

**RESULTADOS PRELIMINARES DE UNA ESCALA
EXPERIMENTAL PARA LA EVALUACION DEL
TRASTORNO ANTISOCIAL DE LA PERSONALIDAD
SEGUN LOS CRITERIOS DIAGNOSTICOS DSM-III**

A. Aluja

Resultados preliminares de una escala experimental para la evaluación del trastorno antisocial de la personalidad según los criterios de diagnóstico DSM-III

A. Aluja*

RESUMEN

El estudio que se presenta consiste en la aplicación de una escala ajustada a criterios para el diagnóstico del Trastorno Antisocial de la Personalidad (eje II, 301.70) a una población penitenciaria a efecto de comprobar su valor discriminativo respecto al diagnóstico clínico. La escala propuesta se reveló altamente sensible (87,5%), específica (90%) y predictiva (valor predictivo positivo del 89% y valor predictivo negativo del 87%) frente a la evaluación clínica. La evaluación se llevó a cabo por dos clínicos especializados mediante la utilización de una entrevista semiestructurada extraída y adaptada del DIS (Robins, 1981), obteniéndose un índice concordancia intragrupo entre evaluadores de 0.82. Se hacen referencias a la posible explicación de los falsos positivos obtenidos en la escala TAP.

Palabras clave: Trastorno Antisocial de la Personalidad, evaluación clínica.

SUMMARY

A scale derived from the Antisocial Personality disorder criteria (Axis II, 301.70) was used to study a prison population with the purpose of testing its discriminative value for the clinical diagnosis. The proposed scale showed to be highly sensitive (87,5%), specific (90%) and predictive (positive predictive value, 89% and negative predictive value, 87%) in the phase of clinical evaluation. The evaluation was carried out by two trained clinicians by means of structured interview extracted and adapted from DIS (Robins, 1981) and an interraters intragrup concordance of 0.82 was obtained. References are made to the possible explanation of false positives obtained in the TAP scale.

Key words: Antisocial Personality Disorder, clinical assessment.

Introducción

A los seis años de la publicación del DSM-III (1980), uno de los ejes que ha generado más controversia es el eje II. Se ha polemizado sobre la dificultad de diferenciar rasgos o estados en las características de personalidad, si existen o no correlaciones significativas entre los trastornos que puedan hacerlos superponibles entre ellos (Widiger y cols., 1985), si los criterios agrupan dimensiones o categorías, y desacuerdos sobre la validez de los criterios externos adoptados para considerar ciertos rasgos como anormales o no (Eysenck, 1983; Millon, 1984; Kass, 1985). Todo ello ha influido probablemente en que se hayan obtenido niveles discretos de fiabilidad (Robert, 1985). La ausencia de indicadores conductuales en los constructos de personalidad es un handicap que ha llevado a confusión en el diagnóstico hasta el punto que algún autor ha sugerido que es necesario cierto grado de inferencia en la valoración

* Departamento de Psiquiatría y Psicología Médica, Facultad de Medicina, Universidad de Barcelona.

de los trastornos recogidos en el eje II (Widiger y cols., 1985). Sólo el Trastorno Antisocial de la Personalidad (TAP) sería una excepción, en el sentido de que emplea indicadores conductuales bastante específicos, actos prototípicos y conductas con relación temporal y situacional. No en vano el Trastorno Antisocial de la Personalidad es el que posee mayor grado de acuerdo entre evaluadores (Mellsop, 1982).

Se han construido entrevistas estructuradas y semiestructuradas para reducir la variación de la evaluación clínica. Primero apareció un instrumento global, el DIS (*Diagnostic Interview Schedule*) de Robins y cols. (1981), y más tarde otro específico para los trastornos de personalidad: el SIDP (*Structured Interview for DSM-III Personality Disorders*) de Delane y cols. (1985).

Claridge (1984) propone dos cuestionarios, el STA (*Schizotypal Personality Scale*) y el STB (*Bordeline Personality Scale*) construidos ajustando sus ítems a los criterios de sus respectivos trastornos en el DSM-III. Estos cuestionarios no han sido validados todavía y fueron utilizados meramente a título experimental buscando correlaciones con un test de psicoticismo (Eysenck, 1975). No obstante la propuesta de Claridge (1984) nos pareció interesante, puesto que disponer de criterios consensuados de diagnóstico (RDC/DSM/ICD) permitía una orientación diferente a la tradicional en la elaboración de instrumentos psicométricos en la esfera de la personalidad. Con tal objetivo se ha pretendido experimentar la posibilidad de obtener una escala que permitiera una aproximación diagnóstica al Trastorno Antisocial de la Personalidad y su utilidad frente a la exploración clínica.

Material y método

Como instrumento de evaluación clínica del TAP se empleó una entrevista semiestructurada extraída y adaptada de *Diagnostic Interview Schedule* (Robins, Helzer, Williams y Spitzer, 1981). Del DIS se tomaron las 43 cuestiones referentes al TAP y se codificaron según el criterio o criterios a que hacían referencia por un psicólogo clínico y un psiquiatra. Cada pregunta fue respetada íntegramente, según el original, recogiendo la frecuencia, intensidad, inicio y edad del individuo cuando presentó el trastorno; así como la posibilidad de adjuntar información complementaria y/o descripciones conductuales aportadas por el propio sujeto.

El criterio 1 del apartado de trastornos anteriores a los 15 años no estaba recogido suficientemente en la entrevista original, por lo que los dos clínicos acordaron no incluirlo a fin de que los resultados obtenidos pudieran de algún modo compararse con otros posibles estudios realizados mediante el DIS. Hay que tener en cuenta que el DIS es un instrumento complejo diseñado para corrección computarizada y la entrevista utilizada en este trabajo fue adaptada y valorada según una codificación previa realizada por los autores.

Junto a la entrevista semiestructurada se entrevistó a los sujetos un cuestionario de 192 ítems formado por un inventario de 47 preguntas ajustadas a los criterios del TAP según el DSM-III (301.70), y por las escalas de validez del MMPI (Harroway, 1940) L, F y K, más otra escala que se utilizó en una investigación paralela. Las escalas de validez del MMPI se emplearon a fin de disponer de unos criterios psicométricos de sinceridad y defensividad. Se acordó descartar del estudio a los sujetos que obtenían una puntuación en L y/o K superior a una nota T superior a 70 (baremos americanos). Se tuvo en cuenta que la conducta antisocial no fuera debida a retraso mental profundo, esquizofrenia o episodios maníacos.

El protocolo antes descrito fue administrado a 109 internos de un centro peni-

tenciario de Barcelona mediante el procedimiento que se detalla a continuación. En el diseño previo se acordó disponer de dos grupos de los cuales el grupo A estaría formado por sujetos diagnosticados de TAP con acuerdo unánime entre dos clínicos según la evaluación obtenida por separado en la entrevista semiestructurada. El grupo B estaría formado por reclusos que no llegarían a cumplir suficientes criterios para el diagnóstico. Para todo ello era necesario disponer de dos grupos de internos extremos en cuanto a la presencia o no de TAP.

CUADRO I. — Variables penitenciarias. Por diversos motivos no fue posible obtener información de alguna o todas las variables expuestas de los sujetos de la muestra

	<i>Grupo A</i>	<i>Grupo B</i>
1. Situación penal:	(n = 34)	(n = 40)
1.1. Primario	6 (17,64%)	24 (60%)
1.2. Reincidente	28 (83,35%)	16 (40%)
2. Estado penitenciario:	(n = 33)	(n = 40)
2.1. Preventivo	5 (15,15%)	24 (60%)
2.2. Penado	11 (33,33%)	8 (20%)
2.3. Ambas cosas	17 (51,51%)	8 (20%)
3. Tipo de delito:	(n = 30)	(n = 30)
3.1. Propiedad	5 (16,66%)	12 (40%)
3.2. Múltiples	21 (70%)	8 (26,6%)
3.3. Personas	4 (13,33%)	5 (16,6%)
3.4. Falsedad	0 (0%)	5 (16,6%)
4. Conducta penitenciaria:	(n = 33)	(n = 36)
4.1. Normal	17 (51,51%)	36 (100%)
4.2. Mala	16 (48,48%)	0 (0%)
Edad:	X: 26,42; SD: 4,39	X: 29,97; SD: 6,14

La elección de una muestra al azar fue desestimada puesto que sería necesario entrevistar a una cantidad indeterminada de sujetos para formar ambos grupos (A y B) con un acuerdo entre evaluadores del 100%, por lo que se pidió al psiquiatra del centro penitenciario que facilitara una lista de sujetos que a su juicio y por la información de archivo presentaran trastornos psicopáticos graves de personalidad.

Fueron necesarios 49 sujetos para obtener un mutuo acuerdo entre evaluadores de los 40 necesarios para formar el grupo A. Para el grupo B se siguió el mismo procedimiento mediante una lista de sujetos preseleccionados por el psiquiatra y que según su información no cumplían los criterios suficientes para el diagnóstico de TAP. Se entrevistaron 55 sujetos y se incorporaron 5 de los preseleccionados para el grupo A y que por mutuo acuerdo no cumplían los criterios para el diagnóstico. De este modo se formó el grupo B de 40 sujetos que no cumplían criterios por mutuo acuerdo entre evaluadores. La media de edad del grupo A fue de $26,42 \pm 4,39$ y para el grupo B de $29,97 \pm 6,14$ (Cuadro I).

Todos los sujetos fueron requeridos a través de un funcionario para realizar una entrevista psiquiátrica. El entrevistador se presentó como investigador no relacionado con la Institución Penitenciaria y pidió a cada sujeto su colaboración voluntaria. Se les explicó que se estaba trabajando sobre «factores psicosociales y personalidad» y que se precisaba información de internos penitenciarios. Se les garantizó que la información era confidencial y que no se utilizaría en contra suyo con fines judiciales. Tres rehusaron.

Resultados

De los 49 sujetos que se preseleccionaron para formar el grupo A, uno se desestimó por obtener una puntuación T en la escala L superior a 70 (baremos americanos). Se obtuvo un acuerdo en el diagnóstico de 40 sujetos y en la ausencia de diagnóstico de 5 sujetos. Dos fueron diagnosticados por el primer clínico pero no por el segundo; uno, en cambio, fue diagnosticado por el segundo clínico y no por el primero. El cálculo del coeficiente de concordancia intragrupo «kappa» fue del 0,70.

CUADRO II. — Comparación de los coeficientes kappa obtenidos en las muestras de Hare y los hallados en este trabajo

<i>Muestra</i>	<i>Ambos clínicos</i>	<i>1.º clín.</i>	<i>2.º clín.</i>	<i>Ninguno</i>	<i>k</i>
Prisión 1 (Hare, 1983) (N = 75)	25	3	6	41	0.75
Prisión 2 (Hare, 1983) (N = 171)	71	5	13	82	0.79
(Aluja) (N = 102)	48	3	6	45	0.82

Para el grupo B se preseleccionaron 60 sujetos, de los cuales se desestimaron 4 por tener una puntuación en la escala L superior a una nota T de 70; uno por el mismo motivo, pero en la escala K, y otro por sospecharse cierto retraso intelectual.

Los sujetos desestimados no se tuvieron en cuenta en los cálculos de concordancia de diagnóstico. El acuerdo en la presencia del diagnóstico fue de 8 sujetos y en la ausencia de éste de 40. El primer clínico diagnosticó a 4 que no lo fueron por el segundo y éste a dos que no lo fueron por el primero. La «kappa» hallada fue de 0,63 y la global para los dos grupos de 0,82 (Cuadro II).

Se calculó la fiabilidad entre evaluadores para ambos grupos referente a «cada criterio», puesto que el mutuo acuerdo se realizó para el diagnóstico global independientemente de los criterios puntuados por cada evaluador (son necesarios para el diagnóstico de TAP tres o más criterios para antes de los 15 años y por lo menos cuatro para después de los 18). Los resultados pueden verse en el Cuadro III.

CUADRO III. — Fiabilidad de los criterios diagnósticos, por ítems

<i>criterios para antes de los 15 años: 0,64 (mediana)</i>												
Items:	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
Kappa:	—	0,82	0,61	0,50	0,69	0,64	0,64	0,36	0,93	0,58	0,87	0,78
<i>criterios a partir de los 18 años: 0,64 (mediana)</i>												
Items:	1	2	3	4	5	6	7	8	9			
Kappa:	0,64	0,45	1	0,68	0,66	0,43	0,45	0,82	0,40			
Coeficiente de concordancia intragrupo kappa del grupo A: 0,70 (N=40)												
<i>Criterios para antes de los 15 años: 0,81 (mediana)</i>												
Items:	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
Kappa:	—	0,81	0,64	1	1	0,66	1	0,62	0,71	1	1	0,60
<i>Criterios a partir de los 18 años: 0,90 (mediana)</i>												
Items:	1	2	3	4	5	6	7	8	9			
Kappa:	0,63	0,83	1	1	0,90	0,54	0,76	1	1			
Coeficiente de concordancia intragrupo kappa del grupo B: 0,90 (N=40)												

Se realizó una prueba de comparación de medias observadas en grupos de datos independientes para muestras superiores a N = 30 (test Z), encontrándose que existen diferencias significativas para un $p < 0,001$ en todas las escalas de ambos grupos (Cuadro IV).

CUADRO IV. — Media y desviaciones estandar para el grupo A y B

<i>Grupo A (N=40)</i>	\bar{X}	DS	<i>Grupo B (N=40)</i>	\bar{X}	DS	Z
L	4	2,43		6,17	2,12	4,34*
F	21,37	8,39		9,7	7,84	6,78*
K	8,65	3,96		13,47	4,13	6,78*
TAP	22,8	7,42		7,7	5,75	10,27*

$p < 0.001$

Los sujetos del grupo A fueron más sinceros que los del B y menos defensivos, en cambio obtienen una puntuación en la escala F muy superior a este último grupo. En ambos casos la F correlaciona positivamente con la escala experimental TAP. La consistencia interna de la escala TAP fue de 0,80 según la fórmula de Richardson-Kuder (KR-20) (Cuadros V y VI).

CUADRO V. — Correlación de Pearson entre las escalas en ambos grupos

<i>Grupo A:</i>				<i>Grupo B:</i>					
	L	F	K	TAP		L	F	K	TAP
L		-0,16	0,60	-0,22	L		-0,40	0,67	-0,43
F			-0,39	0,74	F			-0,57	0,68
K				-0,20	K				-0,51
TAP					TAP				

Se realizaron cálculos de la sensibilidad de la escala TAP, lo cual indica la proporción del total de diagnosticados que la escala es capaz de detectar (resultados positivos), siendo ésta del 87,5%. La especificidad indica la proporción de sujetos no diagnosticados confirmados como tales por los resultados negativos del test, alcanzando en este caso el 90%. El valor predictivo positivo de la escala hace referen-

cia a la proporción de válidos entre los resultados positivos de la escala, y en este caso es del 39%. El valor predictivo del resultado negativo indica la proporción de resultados válidos en el conjunto de los resultados negativos. El valor predictivo negativo es del 87% y el valor global o la proporción de resultados válidos en conjunto es del 88% (Cuadro VI).

CUADRO VI. — Sensibilidad y especificidad de la escala

Sensibilidad:	87,5%	Verdaderos positivos:	35
Especificidad:	90%	Verdaderos negativos:	36
Valor predictivo positivo:	89%	Falsos positivos:	4
Valor predictivo negativo:	87%	Falsos negativos:	5
Valor predictivo global:	88%		

Discusión

La escala experimental TAP se ha mostrado altamente sensible y específica para discriminar sujetos internos penitenciarios según el diagnóstico de Trastorno Antisocial de la Personalidad en las muestras estudiadas. El hallazgo encontrado de la elevación de los puntajes de la escala F de los sujetos del grupo A podría explicarse no sólo por las experiencias mayoritarias con tóxicos de los sujetos del grupo A sino también por la pertenencia de los sujetos de este grupo a sectores marginales de la sociedad (Gynther, 1978). No obstante, la elevación patológica de la escala F acostumbra a correlacionar o ser concomitante con perfiles del MMPPI que transgreden la zona limitrofe de la normalidad; es decir, que posiblemente puntuarían en escalas patológicas de serles administrado el MMPPI completo (Salameo y Mestre, 1985).

Es posible explicar algunos de los falsos positivos (tres de los cuatro en este estudio) por alcanzar criterios clínicos de trastorno para antes de los 15 años pero no después de los 18 (o al menos los suficientes) o a la inversa, que no tengan criterios suficientes para antes de los 15 años y sí para después de los 18. En ambos casos el diagnóstico no es posible pero pueden superar el punto de corte establecido. Algunos de los sujetos de nuestra muestra no estuvieron escolarizados, por lo que no pudieron ser evaluados al menos en dos criterios de antes de los 15 años. El mismo problema se encuentra con los criterios de después de los 18 años (criterios 1, 2, 4). Estos criterios no pueden aplicarse si nunca han trabajado, no son padres o si nunca han mantenido relaciones de convivencia conyugal con una persona del sexo opuesto.

Los TAP se está administrando actualmente a una población reclusa mediante elección de muestras al azar a fin de comprobar si conserva su valor discriminativo. Está por establecerse la estructura factorial de la TAP, lo cual podría proporcionarnos nueva información sobre su funcionamiento y posiblemente abra nuevas vías de investigación.

Agradecimientos:

Quiero mostrar mi agradecimiento a la Sección de Psicología y Psicometría del Departamento de Psiquiatría del Hospital Clínico de Barcelona, en especial al Dr. Manel Salamero que dirigió y supervisó personalmente este trabajo. Al Dr. Manuel Riobó, psiquiatra de la prisión La Modelo de Barcelona, que colaboró en la evaluación clínica.

Bibliografía

- Brish, M.: «Approaches to Personality Inventory Construction: A comparison of merits». *Am. Psychol.*, 39; 3, 214-227, 1984.
- Claridge, G. y Broks, P.: «Schizotypy and Hemisphere Function — I. Theoretical considerations and the measurement of schizotypy». *Person. Individ. Diff.* 5, 633-648, 1984.
- Clininger, L.R.; Reich, T. y Guze, S.B.: «The multifactorial model of disease transmission of sociopathy (antisocial personality)». *Br. J. Psychiat.*, 127: 11-22, 1975.
- Cohen, J.: «A coefficient of agreement for nominal scales». *Educational and Psychol. Measur.*, 20: 37-46, 1960.
- Crowe, R.R.: «An adoption study of Antisocial Personality». *Archiv. Gen. Psychiat.*, 31: 785-791, 1974.
- Delane, M.A.; Bruce, M.D. y Zimmerman, M.: «A Structured Interview for the DSM-III Personality Disorders». *Archiv. Gen. Psychiat.*, 42: 591-596, 1985.
- Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*. American Psychiatric Association, Washington D.C., 1980.
- Eysenck, H.J.: «Diagnosis and Clinical Assessment: The DSM-III». *Ann. rev. Psychol.*, 34: 167-193, 1983.
- Frances, A.: «Categorical and Dimensional Systems of Personality Diagnosis: A Comparison». *Compr. Psychiat.*, 23: 516-527, 1982.
- Frances, A.: «The DSM-III Personality Disorders section: A commentary». *Am. J. Psychiat.*, 137: 1050-1054, 1980.
- Gyther, M.D.; Lachar, D. y Dahlstrom, W.G.: «Are special norms for minorities needed? Development of an MMPI F scale for blacks». *J. Consul. and Clin. Psychol.*, 46: 1403-1408, 1978.
- Hare, R.: «Diagnosis of Antisocial Personality Disorder in two Prison Population». *Am. J. Psychiat.*, 140: 7, 887-890, 1983.
- Hare, R.: «A research scale for the assessment of psychopathy in criminal populations». *Person. and Individ. Diff.*, 1: 111-119, 1980.
- Kass, F. y Andrew, E.: «Scaled Ratings of DSM-III Personality Disorders». *Am. J. Psychiat.*, 142: 627-630, 1985.
- Matarazzo, J.: «The reliability of psychiatric and psychological diagnosis». *Clin. Psychol. Rev.*, 3: 103-145, 1983.
- Mellsop, G.: «The reliability of axis II of DSM-III». *Am. J. Psychiat.*, 139: 1360-1361, 1982.
- Maxwell, A.E.: «Coefficients of agreement between observers and their interpretation». *Brit. J. Psychiat.*, 130: 79-83, 1977.
- Millon, T.: «On the renaissance of personality assessment and personality theory». *J. Person. Assess.*, 48: 5, 450-466, 1984.
- Regier, A. y cols.: «The NIMH Epidemiologic Catchment Area Program». *Arch. Gen. Psychiat.*, 41: 934-941, 1984.
- Robins, L.N.; Helzer, J.E.; Williams, J.B.W. y Spitzer, R.L.: «NIMH Diagnosis Interview Schedule: Version III». Rockville, Md. NIMH mineo, 1981.

- Robert, E. y Vaillant, G.: «A validity study of axis II of DSM-III». *Am. J. Psychiat.*, 142: 5, 553-558, 1985.
- Rorer, L. y Widiger, T.: «Personality structure and assessment». *Ann. Rev. Psychol.*, 34: 431-463, 1983.
- Salamero, M. y Mestre, Luisa: «El MMPI en una muestra de pacientes psiquiátricos: perfiles medios y estructura factorial». *Rev. Dpto. de Psiquiatría. Fac. Med.* (en prensa).
- Smith, D. y Kraft, W.: «DSM-III: Do psychologists really want an alternative?». *Am. J. Psychol.*, 38: 777-785, 1983.
- Spitzer, R.L.: «DSM-III field trials, I: initial interrater reliability». *Am. J. Psychiat.*, 36: 815-817, 1979.
- Spitzer, R.L. y Fleiss, J.L.: «A re-analysis of the reliability for psychiatric diagnosis». *Brit. J. Psychiat.*, 125: 341-347, 1974.