

Consistencia interna del cuestionario autoadministrado de la Entrevista Clínica Estructurada para Trastornos del Eje II del DSM-IV*

Adalberto Campo-Arias¹
Luis Alfonso Díaz-Martínez²
Jaider Alfonso Barros-Bermúdez³

Resumen

Introducción: Es infrecuente identificar posibles casos de trastornos de personalidad en la población general, debido a la carencia de instrumentos autoadministrados con buena validez y confiabilidad. Hasta la fecha no se ha explorado la confiabilidad del cuestionario autoadministrado de la Entrevista Clínica Estructurada para Diagnósticos del eje II (SDID-II) del DSM-IV en la población colombiana. *Objetivo:* Determinar la consistencia interna de las subescalas del cuestionario autoadministrado de la SCID-II en la población general de Bucaramanga, Colombia. *Método:* Una muestra probabilística de 2.496 adultos residentes en el área urbana de Bucaramanga diligenció el SCID-II. La media para la edad fue 38,0 años, y para la escolaridad, de 9,2 años. El cuestionario autoadministrado consta de 119 preguntas que agrupan 12 trastornos de personalidad, como los define el DSM-IV. Para conocer la confiabilidad tipo consistencia interna de cada subescala se usó la fórmula 20 de Kuder-Richardson. *Resultados:* El coeficiente de Kuder-Richardson fue 0,75 para el trastorno de personalidad antisocial; 0,55, para el dependiente; 0,61 para el depresivo; 0,70 para el evitativo; 0,69, para el esquizoide; 0,72, para el esquizotípico; 0,59, para el histriónico; 0,54, para el límite; 0,72, para el narcisista; 0,68 para el obsesivo-compulsivo; 0,73, para el paranoide, y

* Este trabajo fue financiado en su totalidad por el Instituto Colombiano para el Desarrollo de la Ciencia y la Tecnología (Colciencias) y la Dirección de Investigaciones de la Universidad Autónoma de Bucaramanga (Código 12410416422 y contrato RC 401-2004). *Declaración de intereses:* para la fecha de recolección de la información, el doctor Adalberto Campo-Arias trabajaba para la Universidad Autónoma de Bucaramanga, Colombia.

¹ Médico psiquiatra, Universidad de Cartagena, Cartagena, Colombia. Grupo de Investigación del Comportamiento Humano, del Instituto de Investigación del Comportamiento Humano, Bogotá, Colombia.

² Médico pediatra, Universidad Industrial de Santander, Bucaramanga, Colombia. Magíster en Epidemiología, Universidad Industrial de Santander. Profesor Asociado de la Universidad Autónoma de Bucaramanga (UNAB), Colombia. Coordinador de la línea de investigación y epidemiología, UNAB. Director del Grupo de Neuropsiquiatría, UNAB.

³ Médico, Universidad de Cartagena, Cartagena, Colombia. Psiquiatra, Universidad del Rosario, Bogotá, Colombia. Profesor asociado, Facultad de Medicina, Universidad Autónoma de Bucaramanga (UNAB), Colombia. Investigador del Grupo de Neuropsiquiatría, UNAB.

0,63, para el pasivo-agresivo. *Conclusiones:* La consistencia interna de las subescalas del cuestionario autoadministrado de la SCID-II varía de una subescala a otra y es buena sólo para 5 de las doce subescalas: antisocial, esquizotípico, evitativo, narcisista y paranoide. Se necesita más investigación y corroborar estos hallazgos en otros contextos y poblaciones.

Palabras clave: trastornos de la personalidad, población, adulto, estudios de validación.

Title: Internal Consistency of the Self-Administered Questionnaire of the Structured Clinical Interview for DSM-IV Axis II Diagnosis

Abstract

Introduction: It is infrequent to identify possible personality disorder cases among the general population due to the lack of self-applied instruments with good validity and reliability. Up to this time, what has not been explored is the reliability of the self-report questionnaire of the SCID-II in any community or clinical population. *Objective:* To determine the internal consistency of the twelve sub-scales of the self-rated questionnaire of the SCID-II in adults from the general population of Bucaramanga, Colombia. *Method:* A probabilistic sample of 2,496 adults dwelling in the urban area of Bucaramanga, Colombia, completed the self-administered questionnaire of the SCID-II. The mean age of the group was 38.0 years; and the mean formal scholarship was 9.2 years. The self-reporting questionnaire of the SCID-II has 119 questions that investigate the twelve personality disorders defined by the DSM-IV. To know the internal consistency for each sub-scale the Kuder-Richardson's formula-20 was computed. *Results:* The Kuder-Richardson coefficient was 0.75 for antisocial personality disorder; 0.70, for avoidant; 0.54, for borderline; 0.55, for dependent; 0.61, for depressive; 0.59, for

histrionic; 0.72, for narcissistic; 0.68, for obsessive-compulsive; 0.73, for paranoid; 0.63, for passive-aggressive; 0.69, for schizoid; and 0.72 for schizotypal. *Conclusions:* The internal consistency varies significantly for each sub-scale of self-reported questionnaire of the SCID-II, and it is sufficiently high for five out of twelve sub-scales: avoidant, antisocial, histrionic, paranoid, and schizotypal personality disorders. It is necessary to investigate further, and to corroborate these findings in other settings and populations.

Key words: Personality disorders, population, adult, validation studies.

Introducción

Se define *personalidad* como el patrón habitual de comportamiento que se manifiesta en diferentes contextos y situaciones. Estas pautas agrupan cogniciones, control de los impulsos, estabilidad emocional y relaciones interpersonales (1). No obstante, el concepto de personalidad es muy controvertido, por los límites poco claros y las dificultades diagnósticas (2,3).

Existen varios cuestionarios para cuantificar las características de la personalidad; sin embargo, por su gran cantidad de ítems o por las formas complejas de calificación de las respuestas demandan mucho tiempo para su aplicación (4,5). Por esa razón, con el propósito de simplificar la investigación de las características de personalidad se diseñó la Entrevista Clínica Estructurada para Diagnósticos del Eje II (SCID-II, por su sigla en inglés).

Esta entrevista recoge los criterios de la Asociación Psiquiátrica Americana (APA) para los trastornos de la personalidad A (esquizoide, esquizotípico y paranoide), del grupo B (antisocial, histriónico, límite y narcisista) y del grupo C (dependiente, depresivo, evitativo, obsesivo-compulsivo y pasivo-agresivo). El cuadernillo de autoaplicación consta de 119 ítems de respuesta dicotómica.

Este cuestionario tiene la función de identificar posibles casos, y de ahí que aquellos quienes muestren puntuaciones por encima de corte deban ser entrevistados por un clínico entrenado en la aplicación de la entrevista estructurada, para corroborar un probable diagnóstico. No obstante, los individuos que no alcancen el umbral no serán sujetos de una evaluación o entrevista adicional, porque se parte de que los sujetos que no hayan respondido afirmativamente una pregunta en el cuestionario autodilucidado no lo harán en una entrevista formal cara a cara (6).

Es importante anotar que varias respuestas afirmativas en el cuestionario autoadministrado no se considerarán de importancia a juicio del clínico evaluador y, por lo tanto, representarán el grupo de falsos positivos. No es posible conocer los falsos negativos (6). También es relevante que el instrumento sea de fácil aplicación y calificación de las características de la personalidad y que, además, refleje una de las categorías diagnósticas más usadas

en la práctica clínica en América Latina.

Adicionalmente, la Organización Mundial de la Salud (OMS) y la APA insisten en evaluar de manera integral a todos los usuarios de los servicios de salud (7), pues consideran que las características (y los trastornos) de personalidad son factores importantes que modifican el curso y el pronóstico de la mayoría de las condiciones físicas y trastornos mentales del eje I, que se observan en la práctica clínica diaria (8-10).

Hasta la fecha no se conocen publicaciones que muestren las propiedades psicométricas del cuestionario autoadministrado de la SCID-II en población alguna. Determinar la confiabilidad tipo consistencia interna es el primer paso para validar este instrumento como elemento de tamizaje, lo cual permitirá el uso confiable de todo el cuestionario o algunas de las subescalas que lo conforman (11).

El objetivo de este estudio fue determinar la consistencia interna de las doce subescalas que forman el cuestionario autoadministrado de la SCID-II en adultos de la población general de Bucaramanga, Colombia.

Método

Se diseñó un estudio de validación de una prueba de tamizaje sin patrón de referencia. Esta investigación hace parte de un estudio más amplio que indagaba por los

comportamientos relacionados con la salud en la población general de Bucaramanga, Colombia. Una muestra probabilística de 2.496 adultos, entre 18 y 65 años de edad, residentes en el área urbana de Bucaramanga, diligenció el cuestionario autoadministrado de la SCID-II. La edad promedio del grupo participante fue 38,0 años (DE=13,5), el 69,7% eran mujeres, la escolaridad promedio fue de 9,2 años (DE=4,1) y el 67,8% residían en estrato socioeconómico medio.

Todos los participantes diligenciaron el cuestionario autoadministrado de la SCID-II. Este instrumento indaga la manera habitual de comportarse del individuo durante mucho tiempo y agrupa los doce trastornos de personalidad definidos en el *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales, cuarta edición* (DSM-IV), de la APA. El cuestionario presenta 15 ítems para el trastorno de personalidad antisocial, 7 para el dependiente, 8 para el depresivo, 7 para el evitativo, 6 para el esquizoide, 11 para el esquizotípico, 7 para el histriónico, 15 para el límite, 17 para el narcisista, 9 para el trastorno obsesivo-compulsivo, 8 para el paranoide y 8 para el pasivo-agresivo (6).

Las personas que participaron completaron el cuestionario de investigación en su lugar de residencia, después de que se les explicó brevemente la forma correcta de diligenciamiento.

Se usó la fórmula 20 de Kuder-Richardson para conocer la confia-

bilidad tipo consistencia interna de cada subescala. Esta es la prueba recomendada para escalas dicotómicas (12). Este coeficiente es equivalente al más popular coeficiente de alfa de Cronbach que se usa para escalas tipo Likert (13). Todos los cálculos se realizaron en el paquete estadístico STATA (14).

Los participantes firmaron un consentimiento informado después de conocer y comprender los objetivos del estudio, en congruencia con la Declaración de Helsinki (15) y las disposiciones colombianas para la investigación en salud (16).

Resultado

La consistencia interna de las subescalas osciló entre 0,54 para el trastorno límite de personalidad y 0,75 para el trastorno de personalidad antisocial. Todos los coeficientes de Kuder-Richardson se presentan en la Tabla 1.

Discusión

Los resultados de este estudio muestran que las subescalas del cuestionario autoadministrado de la SCID-II para los trastornos de la personalidad antisocial, esquizotípico, evitativo, narcisista y paranoide muestran una aceptable correlación entre los ítems.

Hasta la fecha no se había informado sobre la consistencia interna de las subescalas del cuestionario autoadministrado de la SCID-II en la población general. En el presen-

Tabla 1. Coeficiente de Kuder-Richardson para las subescalas del cuestionario autoadministrado de la SCID-II

Subescala	Coeficiente
Antisocial	0,75
Dependiente	0,55
Depresivo	0,61
Esquizoide	0,69
Esquizotípico	0,72
Evitativo	0,70
Histriónico	0,59
Límite	0,54
Narcisista	0,72
Obsesivo-compulsivo	0,69
Paranoide	0,73
Pasivo-agresivo	0,63

te estudio se observa que la mayor consistencia entre los ítems se observa en la subescala para el trastorno de personalidad antisocial, y la más baja, para el trastorno de personalidad límite.

De la misma forma, se aprecia que la consistencia interna varía en forma importante para los trastornos de un mismo grupo. Se encontró que todos los trastornos ubicados en el grupo A mostraron una consistencia interna muy cercana a 0,70, en tanto que únicamente dos de los cuatro trastornos del grupo B alcanzaron este rubro, y sólo uno de los trastornos categorizados en el grupo C mostró un buen coeficiente de Kuder-Richardson, exactamente en el límite inferior. Sin duda, esto cuestiona la validez de estas grandes categorías diagnósticas para los trastornos de la personalidad y sugiere que necesitan ser revisadas (2,3).

La consistencia interna es alta cuando se encuentra entre 0,70 y 0,79 (17), y es muy alta cuando muestra valores entre 0,80 y 0,90

(18,19). No obstante, cuando los valores están entre 0,91 y 1,0, se considera que la consistencia interna es excesivamente alta, porque la escala tiene más de veinte ítems, lo que conduce a una impresión falsa de alta consistencia interna. En otras palabras, la consistencia interna está notablemente influenciada por el número de ítems (18).

De la misma forma, se pueden observar valores superiores de 0,90 de consistencia interna cuando existen ítems redundantes, es decir, dos o más miden exactamente la misma característica y, en consecuencia, es necesario eliminar uno o más de los que exploran el mismo aspecto (20). Para ser incluidos en una escala, los ítems deben tener un grado importante de unicidad, como se conoce en el análisis respecto a la capacidad del ítem de explorar un aspecto adicional del que evalúan los otros ítems que investiga un constructo teórico particular (21).

Así mismo, los resultados presentados pueden sugerir que el comportamiento factorial de las subescalas puede ser difícil de explicar teóricamente para aquellas escalas con bajo coeficiente de Kuder-Richardson, e invitan a revisar los criterios que hacen parte de cada trastorno (22,23). Estos criterios deben analizarse cuidadosamente antes de la aceptación de nuevos criterios diagnósticos, y es necesario validarlos en diferentes poblaciones clínicas y no clínicas.

De la misma manera, los hallazgos de este estudio sugieren

la limitación del cuestionario autoadministrado de la SCID-II como instrumento de identificación de posibles casos de trastornos de la personalidad dependiente, depresivo, esquizoide, histriónico, límite, obsesivo-compulsivo y pasivo-agresivo, como habitualmente se usa en la práctica clínica y en investigación.

Por otra parte, de seguirse las indicaciones actuales respecto al uso del cuestionario autodilucidado para la SCID-II, no se podría validar el criterio de este cuestionario como instrumento de tamizaje en la población general, porque sólo los individuos que alcanzan el punto de corte para uno o más trastornos deben recibir una entrevista estructurada adicional para esos trastornos específicamente, y no sería posible conocer el número de falsos negativos y otras propiedades psicométricas que se pueden determinar cuando se cuenta con un patrón de referencia (11).

Para ello es necesario otro tipo de estudio de validación con un método de referencia que incluya tanto a personas que alcancen el umbral para el trastorno de personalidad como a aquellos que no lleguen al punto de corte, para así poder determinar propiedades como sensibilidad, especificidad, valores predictivos (positivo y negativo), razones de probabilidad (positiva y negativa) y concordancia más allá de azar (k de Cohen) (11). Sin embargo, este tipo de validación no se recomienda cuando una escala

muestra una baja consistencia interna y no ha sido probada la confiabilidad prueba-reprueba (24,25).

Conclusión

El cuestionario autoadministrado de la SCID-II presenta una buena consistencia interna para los trastornos de la personalidad antisocial, esquizotípico, evitativo, narcisista y paranoide. No obstante, es necesario evaluar otras propiedades psicométricas de confiabilidad de estas subescalas, como la reproducibilidad prueba-reprueba y, en lo posible, la sensibilidad al cambio antes de considerar la validación de criterio de las subescalas con buena consistencia interna.

Referencias

1. Asociación Psiquiátrica Americana. Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (DSM-IV-TR). Barcelona: Masson; 2000.
2. Millon M, Davis RD. Trastornos de la personalidad: más allá del DSM-IV. Barcelona: Masson; 1998. p. 3-36.
3. Verheul R. Clinical utility of dimensional models for personality pathology. *J Personal Disord.* 2005;19(3):283-302.
4. Benassini O, Camarero B, Cruz B, Cruz C, De la Fuente JR, Guajardo G, et al. Variables clínicas, genéticas y de personalidad como predictores de respuesta al tratamiento antidepresivo: estudio paralelo de un ensayo clínico controlado de fluvoxamina e imipramina. *Salud Ment.* 1998;21(4):32-8.
5. López J, Páez F, Apiquian R, Sánchez M, Fresán A, Robles R, et al. Estudio sobre la traducción y la validación del Cuestionario Revisado del Diagnóstico de la Personalidad (PDQ-R). *Salud Ment.* 1996;19(Supl 3):39-42.

6. First MB, Gibbon M, Spitzer RL, Williams JBW, Benjamin LS. Entrevista clínica estructurada para los trastornos de la personalidad del eje II del DSM-IV (SCID-II). Barcelona: Masson; 1999.
7. Campo-Arias A. Hacia un abordaje integral: el diagnóstico multiaxial. *Medunab*. 2003;6(16):32-5.
8. Newton-Howes G, Tyrer P, Johnson T. Personality disorder and the outcome of depression: meta-analysis of published studies. *Br J Psychiatry*. 2006;188:13-20.
9. Ozer DJ, Benet-Martínez V. Personality and the prediction of consequential outcomes. *Annu Review Psychol*. 2006;57:401-21.
10. Stümer T, Hasselbach P, Amelang M. Personality, lifestyle, and risk of cardiovascular disease and cancer: follow up population based cohort. *BMJ*. 2006;332(7554):1359.
11. Blacker D, Endicott J. Psychometric properties: concepts of reliability and validity. In: Rush AJ, Pincus HA, First MB, Zarin DA, Blacker D, Endicott J, et al. editors. *Handbook of psychiatric measures*. Washington: American Psychiatric Association; 2002. p. 7-14.
12. Kuder GF, Richardson MW. The theory of the estimation of test reliability. *Psychometrika*. 1937;2:151-60.
13. Cronbach LJ. Coefficient alpha and the internal structure of test. *Psychometrika*. 1951;16:297-334.
14. STATA 9.0 for windows. College Station: StataCorp LP; 2005.
15. Resolución 008430/1993 de 4 de octubre, por la cual se establecen las normas científicas, técnicas y administrativas para la investigación en salud. (Ministerio de Salud de Colombia).
16. Asociación Médica Mundial. Declaración de Helsinki. Tokyo; 2004 [citada 2006 jul 18]. URL disponible en: <http://www.wma.net/e/policy/b3.htm>.
17. Sánchez R, Gómez C. Conceptos básicos sobre la validación de escalas. *Rev Colomb Psiquiatr*. 1998;27:121-30.
18. Cortina JM. What is coefficient alpha? An examination of theory and applications. *J Appl Psychol*. 1993;78(1):98-104.
19. Streiner DL. Starting at the beginning: an introduction to coefficient alpha and internal consistency. *J Pers Assess*. 2003;80(1):99-103.
20. Jaju A, Crack MR. The perfect design: optimization between reliability, validity, redundancy in scale items and response rates. *Am Market Assoc*. 1999;10:127-31.
21. Streiner DL. Figuring out factors: the use and misuse of factor analysis. *Can J Psychiatry* 1994;39(3):135-40.
22. Gorsuch RL. Exploratory factor analysis: its role in item analysis. *J Person Assess*. 1997;68(3):532-60.
23. Hogarty KY, Hines CV, Kromrey JD, Ferron JM, Mumford KR. The quality of factor solutions in exploratory factor analysis: the influence of sample size, communalities, and overdetermination. *Educ Psychol Meas*. 2005;65(2):202-26.
24. Bland JM, Altman DG. Statistics notes: validating scales and indexes. *BMJ*. 2002;324(7337):606-7.
25. Oviedo HC, Campo-Arias A. Aproximación al uso del coeficiente alfa de Cronbach. *Rev Colomb Psiquiatr*. 2005;34(4):572-80.

Recibido para evaluación: 27 de octubre de 2007

Aceptado para publicación: 9 de mayo de 2008

Correspondencia
Adalberto Campo-Arias
Instituto de Investigación del Comportamiento Humano
Transversal 93 No. 53-48, Interior 68
Bogotá, Colombia
campoarias@comportamientohumano.org