado por escrito de todos los participantes.

Análisis estadísticos

Todos los análisis estadísticos que se describen a continuación se realizaron con el programa estadístico SPSS for Windows V17.

Validez concurrente

El programa OPCRIT 4.0 para Windows se utilizó con el objetivo de obtener un resultado polidiagnóstico de las diferentes historias clínicas. Se analizó la validez concurrente del instrumento a partir del diagnóstico clínico que aparece en el historial clínico en el momento del estudio o a partir del último diagnóstico clínico ofrecido por el profesional de referencia.

Dado que es un instrumento polidiagnóstico, el procedimiento para calcular la validez concurrente tuvo en cuenta todas las clasificaciones diagnósticas proporcionadas por el OPCRIT 4.0, independientemente de los criterios diagnósticos adoptados por el profesional de referencia. De esta forma, se elaboró una serie de criterios para medir el porcentaje de acuerdo entre los diagnósticos proporcionados por el OPCRIT 4.0 y el proporcionado por el profesional de referencia. Así, se consideró como un criterio fiable y robusto cuando el diagnóstico del profesional de referencia coincidía con todos o con la mayoría (>5) de los diagnósticos proporcionados por el OPCRIT 4.0 y se consideró como un criterio aceptable cuando el diagnóstico del profesional de referencia coincidía con cualquier diagnóstico DSM o CIE apoyado por otras dos o más clasificaciones diagnósticas. Se consideró un criterio no aceptable cuando no se cumplieron ninguna de las condiciones anteriores.

Fiabilidad

Se analizó la fiabilidad interevaluador para comprobar la fiabilidad del instrumento. Para ello, se seleccionaron al azar tres historias clínicas hospitalarias que fueron anonimizadas y posteriormente valoradas por tres médicos psiquiatras y tres psicólogos clínicos entrenados. Después se compararon las valoraciones de dichos evaluadores para comprobar su consistencia mediante el índice Kappa de Cohen. Para el cálculo de la fiabilidad interevaluador se organizaron las evaluaciones emitidas por los evaluadores en tablas de contingencia, una para cada uno de los ítems del inventario y otra para los diagnósticos, y se calculó el porcentaje de acuerdo entre pares de evaluadores (porcentaje de acuerdo bru-

to). Posteriormente, el porcentaje de acuerdo bruto fue ponderado según la probabilidad esperada de acuerdo debida al azar, y así se obtuvo el índice Kappa de Cohen.

Debido al bajo número de casos evaluados, se dicotomizaron las opciones de respuesta como síntoma presente/síntoma no presente. En algunos casos, al no existir variabilidad entre las observaciones, el índice Kappa de Cohen no pudo ser calculado. Como alternativa se utilizó el test Q de Cochran para obtener información adicional acerca de la fiabilidad interevaluador.

Resultados

Aplicabilidad del inventario y validez de criterio

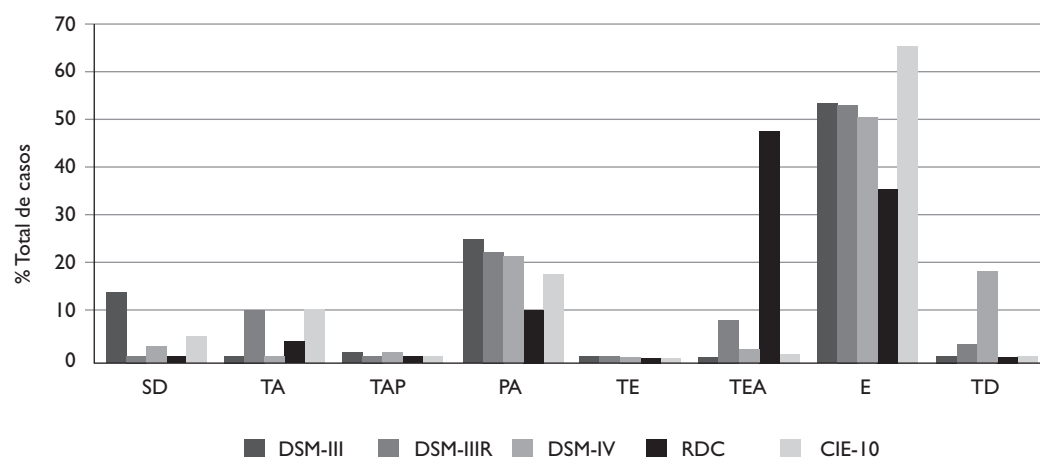
Se compararon los datos obtenidos tras aplicar el instrumento con los de estudios anteriores que habían utilizado el OPCRIT. En un intento de replicación del estudio de Farmer y colaboradores,²⁵ pero también de actualización, se eliminaron los criterios de Feigner y Taylor/ Abrams y se añadieron los del DSM-IV y la CIE-10, lo que dio los resultados que se muestran en la figura 1.

Se encontraron diferencias importantes en torno a las definiciones del trastorno. Del mismo modo, un número importante de personas fue clasificado dentro del grupo de psicosis atípica como en el estudio de Farmer y colaboradores,²⁵ alcanzando en todas las clasificaciones DSM valores por encima de 20% de la muestra. Tanto en la clasificación de psicosis atípica como en la de trastorno

esquizofrénico, las clasificaciones DSM se mostraron muy igualadas entre sí, a diferencia del estudio mencionado, aunque mantuvieron un criterio algo más estricto en comparación con la CIE-10 para la esquizofrenia. A excepción del DSM-III, la inclusión de los nuevos criterios del DSM-IV y la CIE-10 reducen bastante la cantidad de personas que quedaron sin diagnóstico final. También se pudo observar que las clasificaciones DSM han ido flexibilizando el diagnóstico de trastorno delirante a través de las nuevas ediciones. Llama la atención el descenso observado para el diagnóstico de esquizofrenia en el criterio RDC, siendo probable que la incorrecta puntuación de un sólo ítem desvirtuase una cantidad importante de los diagnósticos. Como apuntan Farmer y colaboradores,²⁵ la sensibilidad de esta clasificación para un solo ítem en el que se valora la predominancia de síntomas psicóticos o afectivos dentro del cuadro clínico es extremadamente alta y, probablemente, parte de los casos dentro del diagnóstico de trastorno esquizoafectivo deberían estar incluidos en la categoría de esquizofrenia.

Validez concurrente

Para comprobar la validez concurrente se comparó el diagnóstico proporcionado por el OPCRIT con el proporcionado por el profesional de referencia. El diagnóstico proporcionado por el profesional de referencia coincidió con todos o con la mayoría (>5) de los diagnósticos proporcionados por el OPCRIT en 67% de los casos.



SD: sin diagnóstico; TA: trastorno afectivo; TAP: trastorno afectivo con psicosis; PA: psicosis atípica; TE: trastorno esquizofreniforme; TEA: trastorno esquizoafectivo; E: esquizofrenia; TD: trastorno delirante. (N= 106, 100%); DSM: Manual Diagnóstico y Estadístico de Trastornos Mentales; RDC: Criterios Diagnósticos para la Investigación; CIE: Clasificación Internacional de Enfermedades

FIGURA 1. PORCENTAJE DE CASOS ASIGNADOS A CADA DIAGNÓSTICO PARA CADA SISTEMA DE CLASIFICACIÓN DIAGNÓSTICA, OBTENIDOS EN LA APLICACIÓN DEL INVENTARIO DE CRITERIOS OPERATIVOS DIAGNÓSTICOS (OPCRIT) EN ESPAÑOL. REUS, ESPAÑA, 2019

Cuando el diagnóstico proporcionado por el profesional de referencia coincidió con cualquier diagnóstico DSM o CIE apoyado por otras dos o más clasificaciones diagnósticas del OPCRIT 4.0, el porcentaje de concordancia fue de 12.5%. En 20.5% de los casos no se cumplió ninguno de los dos criterios anteriores. Aunando los dos criterios en los que se produjo un acuerdo entre los diagnósticos proporcionados por el OPCRIT 4.0 y el diagnóstico proporcionado por el profesional de referencia, se obtuvo un porcentaje de acuerdo de 79.5%.

Fiabilidad interevaluador

En el cuadro I se presenta un resumen de los índices Kappa de Cohen. Según la clasificación de Landis y Koch,³¹ 82% de los índices Kappa calculados mostraron una concordancia excelente ($0.81 \leq K \leq 1$) y 14% una concordancia moderada ($0.4 \leq K \leq 0.6$). Si se agrupan los índices según la concordancia, 96% mostró una concordancia entre moderada y excelente mientras que tan sólo 3.9% mostró una concordancia pobre ($0 \leq K < 0.20$).

Los resultados de los diferentes test Q de Cochran realizados se presentan en el cuadro II. En la mayoría de los apartados del cuestionario los seis evaluadores no difirieron durante la puntuación de los distintos ítems a través de los tres pacientes clínicos evaluados. Solamente se encontraron tres casos de entre los 24 examinados en los que hubo diferencias entre evaluadores durante la aplicación del inventario OPCRIT. Solamente en estos casos el test Q de Cochran fue significativo, lo que indica que la respuesta elegida en esas categorías de ítems varió según el evaluador considerado. En algunos casos, marcados en el cuadro II con un asterisco, el estadístico Q de Cochran no pudo ser calculado al no existir ninguna variabilidad entre los datos. Es decir, las respuestas que dieron los seis evaluadores a los ítems del apartado "abuso de sustancias" en el historial clínico de los pacientes 2 y 3 fueron exactamente las mismas, de modo que el acuerdo entre evaluadores fue perfecto.

También se investigó el acuerdo entre los evaluadores ítem por ítem. Para tener una mayor cantidad

de observaciones para un mismo ítem y para cada evaluador, se realizaron estos análisis considerando la matriz de datos de dos evaluadores que evaluaron cinco historias clínicas.

Los test Q de Cochran y las probabilidades asociadas a estos análisis se muestran en el cuadro III. En los 90 ítems del cuestionario hubo acuerdo entre los dos evaluadores tras evaluar las cinco historias clínicas. Ninguno de los test Q de Cochran obtenidos fue significativo, lo que indica que los dos evaluadores no difirieron en la puntuación asignada a cada uno de los ítems del cuestionario. Como se observa en el cuadro III, el Q de Cochran no pudo ser calculado en muchos de los ítems del cuestionario, como muestra de un acuerdo perfecto entre evaluadores. Por tanto, los resultados obtenidos en estos análisis indicaron que la traducción al español de inventario OPCRIT 4.0 obtuvo una alta fiabilidad entre evaluadores.

Por último, en el cuadro IV se presentan los resultados del cálculo de los porcentajes de acuerdo entre evaluadores para los diagnósticos obtenidos por el inventario OPCRIT 4.0. Los datos mostraron que los porcentajes de acuerdo promediados se encontraban en un nivel aceptable para todos los diagnósticos: DSM-III -77.8%-, DSM III-R -88.9%-, DSM-IV -71.1%-, CIE-10 -88.89%-, síntomas de primer rango de Schneider -82.2%-, clasificación francesa -88.89%-, criterios de Taylor y Abrams -88.89%-, criterios de Carpenter -77.8%-, síntomas de primer rango de Feighner -71.1%-, subtipo de Tsuang -77.8%-, subtipo de Crow -77.8%- y subtipo de Farmer -88.9%-, exceptuando los criterios diagnósticos para la investigación (RDC) que obtuvieron un porcentaje de acuerdo promediado del 62.2%.

Discusión

Esta es la primera adaptación y validación oficial del inventario OPCRIT 4.0 al español. Hasta el momento, sólo existía una versión adaptada y validada del inglés original a la lengua portuguesa.³²

A la hora de realizar una evaluación mediante entrevistas estructuradas se encontró que en numerosos

Cuadro I
VALORES DE KAPPA (K) OBTENIDOS CON SEIS JUECES Y TRES CASOS,
ORGANIZADOS SEGÚN EL GRADO DE CONCORDANCIA. REUS, ESPAÑA, 2019

Grado de concordancia	Pobre	Ligera	Moderada	Buena	Muy buena	Excelente
	$0 \leq K < 0.20$	$0.21 \leq K \leq 0.4$	$0.4 \leq K \leq 0.6$	$0.6 \leq K \leq 0.75$	$0.75 \leq K \leq 0.81$	$0.81 \leq K \leq 1$
Valores de Kappa (%)	42 (3.94)	0(0)	150(14)	0(0)	0(0)	874(82)
	3.94%			96.06%		

Cuadro II
FIABILIDAD INTERJUECES CALCULADA CON EL ESTADÍSTICO Q DE COCHRAN. REUS, ESPAÑA, 2019

Apartados	Historia clínica 1		Historia clínica 2		Historia clínica 3	
Historia clínica y sociodemográfica (ítems 1 al 16)	3.46	p > 0.62	8.07	p > 0.15	18.22	p < 0.00
Apariencia y conducta (ítems 17 al 25)	5.55	p > 0.35	18.8	p < 0.00	1.81	p > 0.87
Lenguaje y pensamiento (ítems 26 al 31)	3.62	p > 0.60	5.00	p > 0.41	4.54	p > 0.47
Afecto y rasgos asociados (ítems 32 al 53)	5.71	p > 0.33	9.09	p > 0.10	13.75	p < 0.01
Ideas creencias anormales (ítems 54 al 71)	.616	p > 0.98	10.7	p > 0.06	8.75	p > 0.11
Anormalidades en la percepción (ítems 72 al 77)	6.53	p > 0.25	5.00	p > 0.41	5.66	p > 0.34
Abuso de sustancias o dependencia (ítems 78 al 83)	8.88	p > 0.11	*		*	
Contacto general (ítems 84 al 90)	2.85	p > 0.72	5.00	p > 0.41	5.00	p > 0.40

En el cuadro aparece el valor del estadístico y la probabilidad asociada para las tres historias clínicas consideradas según los apartados del Inventario de Criterios Operativos Diagnósticos (OPCRIT). * El test Q no pudo ser aplicado por no haber variabilidad en los datos, lo que quiere decir que el porcentaje de acuerdo entre los jueces en dicho apartado e historia clínica fue máximo (tres historias clínicas, seis jueces)

Cuadro III
FIABILIDAD INTERJUECES CALCULADA CON EL TEST Q DE COCHRAN PARA CADA UNO DE LOS ÍTEMS DEL INVENTARIO DE CRITERIOS OPERATIVOS DIAGNÓSTICOS (OPCRIT). REUS, ESPAÑA, 2019

Ítem	Valor Q	Probabilidad p >	Ítem	Valor Q	Probabilidad p >
6	1.00	0.31	52	0.00	1.00
7	2.00	0.15	55	0.333	0.56
9	1.00	0.31	58	0.00	1.00
13	1.00	0.31	59	1.00	0.31
14	1.00	0.31	60	2.00	0.15
19	1.00	0.31	61	2.00	0.15
25	1.00	0.31	65	2.00	0.15
29	1.00	0.31	66	1.00	0.31
37	1.00	0.31	76	2.00	0.15
44	1.00	0.31	78	1.00	0.31
45	2.00	0.15	80	1.00	0.31
46	1.00	0.31	86	1.00	0.31
48	1.00	0.31	88	1.00	0.31
51	1.00	0.31			

En los ítems que no aparecen en el cuadro el test Q no pudo ser aplicado por no haber variabilidad en los datos, lo que quiere decir que el porcentaje de acuerdo entre los jueces en dicho apartado y la historia clínica fue máximo

casos la falta de *insight* y de colaboración por parte del paciente pueden dificultar la obtención de información relevante para el diagnóstico.³³ En este sentido, la utilización de un instrumento como el inventario OPCRIT 4.0, que permite el diagnóstico de forma retrospectiva sobre la base de toda la información recogida en las historias clínicas, presenta una clara ventaja con respecto a las entrevistas diagnósticas clásicas.

El tiempo medio de aplicación del inventario fue de entre 20 y 30 minutos, lo que también supone una ventaja si se le compara con entrevistas estructuradas

del tipo SCAN - cuestionario para la evaluación clínica en neuropsiquiatría (60-90 minutos).³⁴

Respecto a la comparación que se realizó de los diagnósticos obtenidos a través del OPCRIT 4.0 con los resultados del estudio de Farmer y colaboradores,²⁵ a pesar de las diferencias entre estudios, los porcentajes obtenidos en cada clasificación para el diagnóstico de la esquizofrenia fueron muy similares. Años después y tras incorporar dos nuevos conjuntos de criterios operativos, los resultados derivados de diversas definiciones de la enfermedad siguen manifestando diferencias en cuanto

Cuadro IV
PORCENTAJES DE ACUERDO DE SEIS JUECES AL EVALUAR TRES CASOS CLÍNICOS PARA 10 CLASIFICACIONES
DIAGNÓSTICAS Y TRES CLASIFICACIONES DEL SUBTIPO DIAGNÓSTICO. REUS, ESPAÑA, 2019

Clasificación diagnóstica	Pares de jueces														
	1 - 2	1 - 3	1 - 4	1 - 5	1 - 6	2 - 3	2 - 4	2 - 5	2 - 6	3 - 4	3 - 5	3 - 6	4 - 5	4 - 6	5 - 6
DSM-III	100	66.67	66.67	100	100	66.67	66.67	100	100	33.33	66.67	66.67	66.67	66.67	100
DSM-III-R	100	100	66.67	100	100	100	66.67	100	100	66.67	100	100	66.67	66.67	100
RDC	66.67	66.67	66.67	66.67	33.33	100	33.33	100	66.67	33.33	100	66.67	33.33	33.33	66.67
Feighner FRS	66.67	33.33	100	66.67	66.67	66.67	66.67	100	100	33.33	66.67	66.67	66.67	66.67	100
Carpenter	66.67	66.67	66.67	66.67	33.33	100	100	100	66.67	100	100	66.67	100	66.67	66.67
Schneider FRS	100	66.67	100	66.67	100	66.67	100	66.67	100	66.67	100	66.67	66.67	100	66.67
French Classification	100	66.67	100	100	100	66.67	100	100	100	66.67	66.67	66.67	100	100	100
Taylor and Abrams	100	100	66.67	100	100	100	66.67	100	100	66.67	100	100	66.67	66.67	100
Tsuang and Winokur	66.67	100	100	100	66.67	66.67	66.67	66.67	33.33	100	100	66.67	100	66.67	66.67
Crown subtype	100	100	100	100	33.33	100	100	100	33.33	100	100	33.33	100	33.33	33.33
Farmer	100	100	100	100	66.67	100	100	100	66.67	100	100	66.67	100	66.67	66.67
ICD-10	100	100	66.67	100	100	100	66.67	100	100	66.67	100	100	66.67	66.67	100
DSM-IV	100	66.67	66.67	66.67	100	66.67	33.33	66.67	100	66.67	100	66.67	66.67	33.33	66.67

DSM: Manual Diagnóstico y Estadístico de Trastornos Mentales

RDC: Criterios Diagnósticos para la Investigación

FRS: first-rank symptoms

ICD: International Classification of Diseases

al diagnóstico de esquizofrenia. Además, el número de casos diagnosticados como atípicos continúa siendo excesivo y ninguna clasificación ha demostrado su validez por encima de las demás.

En cuanto al proceso de comprobación de la validez concurrente, se decidió aceptar como criterio externo el diagnóstico reflejado en el historial clínico o el último diagnóstico ofrecido por el profesional de referencia. Puesto que no existe un *gold standard* que actúe como criterio externo para evaluar la validez de los diagnósticos en los trastornos psiquiátricos,²⁸ el procedimiento aceptado actualmente consiste en comparar el diagnóstico realizado mediante consenso por dos evaluadores experimentados con un conocimiento completo del caso, con el diagnóstico proporcionado por el instrumento a validar.³⁵

Para calcular la validez concurrente se utilizaron dos criterios, a partir de los cuales se consideró que existía concordancia entre los diagnósticos proporcionados por el OPCRIT 4.0 y el diagnóstico externo del profesional de referencia. El primer criterio se cumplió cuando el diagnóstico proporcionado por el profesional de referencia coincidió con todos o con la mayoría (>5) de los diagnósticos proporcionados por el OPCRIT 4.0 (67%). Este tipo de criterio podría utilizarse en investigación cuando lo que interesa es tener un grupo de personas

con un diagnóstico o con un conjunto de fenotipos claro de esquizofrenia. Sin embargo, cuando se requiere tener un grupo de pacientes con diversos trastornos psicóticos y aun así mantener un nivel de seguridad más que aceptable en cuanto a los diagnósticos que presentan, se puede unir el primer criterio con un segundo criterio, que se daría cuando el diagnóstico del profesional de referencia coincide con un diagnóstico DSM o CIE-10 apoyado por otras dos o más clasificaciones diagnósticas obtenidas por el OPCRIT. En este caso se obtuvo un porcentaje de concordancia de 79.5%.

En cuanto al análisis de la fiabilidad interevaluador evaluado a través del índice Kappa de Cohen, los resultados demostraron que existía una alta fiabilidad para la mayoría de los ítems. En un intento de continuar explorando la fiabilidad interevaluador más allá de los porcentajes de acuerdo y del índice Kappa de Cohen, se utilizó el test Q de Cochran. Éste permitió analizar la fiabilidad interevaluador agrupando los ítems de los distintos apartados del OPCRIT 4.0. Se comprobó que tan sólo se encontraron diferencias significativas entre los evaluadores en tres apartados de un total de 24. Además, permitió disponer de valores de fiabilidad interevaluador para algunos ítems en los que no fue posible calcular el índice Kappa de Cohen: ítems 7, 13, 25, 46, 51, 60, 61, 66 y 88.

Mediante el uso del OPCRIT se pudo observar que las clasificaciones DSM han ido flexibilizando el diagnóstico del trastorno delirante a través de las nuevas ediciones y que, en este sentido, se facilita la diferenciación del trastorno delirante frente a la esquizofrenia y otros trastornos psicóticos. Esta observación coincide con el interés creciente que existe para distinguir el perfil clínico diferencial del trastorno delirante frente al perfil clínico de la esquizofrenia.^{36,37} Tal y como se ha propuesto anteriormente, el uso del OPCRIT puede ser de utilidad a la hora de buscar nuevas definiciones o caracterizaciones de los trastornos existentes.

Limitaciones

El presente estudio expone algunas limitaciones que han venido dadas por las propias características del inventario polidiagnóstico OPCRIT. A pesar de que existen numerosas referencias en la literatura que describen los procedimientos a seguir en la adaptación y validación de instrumentos, no se ha encontrado ninguna que describa este proceso en el caso de instrumentos polidiagnósticos, a excepción de las que hacen referencia la validación al Portugués del inventario OPCRIT³¹ y a los artículos que describen la elaboración y validación del inventario OPCRIT original.²² Siguiendo las pautas utilizadas en dichas investigaciones, se eligieron tres historias clínicas al azar para analizar la fiabilidad interevaluador entre seis evaluadores diferentes. En ellas, no sólo se evaluó la concordancia entre diagnósticos sino también ítem a ítem, por lo que el número total de comparaciones para cada ítem es de 45. Este número de observaciones es adecuado para calcular el índice Kappa de Cohen en tablas de contingencia de 2x2 con dos observadores y respuesta dicotómicas siguiendo las recomendaciones de McHugh³⁸ y Bujang y Baharum.³⁹

Por otra parte, aunque el diagnóstico proporcionado por el profesional de referencia no suele ser comúnmente aceptado como *gold standard* en las investigaciones científicas, en este caso, dadas las limitaciones propias del estudio, habría sido imposible realizar una comparación con todos los diagnósticos obtenidos por el OPCRIT, ya que se habría necesitado un ingente número de evaluaciones llevadas a cabo entre dos evaluadores.

Si bien el número de evaluadores fue limitado, en muchos ítems el acuerdo fue perfecto entre todos los evaluadores. Como propuesta para investigaciones futuras, sería interesante analizar este aspecto en profundidad, teniendo en cuenta un mayor número de casos clínicos y evaluadores. Hasta que esto no se realice, el inventario OPCRIT 4.0 validado aquí quedará destinado, como su versión original, a ser utilizado en el ámbito de la investigación.

Conclusiones

A partir de los datos expuestos se puede concluir que la adaptación del inventario OPCRIT 4.0 al idioma español se demostró fiable y válido en su aplicación para la evaluación de los trastornos psicóticos. El OPCRIT supone una forma rápida, válida y fiable de obtener confirmaciones diagnósticas para la mayoría de los trastornos psicóticos, teniendo como referencia las principales clasificaciones diagnósticas. Es de fácil aplicación y tiene como único requisito el ser usado por un clínico experimentado tras un mínimo entrenamiento. Debido a su facilidad de uso y a su rapidez, puede ser utilizado en una amplia variedad de estudios cuando la prioridad es contar con un diagnóstico fiable y preciso.

Agradecimientos

A los profesionales de los Equipos de Salud Mental de Distrito de Cartuja, Guadix, Baza y Santa Fe en la provincia de Granada, así como a los del Hospital Universitario Clínico San Cecilio.

Declaración de conflicto de intereses. Los autores declararon no tener conflicto de intereses.

Referencias

1. Dennison CA, Legge SE, Pardiñas AF, Walters JTR. Genome-wide association studies in schizophrenia: Recent advances, challenges and future perspective. *Schizophrenia Research*. 2020;217:4-12. <https://doi.org/10.1016/j.schres.2019.10.048>
2. Forsyth JK, Asarnow RF. Genetics of Childhood-onset Schizophrenia 2019 Update. *Child Adolesc Psychiatr Clin N Am*. 2020;29:157-70. <https://doi.org/10.1016/j.chc.2019.08.007>
3. Seidman LJ, Mirsky AF. Evolving notions of schizophrenia as a developmental neurocognitive disorder. *J Int Neuropsychol Soc*. 2017;23:881-92. <https://doi.org/10.1017/S1355617717001114>
4. Al-Diwani AAJ, Pollak TA, Irani SR, Lennox BR. Psychosis: an autoimmune disease? *Immunology*. 2017;152:388-401. <https://doi.org/10.1111/imm.12795>
5. Kroken RA, Sommer IE, Steen VM, Dieset I, Johnsen E. Constructing the immune signature of schizophrenia for clinical use and research; an integrative review translating descriptives into diagnostics. *Front Psychiatry*. 2019;31:753. <https://doi.org/10.3389/fpsy.2018.00753>
6. Van Kesteren CFMG, Gremmels H, De Witte LD, Hol EM, Van Gool AR, Falkai PG, et al. Immune involvement in the pathogenesis of schizophrenia: A meta-analysis on postmortem brain studies. *Transl Psychiatry*. 2017;7:e1075. <https://doi.org/10.1038/tp.2017.4>
7. Radua J, Ramella-Cravaro V, Ioannidis JPA, Reichenberg A, Phiphophatsanee N, Amir T, et al. What causes psychosis? An umbrella review of risk and protective factors. *World Psychiatry*. 2018;17:49-66. <https://doi.org/10.1002/wps.20490>
8. Dean B, Copolov D, Scarr E. Understanding the pathophysiology of schizophrenia: Contributions from the Melbourne Psychiatric Brain Bank. *Schizophrenia Research*. 2016;177:108-14. <https://doi.org/10.1016/j.schres.2016.04.037>

9. Foley C, Corvin A, Nakagome S. Genetics of Schizophrenia: Ready to Translate? *Curr Psychiatry Rep*. 2017;19:61. <https://doi.org/10.1007/s11920-017-0807-5>
10. Misiak B, Stramecki F, Gawęda Ł, Prochwicz K, Szaśadek MM, Moustafa AA, Frydecka D. Interactions between variation in candidate genes and environmental factors in the etiology of schizophrenia and bipolar disorder: a systematic review. *Molecular Neurobiology*. 2018;55:5075-100. <https://doi.org/10.1007/s12035-017-0708-y>
11. Zwicker A, Denovan-Wright EM, Uher R. Gene-environment interplay in the etiology of psychosis. *Psychological Medicine*. 2018;48:1925-36. <https://doi.org/10.1017/S003329171700383X>
12. Migdalska-Richards A, Mill J. Epigenetic studies of schizophrenia: current status and future directions. *Curr Opin Behav Sci*. 2019;25:102-10. <https://doi.org/10.1016/j.cobeha.2018.12.003>
13. Jablensky A. The diagnostic concept of schizophrenia: its history, evolution, and future prospects. *Dialogues Clin Neurosci*. 2010;12:271-87.
14. Möller H. Is schizophrenia still one entity with similar symptomatic patterns, neurobiological characteristics, and treatment perspectives? *Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci*. 2018;268:525-7. <https://doi.org/10.1007/s00406-018-0926-y>
15. Merritt J, Tanguturi Y, Fuchs C, Cundiff A. W. medical etiologies of secondary psychosis in children and adolescents. *Child Adolesc Psychiatry Clin N Am*. 2020;29:29-42. <https://doi.org/10.1016/j.chc.2019.08.005>
16. Kircher T, Wöhr M, Nenadic I, Schwarting R, Schratt G, Alferink J, et al. Neurobiology of the major psychoses: a translational perspective on brain structure and function—the FOR2107 consortium. *Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci*. 2019;269:949-62. <https://doi.org/10.1007/s00406-018-0943-x>
17. Tandon R, Gaebel W, Barch DM, Bustillo J, Gur RE, Heckers S, et al. Definition and description of schizophrenia in the DSM-5. *Schizophrenia Research*. 2013;150(1):3-10. <https://doi.org/10.1016/j.schres.2013.05.028>
18. Maj M. Critique of the DSM-IV operational diagnostic criteria for schizophrenia. *Br J Psychiatry*. 1998;172:458-60. <https://doi.org/10.1192/bjp.172.6.458>
19. Peralta V, Cuesta MJ. Clinical models of schizophrenia: a critical approach to competing conceptions. *Psychopathology*. 2000;33:252-8. <https://doi.org/10.1159/000029154>
20. Kendler KS. Phenomenology of schizophrenia and the representativeness of modern diagnostic criteria. *JAMA Psychiatry*. 2016;73:1082-92. <https://doi.org/10.1001/jamapsychiatry.2016.1976>
21. Peralta V, Goldberg X, Ribeiro M, Sanchez-Torres AM, Fañanás L, Cuesta MJ. Familiarity of psychotic disorders: A polysomologic study in multiplex families. *Schizophr Bull*. 2016;42:975-83. <https://doi.org/10.1093/schbul/sbv192>
22. McGuffin P, Farmer A, Harvey I. A polydiagnostic application of operational criteria in studies of psychotic illness. Development and reliability of the OPCRIT system. *Arch Gen Psychiatr*. 1991;48:764-70.
23. Cardno AG, Jones LA, Murphy KC, Asherson P, Scott LC, Williams J, et al. Factor analysis of schizophrenic symptoms using the OPCRIT checklist. *Schizophrenia Research*. 1996;22:233-9. <https://doi.org/10.1016/S0920996496000606>
24. Brittain PJ, Stahl D, Rucker J, Kawadler J, Schumann G. A review of the reliability and validity of OPCRIT in relation to its use for the routine clinical assessment of mental health patients. *Int J Methods Psychiatr Res*. 2013;22:110-37. <https://doi.org/10.1002/mpr.1382>
25. Farmer AE, Jones I, Williams J, McGuffin P. Defining schizophrenia: Operational criteria. *J Ment Health*. 1993;2:209-22. <https://doi.org/10.3109/09638239309003767>
26. Oliveira L, Pereira A, Nogueira V, Soares MJ, Valente J, Dourado A, et al. Symptom dimensions of psychosis – opcrit factorial analysis of a large sample of portuguese psychotic patients. *Eur Psychiatry*. 2015;30:349. [https://doi.org/10.1016/S0924-9338\(15\)30274-1](https://doi.org/10.1016/S0924-9338(15)30274-1)
27. Quattrone D, Di Forti M, Gayer-Anderson C, Ferraro L, Jongsma HE, Tripoli G, et al. Transdiagnostic dimensions of psychopathology at first episode psychosis: Findings from the multinational EU-GEI study. *Psychological Medicine*. 2019;49:1378-91. <https://doi.org/10.1017/S0033291718002131>
28. Craddock M, Asherson P, Owen MJ, Williams J, McGuffin P, Farmer AE. Concurrent validity of the OPCRIT diagnostic system. Comparison of OPCRIT diagnoses with consensus best-estimate lifetime diagnoses. *Br J Psychiatry*. 1996;169:58-63.
29. Wiesinger GF, Nuhr M, Quittan M, Ebenbichler G, Wölfl G, Fialka-Moser V. Cross-cultural adaptation of the Roland-Morris questionnaire for German-speaking patients with low back pain. *Spine*. 1999;24:1099-103.
30. Hutchinson A, Bentzen N, König-Zahn C. Cross-cultural health outcome assessment: a user's guide. Groningen: ERGHO, 1997.
31. Landis JR, Koch GG. The measurement of observer agreement for categorical data. *Biometrics*. 1977;33:159-174.
32. Azevedo MH, Soares MJ, Coelho I, Dourado A, Valente J, Macedo A, et al. Using consensus OPCRIT diagnoses. An efficient procedure for best-estimate lifetime diagnoses. *The British Journal of Psychiatry*. 1999;175:154-7. <https://doi.org/10.1192/bjp.175.2.154>
33. Martínez-Leal R, Soriano-Peña MF, Moreno-Küstner B. Falta de insight en la esquizofrenia. *Cuadernos de Psiquiatría Comunitaria*. 2004;4:146-58.
34. Wing JK, Babor T, Brugha T, Burke J, Cooper JE, Giel R, et al. Schedules for Clinical Assessment in Neuropsychiatry. *Arch Gen Psychiatry*. 1990;47:589-93. <https://doi.org/10.1001/archpsyc.1990.01810180089012>
35. Leckman JF, Sholomskas D, Thompson WD, Belanger A, Weissman MM. Best estimate of lifetime psychiatric diagnosis: a methodological study. *Arch Gen Psychiatry*. 1982;39:879-83.
36. Serretti A, Lattuada E, Cusin C, Smeraldi E. Factor analysis of delusional disorder symptomatology. *Compr Psychiatry*. 1999;40:143-7. [https://doi.org/10.1016/S0010-440X\(99\)90118-9](https://doi.org/10.1016/S0010-440X(99)90118-9)
37. Muñoz-Negro JE, Ibáñez-Casas I, de Portugal E, Lozano-Gutiérrez V, Martínez-Leal R, Cervilla JA. A Psychopathological Comparison between Delusional Disorder and Schizophrenia. *Can J Psychiatry*. 2018;63:12-19. <https://doi.org/10.1177/0706743717706347>
38. McHugh ML. Interrater reliability: the kappa statistic. *Biochem Med*. 2012;22:276-82.
39. Bujang MA, Baharum N. Guidelines of the minimum sample size requirements for Cohen's Kappa. *Epidemiol Biostat Public Health*. 2017;14:1-10. <https://doi.org/10.2427/12267>