

## CONTESTACIÓN A LA CARTA "TRASTORNOS DE PERSONALIDAD EN PRISIÓN. UNA CUESTIÓN COMPLEJA" ANSWER TO LETTER "PERSONALITY DISORDERS IN PRISON"

R López-Barrachina<sup>1</sup>, O Lafuente<sup>1</sup>, JL García-Latas<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Especialistas en Medicina Preventiva y Salud Pública del SALUD (Servicio Aragonés de Salud).

<sup>2</sup>Subdirector Médico del Centro Penitenciario de Daroca (Zaragoza).

Sr. Director:

En respuesta a la crítica de Álvaro Brun y Vegue González a nuestro artículo "Del mito de Narciso a los trastornos de personalidad en la cárceles aragonesas: Una aproximación al perfil de estos desórdenes en las personas privadas de libertad", queremos hacer varias puntualizaciones.

En primer lugar hay que tener en cuenta que el objetivo primigenio de nuestra investigación era recoger, mediante una encuesta autoadministrada, las principales variables implicadas como factores de riesgo en la "peligrosidad social e individual" de enfermos mentales y otros colectivos desfavorecidos, además de los presos, como ludópatas, drogodependientes, alcohólicos, prostitutas, etc. Obviamente, los trastornos de la personalidad son tan sólo una de las variables relacionadas con el riesgo de violencia. Por tanto, como el título del trabajo y otros apartados del mismo ya indican, la pretensión fue hacer un esbozo de estos desórdenes en el medio penitenciario.

Asumida la intencionalidad genérica del estudio y teniendo en cuenta que en el apartado de material y métodos textualmente se indica que el Cuestionario abreviado del "Examen Internacional de Trastornos de la Personalidad (IPDE) *"Sirve para tener un perfil clínico de los trastornos de personalidad; en ningún caso para realizar diagnósticos psiquiátricos. La posterior entrevista para llegar a establecer un diagnóstico certero no es objetivo de este trabajo"*, utilizar los términos "prevalencia y diagnóstico de trastornos de personalidad", en lugar de "posibles o probables trastornos de la personalidad", obedece sólo a una cuestión de operatividad. Así se evita ser excesivamente farragoso en el texto y, sobre todo, en las tablas.

Respecto a los llamativos resultados obtenidos al usar instrumentos de cribado, en comparación con los utilizados por otros autores, que pueden hacer pensar que estos trastornos aparecen con más frecuencia de la que realmente tienen, hay que señalar dos aspectos.

Uno, que ya se explica en el primer párrafo de la discusión, que *"Muy probablemente esta gran discrepancia se deba a que nosotros hemos utilizado un instrumento de screening que únicamente proporciona un perfil clínico y no un diagnóstico certero"*. Se sobreentiende que con la posterior realización de la entrevista semiestructurada, se obtengan prevalencias inferiores. Y dos, que para resaltar un problema de esta índole, desde un punto de vista salubrista, no es tan importante llegar a un grado extremo de precisión "inicial" como llamar la atención de la sociedad y de las autoridades competentes con el fin de que se destinen los recursos necesarios para investigar y tratar esta patología.

En cuanto a la utilización del cuestionario CAGE para la detección de problemas relacionados con el alcohol, los autores fuimos plenamente conscientes de la sensibilidad y especificidad de este test. Si consideramos nuevamente el alcance general de nuestra investigación, parece obvio entender que había que usar una herramienta de cribado más concisa para enmarcarla dentro de una encuesta de 20 páginas de extensión. Y es más, en el mismo proyecto de investigación pero referido a población infantil (internos en centros de menores y controles de su misma edad) sí utilizamos el AUDIT porque se adaptaba mejor a las características de la encuesta infanto-juvenil que recogía menos variables. En resumidas cuentas, cuando se investigan pocas variables, se puede elegir una herramienta más precisa que cuando se estudian conjuntamente trescientos ochos, que fue el número total analizado en nuestro trabajo en adultos.

Aunque caigamos en la reiteración, sobre el uso incorrecto de la terminología empleada al referirse, tanto a los resultados obtenidos mediante el Cuestionario Breve de Juego Patológico (CBJP), como a los del CAGE, en el apartado de material y métodos queda suficientemente claro que dos respuestas afirmativas en ambos tests de cribado indicarán una *"posible*

*dependencia al alcohol o a la ludopatía*". Y, por lo mismo que con el IPDE, en las sucesivas veces que se utilizan estos términos, se simplifica la semántica para hacer la lectura más fluida.

Hay muchas maneras de estudiar la comorbilidad de los trastornos de la personalidad con los antecedentes de otras patologías, entre ellas la enfermedad mental y, con toda probabilidad, una encuesta autoadministrada no sería la herramienta más adecuada si la investigación fuera analítica. Ya se reconoce en las limitaciones del apartado discusión que *"hay datos que no se pueden contrastar"*. Pero, al ser un estudio descriptivo donde se miden prevalencias, de enfoque salubrista, donde interrelacionan multitud de variables y con una muestra universal (finalmente se obtuvieron más de 1500 participantes, de los cuales 236 eran presos) se optó por elegir un cuestionario autoadministrado. Una vez tomada esta decisión, no se podía utilizar la MINI Entrevista Neuropsiquiátrica Internacional, puesto que se trata de un instrumento heteroadministrado.

Para determinar las dimensiones de la personalidad, en la población adulta se utilizó el Inventario de Personalidad de Eysenck (EPI) y en la población infante-juvenil el Cuestionario de Personalidad del mismo autor (EPQ) en sus versiones J y A. No obstante, muchas veces "EPI" se traduce indistintamente como Inventario o Cuestionario de Personalidad de Eysenck.

Por último, no podemos menos que volver a afirmar que el IPDE sí es una herramienta útil de cribado para la detección de los trastornos de personalidad. Como bien dijo Milos Jenicek en su genial obra "Epidemiología: la lógica de la medicina moderna": *"No existe un nivel mágico de sensibilidad que determine que una prueba sea aceptable (muchos médicos creen en el número mágico del 80% o más, para lo cual no existe ninguna justificación). Si la búsqueda de un cáncer colorrectal se limita sólo a aquellos métodos puestos a disposición del médico de medicina general, una sensibilidad del 75% significa que el 25% de los casos se perderá, se retrasará su diagnóstico o se tratará sin éxito cuando la enfermedad haya progresado demasiado (estadíos terminales). Sin embargo, una sensibilidad del 50% también significa que simplemente el echar al aire una moneda para cada paciente detectará (al menor coste que ninguna otra prueba de detección o método diagnóstico) el 50% de los pacientes existentes. Sólo el otro 50% será detectado en comparación con el método diagnóstico en estudio. Lo mismo se aplica para la especificidad."*

Respecto a la relación entre sensibilidad y especificidad, Jenicek apunta también: *"Muchas pruebas*

*de cribado y métodos diagnósticos tienen sensibilidad y especificidad elevadas. En muchos otros casos, se obtiene una sensibilidad elevada al precio de una baja especificidad y viceversa."*

Coincidimos con Álvaro Brun y Vegue González que para determinar la validez del cuestionario abreviado IPDE es necesario comparar los resultados de este instrumento con un patrón oro que, en este caso es la entrevista IPDE heteroadministrada. Pero no estamos de acuerdo en que haga falta comparar los resultados con un "gold standard" cada vez que se usa el test para un propósito determinado. La versión española, tanto del cuestionario abreviado como de la entrevista completa, que en su versión original fue desarrollada dentro del programa común para el diagnóstico y clasificación de los desórdenes mentales entre la Organización Mundial de la Salud y los Institutos Nacionales de Salud de Estados Unidos, ya fue validada en su día por López-Ibor y colaboradores<sup>2</sup>. Estos autores comentan en el prólogo de la obra: *"El cuestionario de evaluación IPDE autoadministrado sirve para eliminar aquellos sujetos que es poco probable que padezcan un trastorno de personalidad. Es esperable que esta evaluación produzca un número considerable de falsos positivos (especificidad baja), pero relativamente pocos más falsos negativos que la entrevista (sensibilidad alta). El número de casos mal identificados varía considerablemente, dependiendo de la prevalencia de trastornos en la población en la que se utiliza."*

El cuestionario abreviado IPDE autoadministrado fue diseñado para un punto de corte de tres por sus autores, por lo que en un primer momento los resultados se analizaron así. Sin embargo, al comprobar que la sensibilidad era muy alta y, tras reunirse con el Dr. Rubio Larrosa, uno de los autores de la validación al español de la herramienta, con una vasta experiencia clínica en este campo, se consensuó el punto de corte en 4. Así se aproximaban más los resultados del cuestionario abreviado con los obtenidos por los psiquiatras al realizar la entrevista clínica completa.

En general, en la muestra universal encuestada y, en particular, en la carcelaria, las respuestas "políticamente correctas" o "socialmente aceptadas", que pudieran llevar a encubrir o disimular algunos trastornos de la personalidad, quedaban compensadas mediante la medición de la sinceridad llevada a cabo en el EPI.

Para terminar, queremos agradecer a Álvaro Brun y Vegue González el interés mostrado por nuestro artículo y su implicación con un tema tan relevante para la población general y el medio penitenciario.

**REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS**

1. Jenicek M. Epidemiología: La lógica de la medicina moderna. 1ª ed., Barcelona; Masson; 1996.
2. Lopez Ibor Aliño JJ, Perez Urdaniz A, Rubio Larrosa V. IPDE. International Personality Disorder Examination. Madrid; Meditor; 1996.

**CORRESPONDENCIA**

Ruth López-Barrachina.  
Responsable del Servicio de Medicina Preventiva y Salud Pública. Hospital de Barbastro.  
Ctra. Nacional 240, s/n, 22300 Barbastro (Huesca).  
E-mail: rlopezba@aragon.es.