
ADAPTACIÓN ESPAÑOLA DEL PAS-ADD 10, UNA ENTREVISTA PSIQUIÁTRICA ESTRUCTURADA PARA ADULTOS CON RETRASO MENTAL

**García González- Gordon R, Salvador-Carulla L,
Romero López-Alberca C, González-Saiz F, y Romero Comella D.**
AFANAS y Universidad de Cádiz

En torno al 30% de las personas con Retraso Mental (RM) padecen un trastorno psiquiátrico añadido. Sin embargo, existen pocos instrumentos de evaluación disponibles y los estudios de validación transcultural de dichos instrumentos son escasos. Este trabajo consiste en la adaptación de la versión española del PAS-ADD (Psychiatric Assessment Schedule for Adults with Developmental Disability), una entrevista semi-estructurada diseñada específicamente para la evaluación psiquiátrica de adultos con retraso mental.

Tras la traducción conceptual del instrumento, se realizaron los estudios de viabilidad, fiabilidad (test-retest e inter-evaluadores) y validez predictiva de la versión española del PAS-ADD 10. Los valores kappa de los estudios de fiabilidad, tanto test-retest como inter-evaluadores, mostraron una concordancia de moderada a alta. Los códigos diagnósticos procedentes del CATEGO mostraron limitaciones de validez, sobrediagnosticando trastornos de ansiedad e infra-diagnosticando trastornos del humor y psicóticos (Valor Predictivo Positivo: 74%, Valor Predictivo Negativo: 76%).

Over 30% of people with mental retardation (MR) suffer a comorbid psychiatric disorder. However, there are few assessment instruments available and cross-cultural validation studies of such instruments are scarce. This study is aimed at standardising the Spanish version of the Psychiatric Assessment Schedule for Adults with Developmental Disability (PAS-ADD 10).

After a conceptual translation, feasibility and reliability analysis have been carried out. Predictive validity was studied for the patient interview as well. Test-retest and inter rater reliability kappa values were moderate to high. CATEGO coding showed limited validity with overdiagnosis of anxiety disorders and underdiagnosis of mood and psychotic disorders (psychiatric caseness Positive Predictive Value: 74%, Negative Predictive value: 76%).

INTRODUCCIÓN

La prevalencia de enfermedad mental en personas con discapacidad intelectual es por lo menos tan alta como en la población general (Moss, 1995), sin embargo la exploración de trastornos psiquiátricos en personas con retraso mental se dificulta por una serie de cuestiones tanto metodológicas como prácticas.

A nivel metodológico se cuestiona a) que los sistemas de clasificación psiquiátrica desarrollados para la población general sean válidos también para personas con retraso mental; b) la validez del diagnóstico clínico comparado con un diagnóstico de investigación desarrollado a través de una entrevista estructurada; c) la validez de los diagnósticos basados únicamente en información ofrecida por terceras personas; d) la necesidad de contar con estudios transculturales que utilicen una misma metodología.

Por su parte, las dificultades prácticas se derivan de los problemas de atención junto con los déficits lingüísticos y cognoscitivos característicos de esta población (Moss, 1995).

El PAS-ADD 10 (Psychiatric Assessment Schedule for Adults with a Developmental Disability) (Moss et al., 1996), es una entrevista diseñada específicamente para la evaluación psiquiátrica de personas con discapacidad intelectual. Se trata de una entrevista semi-estructurada derivada del SCAN (Schedules for Clinical Assessment in Neuropsychiatry) (WHO, 1994), que permite la informatización de los datos y la generación de diagnósticos de investigación a través del sistema CATEGO 5. El PAS-ADD también puede utilizarse para la evaluación de sujetos cuya discapacidad lingüística no permite una entrevista clínica.

El presente trabajo describe el proceso de adaptación española del PAS-ADD 10, que abarca la traducción conceptual del instrumento así como los estudios de viabilidad, fiabilidad (test-retest e inter-evaluadores) y validez predictiva. Paralelamente se ha evaluado la validez de los diagnósticos en relación con los problemas de conducta y se han formulado una serie de sugerencias para mejorar la utilidad clínica del instrumento.

MATERIAL Y MÉTODO

La muestra de este estudio se reclutó entre los sujetos asistidos, en el Centro Ocupacional para Adultos Deficientes (COPAD), por la entidad AFANAS-JEREZ, una organización no gubernamental sin ánimo de lucro, de ámbito de actuación local, con más de treinta y cinco años de experiencia en la asistencia a personas con discapacidad intelectual.

MATERIAL

El nivel intelectual se evaluó mediante la Escala de Inteligencia de Weschler para adultos (WAIS) (Weschler, 1993). La conducta adaptativa, la tipología, frecuencia y gravedad de los problemas de conducta se evaluaron mediante el Inventario para la Planificación de Servicios y Programación Individual (ICAP) (Montero, 1993). Se realizó una exploración psicopatológica de cribaje utilizando el Cuestionario PIMRA, basado en el cuestionario psicopatológico del AIRP (Bouras, 1993) validado para su uso en población española (Salvador-Carulla y cols., 1998).

El sistema SCAN está constituido por una batería de instrumentos desarrollados por la O.M.S. (Wing et al., 1990) para evaluar, medir y clasificar la psicopatología y las conductas asociadas a los principales trastornos del adulto. Este instrumento se ha utilizado en el proceso de traducción conceptual de la entrevista PAS-ADD 10 y en la entrevista clínica de forma complementaria. Asimismo, se han utilizado los programas de introducción de datos del sistema SCAN (Catego5) (Vázquez-Barquero y Gaité, 1993b) para la elaboración diagnóstica de las entrevistas PAS-ADD 10.

Para el diagnóstico de retraso mental y su clasificación según niveles de gravedad, se han utilizado criterios CIE 10 (OMS, 1992; 1992a) y DSM IV (APA, 1995), así como criterios CIE 10 para el diagnóstico psiquiátrico.

PROCEDIMIENTO

Se incluyeron en la muestra los sujetos de ambos sexos, de edad comprendida entre 18 y 65 años, con Capacidad Intelectual Límite o con Retraso

Mental Leve, Moderado o Grave (CI=20-85) asistidos en el Centro Ocupacional (COPAD) de AFANAS-JEREZ, entre Octubre de 1997 y Septiembre de 1998. Quedaron excluidos de la muestra los sujetos con Retraso Mental Profundo (CI<20) y aquellos cuyos déficits lingüísticos o cognitivos imposibilitaban la entrevista.

Proceso de traducción: Se ha adoptado el proceso de traducción conceptual utilizado en los estudios OMS/NIH (Room et al., 1996), con especial referencia a la traducción española de la batería SCAN (Vázquez-Barquero, 1993, 1993a). De acuerdo con el principio de equivalencia lingüística se ha primado la esencia del concepto subyacente sobre la traducción literal.

Proceso de Evaluación: La evaluación se ha efectuado por cuatro clínicos con experiencia previa en valoración psicopatológica de pacientes con RM.

Las entrevistas PAS-ADD efectuadas por el evaluador "A" fueron grabadas en vídeo y codificadas de forma ciega por el evaluador "B". "A" efectuó una segunda administración del PAS-ADD después de 7-15 días con el fin de explorar la fiabilidad Test-Retest del instrumento. De forma independiente y tras la primera evaluación, un psiquiatra sin experiencia en el uso del PAS-ADD (C) efectuó una entrevista abierta con asignación de criterios diagnósticos CIE-10 excluyendo sujetos sin síntomas psicopatológicos o problemas conductuales en su historia anterior.

Para el diagnóstico definitivo el evaluador "A" revisó todos los datos disponibles, incluyendo la historia clínica del sujeto, la entrevista PAS-ADD y el código Catego, la exploración y el diagnóstico psiquiátrico efectuado por el evaluador "C" y la reevaluación del caso con información proporcionada por cuidadores dentro del mes posterior a la primera entrevista. Los diagnósticos definitivos se contrastaron con el segundo evaluador ("B") y en caso de duda o disparidad de criterios fueron revisadas por un cuarto evaluador con gran experiencia en evaluación psicopatológica del RM ("D").

Estudio de Viabilidad

Los cuatro evaluadores completaron informes independientes sobre la via-

bilidad (feasibility) de la entrevista siguiendo los criterios de Andrews (1994): (i) La *Aplicabilidad* se refiere a la medida en que la entrevista aporta una información útil para las personas de referencia (clínicos, gestores, pacientes). (ii) La *Aceptabilidad* se refiere a la sencillez en la administración y uso de la entrevista en cuanto a tiempo de cumplimentación, cansancio en la administración, diseño de la entrevista etc, tanto por parte del entrevistador como del entrevistado. (iii) El concepto de *Practicalidad* engloba la relación coste-beneficio en su implementación, el entrenamiento requerido y la complejidad en la puntuación, la presentación y la interpretación de los resultados.

Estudio de Fiabilidad

Incluyó pruebas de fiabilidad interobservadores y test-retest. No se incluyó fiabilidad interinformantes dado el diferente conocimiento del sujeto por parte de los cuidadores en el medio evaluado.

Estudio de Validez

Se efectuó un estudio de la validez predictiva (sensibilidad, especificidad, valor predictivo positivo, valor predictivo negativo), mediante el análisis de Bayes de la entrevista PAS-ADD (administración al paciente) en comparación con el diagnóstico clínico, incluyendo: 1) el diagnóstico realizado por un psiquiatra ("C") mediante entrevista abierta ciego a la entrevista PAS-ADD 10; 2) El diagnóstico CIE obtenido por el Catego5 tras la entrevista test; 3) El diagnóstico CIE efectuado por el evaluador principal ("A"), teniendo en cuenta todos los datos (historia clínica, diagnóstico del psiquiatra, entrevista PAS-ADD y datos adicionales).

El estudio de validez predictiva de la entrevista en la administración al informante no se efectuó por dos razones: (i) falta de un algoritmo de uso combinado de las puntuaciones obtenidas en las dos entrevistas; (ii) problemas y variabilidad en la información obtenida de informantes en medios no residenciales (Salvador y cols., 1998a).

Diseño y análisis estadístico

Para los datos sociodemográficos se

realizó un análisis estadístico descriptivo. Para el análisis de la fiabilidad, se ha utilizado el porcentaje de acuerdo simple ("%AC") y el índice de acuerdo kappa siguiendo los criterios de Kramer y Feinstein (1981). Para evaluar la concordancia test-retest e inte-examinadores de los ítems cuantitativos, se ha aplicado el coeficiente de correlación intraclass (CCI).

Para el estudio de validez, se ha utilizado el análisis de Bayes, que permite conocer la validez predictiva de un test, su utilidad y su comparabilidad, a partir del análisis de la distribución de los "casos" y "no casos" en una población dada y de su relación con los resultados obtenidos en el test estudiado (positivos y negativos). Se utilizó para el cálculo una prevalencia de "caso psiquiátrico" del 42% (correspondiente a la hallada en el centro de referencia). Para el análisis informático se utilizaron los programas Catego5 y el SPSS.

RESULTADOS

CARACTERÍSTICAS DE LA MUESTRA

La edad media de la muestra fue de 33,8 - 9,1 años. La proporción de varones (73,8%) fue próxima a 3:1 respecto a las mujeres (26,3 %). La mayoría eran solteros (98,7%), con residencia en el domicilio familiar (90%).

Los sujetos de la muestra de estudio se agruparon mayoritariamente en las categorías de RM Leve y RM Moderado (37,5% y 46,3%, respectivamente). 10 sujetos fueron clasificados con Capacidad Intelectual Límite y 3 sujetos como RM Grave. El CI medio se situó entorno a los 54 - 13,6 puntos. Se destaca que catorce sujetos presentaron Síndrome de Down como base etiológica del RM. Trece sujetos padecían epilepsia, cuatro diabetes, siete presentaron déficit visual, uno déficit auditivo y uno presentó hipertiroidismo.

De acuerdo con la Impresión Clínica Global (CGI), la gravedad de los síntomas psiquiátricos fue parcial para 16 (20%) sujetos, leve para 17 sujetos (21,3%), moderada para 6 (7,5%) y severa en 3 sujetos (3,7%). 38 sujetos (47,5%) se puntuaron como normales en el CGI.

En el momento de la evaluación, un 30 % de los sujetos de la muestraseguía tratamiento con psicofármacos. Los

problemas de comportamiento se han evidenciado en el 41,25 % de los sujetos evaluados. Estos problemas fueron clasificados como leves en 17 sujetos, como moderados en 10 y como graves en 6 sujetos. Todos los sujetos con trastornos de conducta presentaron dos o más problemas asociados.

RESULTADOS EN FUNCIÓN DE LOS OBJETIVOS

A. Versión Española de la Entrevista PAS-ADD 10: Traducción Conceptual y Conflictos Lingüísticos

El proceso de traducción conceptual llevó tres años, incluyendo una revisión completa del trabajo previo al aparecer en 1996 una nueva versión del instrumento (PAS-ADD 10) con cambios sustanciales sobre la versión anterior (1993), en la que se tuvieron en cuenta aspectos señalados por nosotros al autor original. Estos cambios incluían una reducción del texto del glosario, así como alteraciones menores en algunas secciones de la entrevista y en el enunciado de algunos ítems.

El proceso de traducción, con un ensayo preliminar de la adecuación del instrumento y de su grado de comprensión, se ha mostrado eficaz para obtener una versión aplicable en español que ha sido consensuada con el autor original de la entrevista. Este proceso ha permitido detectar algunos problemas en la estructura de la entrevista, errores de traducción, problemas de comprensión y una serie de términos y expresiones conflictivas desde el punto de vista lingüístico, cultural o ético.

B. Estudio de Viabilidad

8.1. Aplicabilidad

El PAS-ADD permite almacenar información relevante desde el punto de vista clínico, de una manera más sistemática y objetiva. En general, la entrevista aporta una información útil tanto para los clínicos como para los pacientes, familiares y cuidadores. Este instrumento valora aspectos del sujeto que muchas veces la entrevista clínica abierta pasa por alto debido a que aparentemente no están provocando alteraciones clínicas significativas para el sujeto, o que la familia valora como

síntomas propios del RM. Tras la entrevista, todas las partes advierten mayor claridad en lo que se refiere al estado mental del entrevistado.

8.2. Aceptabilidad

El tiempo promedio de cumplimentación de la entrevista al paciente fue de 32,4 minutos (DE= 9,16). En cuanto a la entrevista a informadores, el tiempo promedio de administración fue de 31,2 minutos (DE= 2,5).

Dificultad. En general, la combinación de preguntas y ayudas exploratorias del PAS-ADD permiten obtener la información necesaria para hacer las puntuaciones. Por otra parte, se han constatado las dificultades que encuentran los informadores para ofrecer un relato fiable sobre los síntomas autonómicos de ansiedad del paciente.

El glosario suplementario del PASADD 10 resulta adecuado y facilita las puntuaciones de los ítems más conflictivos y las hojas de respuesta se cumplen sin dificultad. La introducción de datos en el Catego5 resulta engorrosa debido al gran número de ítems que contiene y que no son utilizados por el PAS-ADD.

Comprensión. Los entrevistados a menudo son capaces de ofrecer relatos claros y completos de su estado mental, aunque las preguntas sobre frecuencia y duración son a menudo difíciles de puntuar con confianza. Constatamos que los entrevistados tienden a relatar síntomas como si sólo se hubieran dado recientemente y una tendencia significativa a la aquiescencia. En general, la probabilidad de detección de síntomas psiquiátricos aumenta con el CI del entrevistado.

Tanto el Glosario adicional del PAS-ADD como las Hojas de respuesta y el Catego5 no ofrecen dificultades de comprensión.

Resistencia al uso. La mayoría de los sujetos aceptan la entrevista sin resistencia. En sujetos con RM grave la resistencia suele producirse como resultado del sentimiento de fracaso o por cansancio. En este caso, basta con interrumpir la entrevista durante un tiempo adecuado.

Satisfacción global con la entrevista. La satisfacción global, tanto de los

entrevistadores como de los entrevistados, con la entrevista ha sido aceptable. La impresión general es que esta entrevista ha ofrecido a muchos sujetos la oportunidad de hablar sobre aspectos en los que nunca habían profundizado por carecer de un lenguaje expresivo preciso. Por la parte que respecta a los informadores, la entrevista ha resultado útil para aclarar que muchos de los síntomas que padecen sus familiares o alumnos, son síntomas propios de un trastorno psiquiátrico y no del retraso mental, con todas las consecuencias a nivel de tratamiento y manejo que esto conlleva. Para los entrevistadores, este instrumento constituye una guía eficaz para explorar aspectos psicopatológicos difícilmente evaluables sin una metodología estructurada.

8.3. Prácticidad

Nivel de entrenamiento. Con un entrenamiento adecuado, la entrevista resulta sencilla de administrar, si bien los costes de entrenamiento son altos.

En cuanto a la *complejidad en la puntuación*, el sistema de codificación nos ha parecido adecuado en general.

Por lo que respecta a la *facilidad de expresión de resultados*, una vez puntuada la entrevista, al clínico le basta con una hojeada general a las hojas de puntuaciones para conocer las áreas en las que el paciente presenta un sintomatología más activa.

C. Estudio de Fiabilidad

C1. Análisis de la Fiabilidad Test-Retest.

Fiabilidad ítem a ítem. El valor kappa medio de todos los ítems individuales con prevalencias superiores al 10% fue 0,49. Tal como muestra el gráfico, el nivel de acuerdo fue regular para el 26% de los ítems, moderado para el 57%, fuerte para el 15% y casi perfecto para el 2% de los ítems.

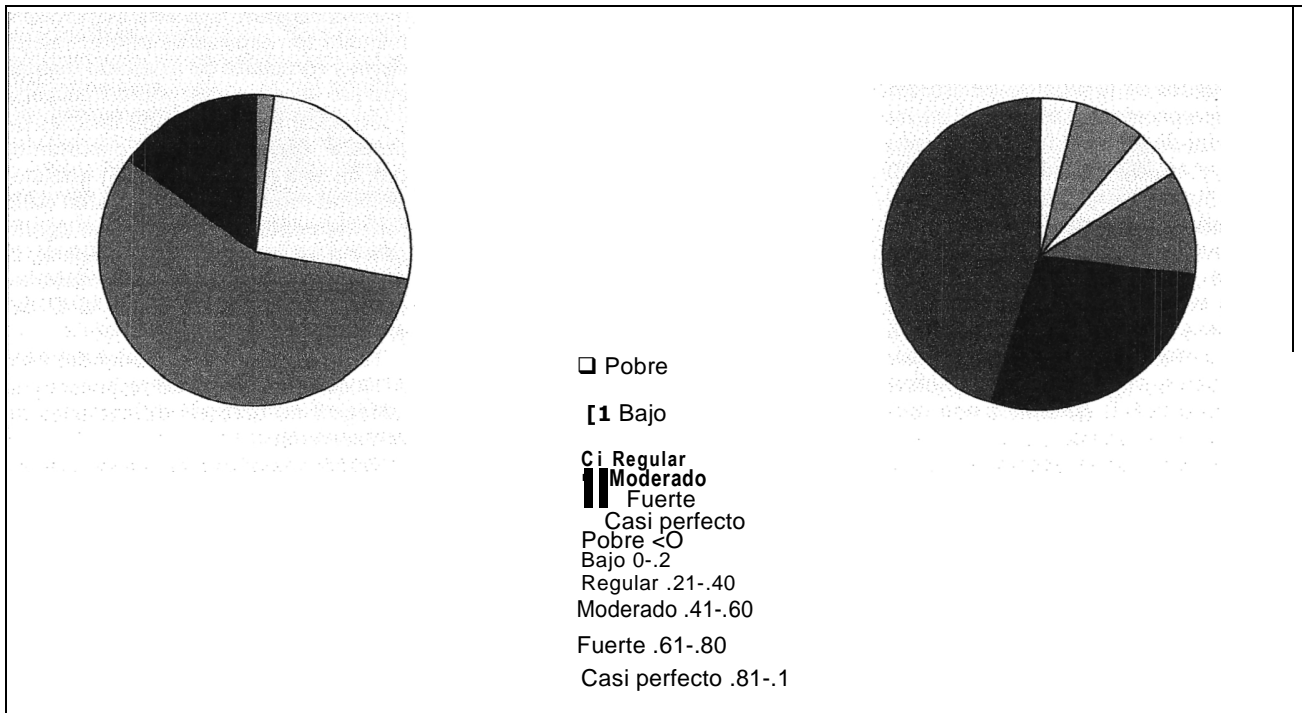
Se han calculado los valores medios de los índices kappa para cada una de las secciones de la entrevista. Estos valores oscilan entre 0,47 y 0,60, obteniéndose un nivel de acuerdo moderado para todas las secciones.

Los ítems en los que se han obtenido mayores niveles de acuerdo pertenecen a la sección sobre preocupaciones y a secciones sobre ítems observacionales.

Fiabilidad entre puntuaciones totales. Tal como muestra la Tabla 1, los índices del Coeficiente de Correlación Intraclases (CCI) para las puntuaciones según tipos de síntomas son altos, oscilando entre 0,64 y 0,98, con un valor medio de 0,87. Los índices del ICC para las puntuaciones totales y para los índices de definición también son altos (0,82 y 0,84 respectivamente).

Fiabilidad entre Diagnósticos. 17 sujetos (23,7%) fueron clasificados como "caso" psiquiátrico y 39 sujetos (54,2%) como no-caso psiquiátrico tanto en la entrevista test como en la retest. 10 sujetos (13,8%) fueron clasificados como "caso" en la entrevista test sin obtener diagnóstico en la entrevista retest y 6 sujetos (8,3%) que fueron clasificados como "no-caso" en la entrevista test obtuvieron diagnóstico en la entrevista retest. La concordancia entre ambas entrevistas al clasificar a los sujetos como "caso-

Estudio Comparativo de la Fiabilidad Test-Retest e Inter-Examinadores
Distribución del Kappa Ponderado en Ítems con prevalencias > 10%



**Concordancia test-retest (PAS-ADD)
de las puntuaciones según tipos de síntomas extraídas a partir
del Catego5**

PUNTUACIONES PROCEDENTES DEL CATEGOS	*CCI	**IC
11POS DE SINTOMAS		
Síntomas Neuróticos	0,79	0,69-0,88
Síntomas Depresivos	0,91	0,84-0,97
Sintomas Psicopáticos	0,98	0,95-1,00
Lenguaje y Conducta Extrañas	0,92	0,86-0,98
Conducta y Lenguaje Negativos	0,97	0,93-1,00
Funcionamiento Positivo	0,64	0,53-0,75
PUNTUACIÓN TOTAL	0,82	0,73-0,91
INDICE DE DEFINICIÓN	0,84	0,75-0,92

*CCI: Coeficiente de Correlación Intradases
**IC: Intervalo de Confianza (95%)

no caso" psiquiátrico, según el índice kappa, fue de 0,51.

La tabulación cruzada de diagnósticos test-retest, que se presenta en la Tabla 2, refleja una concordancia entre los diagnósticos realizados a 56 sujetos (77,8%). La concordancia entre ambas entrevistas según las categorías diagnósticas es la siguiente: No se encontraron diagnósticos en 39 sujetos (54%); se diagnosticaron trastornos de ansiedad /fobias en 15 sujetos (21%), y esquizofrenia/psicosis en 2 sujetos (2,7%).

El desacuerdo entre los diagnósticos de ambas entrevistas se dio en 16 sujetos (22,2%). 10 sujetos fueron diagnosticados en la entrevista test de trastornos de ansiedad que no obtuvieron diagnóstico alguno en la entrevista retest. A su vez, 6 sujetos sin diagnóstico en la entrevista test, fueron diagnosticados de trastornos de ansiedad en la entrevista retest. La concordancia entre los diagnósticos de ambas entrevistas, según el índice kappa, fue de 0,56.

C2. Análisis de la Fiabilidad Interexaminadores.

Fiabilidad ítem a ítem. El valor kappa medio de todos los ítems fue 0,68.

En el gráfico 1 se representa la distribución de los valores kappa ponderado según criterios Feinstein (1985) para los ítems con prevalencias superiores al 10%. El nivel de acuerdo fue pobre solo en el 4% de los ítems, fuerte en el 28% y casi perfecto en el 45% de los ítems.

Los valores medios de los índices kappa para cada una de las secciones de la entrevista oscilan entre 0,17 y 0,94, obteniéndose un nivel de acuerdo alto para las secciones de alteracio-

nes de la alimentación (0,94), preocupaciones (0,81), tensión (0,78), enfermedad física (0,74) y energía (0,65). El nivel de acuerdo fue pobre para la sección sobre comportamiento, lenguaje y afecto (0,17).

La mayoría de estos ítems (70%) en los que se han obtenido niveles de acuerdo casi perfecto pertenecen a la sección sobre preocupaciones, incluyendo los síntomas autonómicos de ansiedad. El resto de los ítems (30%) se distribuyen entre las secciones sobre enfermedad física, alteraciones de la alimentación y el peso, sueño, tensión y abuso de alcohol.

Fiabilidad entre puntuaciones según tipos de síntomas. El valor de los índices del Coeficiente de Correlación Intraclases para las puntuaciones según tipos de síntomas se detallan en la Tabla 3. Los índices son altos para todas las puntuaciones según tipos de síntomas a excepción de los referentes a conducta y lenguaje negativos, siendo el valor promedio de 0,77. Los índices del ICC para las puntuaciones totales y para los índices de definición también son altos (0,94 y 0,95 respectivamente).

Fiabilidad entre Diagnósticos. 19 sujetos (24%) fueron clasificados como "caso" psiquiátrico y 47 sujetos (60%) como no-caso psiquiátrico tanto por la entrevista test como por la entrevista puntuada por el evaluador "B". 8 sujetos (10%) fueron clasificados como "caso" en la entrevista test sin obtener diagnóstico en la entrevista puntuada por el evaluador "B", y 5 sujetos (6%) que fueron clasificados

**Tabulación cruzada de diagnósticos PAS-ADD
(Catego5) en las entrevistas Test y Retest**

ENTREVISTA TEST	ENTREVISTA -RETEST % AC: 0,771 Kappa: 0,56			
	Ninguno	Ansiedad/Fobias	EsquiziPsicosis	Total
Ninguno	39			45
Ansiedad/Fobias		15		25
Esquizof./Psicosis				
TOTAL	49	21		72 (*)

% AC: Porcentaje de Acuerdo
(*) 8 sujetos no fueron evaluados en fase retest

1 Concordancia Inter-Examinadores (PAS-ADD)
de las puntuaciones según tipos de síntomas
extraídas a partir del Catego5

VARIABLES PROCEDENTES DEL CATEGO5	*CCI	**ic
TIPOS DE SINTOMAS		
Síntomas Psicopáticos	0,98	,95-1,00
Síntomas Depresivos	0,96	0,92-1,00
Funcionamiento Positivo	0,94	0,88-0,99
Síntomas Neuróticos	0,89	0,82-0,96
Lenguaje y Conducta Extrañas	0,70	0,59-0,80
Conducta y Lenguaje Negativos	0,14	0,06-0,21
PUNTUACIÓN TOTAL	0,94	0,88-0,99
ÍNDICE DE DEFINICIÓN	0,95	0,90-0,99
*CCI: Coeficiente de Correlación Intraclases		
**IC: Intervalo de Confianza (95%)		

como "no-caso" en la entrevista test obtuvieron diagnóstico en la entrevista valorada por el evaluador "B". La concordancia entre ambas entrevistas al clasificar a los sujetos como "caso-no caso" psiquiátrico, según el índice kappa, fue de 0,62.

La tabulación cruzada de diagnósticos obtenidos por los dos evaluadores utilizando el PAS-ADD refleja un acuerdo entre los diagnósticos realizados a 66 sujetos (83,5%). El PAS-ADD administrado por los dos evaluadores coincidió en la ausencia de diagnóstico en 47 sujetos (59,5%); se diagnosticaron trastornos de ansiedad /fobias en 17 sujetos (21,5%), y esquizofrenia/psicosis en 2 sujetos (2,5%).

El desacuerdo entre los diagnósticos de ambas entrevistas se dio en 13 sujetos (16,4%); 8 sujetos diagnosticados en la entrevista "A" de trastornos de ansiedad no obtuvieron diagnóstico según el evaluador "B". A su vez, de los 5 sujetos sin diagnóstico en la entrevista "A", 4 fueron diagnosticados de trastornos de ansiedad y 1 de hipersomnia no orgánica por el evaluador "B". La concordancia entre los diagnósticos de ambos evaluadores fue kappa: 0,63.

D. Estudio de Validez Predictiva

Se efectuó un estudio de validez predictiva del diagnóstico de caso psi-

quiátrico, según Catego-5 tras entrevista "A" con el PAS-ADD y entrevista psiquiátrica abierta ("C"), con respecto al diagnóstico definitivo. 27 sujetos (35%) fueron clasificados como "caso" psiquiátrico por el catego; 29 (38%) por la entrevista clínica abierta y 32 (42%) según el diagnóstico definitivo.

El sistema Catego obtuvo unos valores de sensibilidad del 63%, especificidad del 84%. Con prevalencia del 42%, el valor predictivo positivo es de 74% y el valor predictivo negativo de 76%.

Por otro lado, la validez predictiva de la entrevista clínica abierta ("C") obtuvo una sensibilidad de 91% y una especificidad de 100%. El valor predictivo positivo es de 100% y el valor predictivo negativo de 94% (con una prevalencia del 42%).

En la Tabla 4 se pueden apreciar los diagnósticos específicos obtenidos según los distintos procedimientos (diagnóstico por Catego 5, diagnóstico por entrevista clínica abierta y diagnóstico definitivo). En lo que se refiere a los trastornos psicóticos, se aprecia una evidente discordancia entre los diagnósticos Catego5 por un lado y el diagnóstico psiquiátrico y el diagnóstico definitivo, por otro. Ningún trastorno del humor fue diagnosticado por el Catego5, existiendo leves diferencias entre los diagnósticos psiquiátrico abierto y definitivo.

Con respecto a los trastornos de ansiedad, se destaca el elevado número de diagnósticos (n=25) emitidos por el Catego con respecto al diagnóstico definitivo (n=11) y al diagnóstico obtenido mediante entrevista psiquiátrica abierta (n=8). Las mayores discrepancias se dan en los diagnósticos de fobias específicas y agorafobias, subrayándose la escasa sensibilidad del Catego para diagnosticar 2 casos de trastornos obsesivo-compulsivos (TOC) en los que coinciden los diagnósticos psiquiátrico y definitivo.

En lo que se refiere a los trastornos de personalidad, señalar que un sólo caso fue detectado por el diagnóstico definitivo como trastorno paranoide según los criterios CIE 10. El otro caso detectado tanto por el diagnóstico psiquiátrico como por el definitivo presentaba rasgos marcados de trastornos de personalidad sin llegar a cumplir criterios CIE 10.

DISCUSIÓN

COMENTARIOS SOBRE LA MUESTRA DE ESTUDIO

Resulta conveniente señalar que este estudio se ha efectuado en un centro ocupacional con predominio de patología leve y moderada y debe complementarse con una muestra de pacientes con RM y trastornos mentales graves. En la actualidad este estudio se está realizando en colaboración con el Hospital Psiquiátrico de Belliseus, en el Norte de España (Reus).

La adaptación transcultural al español de la entrevista PAS-ADD, presenta más dificultades que las de otros instrumentos utilizados en psiquiatría ya que se trata de una entrevista compleja para una población con problemas especiales de comprensión, y para la que no existían instrumentos previos de estas características.

COMENTARIOS SOBRE EL ESTUDIO DE VIABILIDAD

Son escasos los estudios estandarizados de viabilidad (feasibility) en salud mental. Tras revisar la escasa bibliografía existente, se procedió a un análisis de la viabilidad de la entrevista en función de los parámetros señalados por Andrews (1994). Los cri-

Diagnósticos CIE 10 en una muestra de pacientes con Retraso Mental (n=80),
obtenidos por 3 procedimientos diferentes: Catego5, entrevista abierta y diagnóstico
definitivo incluyendo toda la información disponible

CATEGORIAS CIE 10	Clasificación	Diagnóstico Catego5	Diagnóstico Abierto	Diagnóstico Definitivo
Trastornos Psicóticos	Trastorno de Ideas Delirantes	0	1	1
	Esquizofrenia Indiferenciada	1	2	2
	Trastorno Psicótico Agudo	0	3	3
	Esquizofrenia Paranoide	0	2	2
	Esquizofrenia Hebefrénica	1	0	0
Subtotal		2 (2,6%)	8 (10,4%)	8 (10,4%)
Trastornos del Humor	Trastorno Depresivo	0	1	2
	Distimia	0	3	3
	Episodio Depresivo	0	6	5
	Trastorno Bipolar	0	1	1
Subtotal		0	11(14,3%)	11(14,3%)
Trastornos Neuróticos	Fobias Específicas	16	4	7
	Fobia Social	2	1	1
	Agorafobia sin Trastorno	0	2	2
	Trastorno Obsesivo			
Subtotal		25 (32,5%)	7 (10,4%)	11(14,3%)
Trastornos de la Personalidad	*Personalidad Querulante	0	1	0
	*Rasgos paranoides	0	1	1
	Trastorno Paranoide	0	1	1
Subtotal		0	2(2,6%)	2(2,6%)
TOTAL		27 (35%)	29 (38%)	32 (42%)
(*)Rasgos marcados sin cumplir criterios CIE10				

terios de viabilidad de la versión española del PAS-ADD10 son, en general, aceptables. No obstante, existen una serie de limitaciones relacionadas con la aceptabilidad y con la practicalidad del instrumento.

El programa Catego5 está diseñado para el sistema SCAN y contiene un número de ítems mucho mayor que la entrevista PAS-ADD, lo cual dificulta la introducción en la base de datos de las puntuaciones concretas, lo que aumenta las posibilidades de error. La versión original del PAS-ADD dispone de un programa específico de introducción de datos en el que se han seleccionado únicamente los ítems del SCAN contenidos en el PAS-ADD. Esta versión no está disponible en castellano.

Otra dificultad se refiere al nivel de entrenamiento requerido para utilizar la entrevista. El PAS-ADD 10 sólo debe ser utilizado por entrevistadores con experiencia tanto en el campo de la discapacidad intelectual como de la

enfermedad mental, que hayan sido previamente formados en el sistema SCAN en un centro reconocido por la OMS.

El entrevistador debe recibir además un curso de entrenamiento en la administración del PAS-ADD. Este sistema de entrenamiento es excesivamente complejo y tiene un alto coste. De todas formas, hemos constatado la eficacia que puede tener la formación en este tipo de evaluación para el aprendizaje de la evaluación psiquiátrica estandarizada del RM.

COMENTARIOS SOBRE EL ESTUDIO DE FIABILIDAD

La fiabilidad test-retest ha sido menor que la fiabilidad inter-examinadores. Posiblemente ello sea debido a la variabilidad en el relato de los síntomas por parte de personas con discapacidad intelectual más que a ses-

gos intrínsecos al instrumento o a errores de puntuación cometidos por el evaluador principal. Desafortunadamente, no tenemos ningún punto de referencia con el que comparar nuestros resultados, ya que el estudio de fiabilidad de la versión original se limitó a la fiabilidad inter-examinadores (Costello y cols., 1997).

En el estudio de fiabilidad inter-examinadores, llama la atención la baja concordancia obtenida en la sección sobre comportamiento, lenguaje y afecto ($\kappa=0,17$) con respecto al estudio de fiabilidad test-retest ($\kappa=0,60$). Estos desacuerdos podrían deberse a que los ítems de esta sección disponen en la entrevista de ejemplos concretos para ilustrar los síntomas, lo cual puede llevara pasar por alto las definiciones diferenciales de los glosarios SCAN y PAS-ADD.

Otro aspecto a considerar es que la mayoría de los ítems con prevalencias superiores al 10% correspondían a

secciones sobre sintomatología neurótica. Se destacan las bajas prevalencias obtenidas en las secciones sobre abuso de alcohol y drogas así como en todas las secciones correspondientes al módulo psicótico y en los ítems referentes a catatonía. Posiblemente, el presente estudio hubiera arrojado resultados más concluyentes de haberse realizado en una muestra de pacientes con mayor prevalencia de diagnóstico dual y con mayor actividad y variedad sintomatológica. A este respecto cabe destacar que las poblaciones con las que se realizaron los estudios de fiabilidad (Costello y cols., 1997) y validez (Moss y cols., 1997) de la versión original, habían sido referidas por servicios psiquiátricos especializados.

Si comparamos el estudio de fiabilidad inter-examinadores con el de la versión original (Costello y cols., 1997), observamos que el valor kappa medio para todos los ítems es similar (0,68 y 0,65 respectivamente). No obstante se aprecian, para la mayoría de los ítems referentes a síntomas de ansiedad, valores kappa significativamente superiores en el estudio de la versión española. Estas diferencias podrían deberse a las variaciones en el nivel de RM de ambos estudios. En el estudio de la versión original el CI medio era de 39,17, siendo de 54,08 en el estudio de la versión española. Muy posiblemente, la consistencia en la puntuación de los síntomas sobre ansiedad, al igual que los síntomas pertenecientes a otras categorías diagnósticas, aumente con el CI del entrevistado.

COMENTARIOS SOBRE EL ESTUDIO DE VALIDEZ

Los resultados obtenidos a través de la entrevista clínica abierta son considerablemente más acordes con el diagnóstico definitivo que los obtenidos mediante la entrevista PAS-ADD. Hasta el momento, exceptuando algunos instrumentos de cribaje, no exis-

ten en español métodos estandarizados de exploración psiquiátrica para sujetos con discapacidad intelectual, con los que comparar los resultados obtenidos en el presente estudio. En la actualidad la entrevista clínica abierta es el único método disponible con el que contrastar los resultados si bien plantea dudas sobre su fiabilidad en esta población.

En general, se puede concluir que nuestros resultados reflejan que el PAS-ADD y/o el sistema diagnóstico (Catego5) pudieran presentar problemas de validez. En nuestro estudio constatamos un sobrediagnóstico de trastornos de ansiedad, infradiagnosticándose los trastornos afectivos y psicóticos.

Entrevista a informadores

La discordancia entre los diagnósticos Catego5 y Definitivo refuerza la necesidad de entrevistar a informadores para obtener un diagnóstico válido en población con discapacidad intelectual y la necesidad de contar con un algoritmo de uso combinado de ambas puntuaciones de la entrevista. Los autores originales sugieren emplear las puntuaciones más graves obtenidas en cada entrevista (con el paciente o el informante) para el diagnóstico Catego, pero este sistema no ha sido evaluado formalmente (Moss, comunicación personal).

Sin embargo, en el caso del RM la evaluación de la fiabilidad interinformadores se ve dificultada por una serie de factores que deben tenerse en cuenta: 1) la información aportada por familiares y cuidadores es cualitativamente distinta y no puede compararse con los criterios de fiabilidad tradicionales. 2) La información aportada por 2 cuidadores diferentes está sometida a fuentes de sesgo no controladas en los estudios tradicionales como diferentes grados de formación, de conocimiento del sujeto y de relación con el mismo en ámbitos diferentes (p.ej: en taller ocupacional y

en residencia). Todo ello hace que el grado de homogeneidad que podría conseguirse a este nivel en una institución psiquiátrica no se dé en atención en la comunidad, favoreciendo un descenso en el acuerdo interinformadores (Salvador Carulla 1998).

Periodo evaluado

Coincidimos con los autores de la versión original (Moss y cols., 1997) en que en conjunto, la considerable proporción de sujetos de la muestra que no reciben un diagnóstico PAS-ADD (16%) en comparación con el diagnóstico definitivo, puede ser un reflejo de la "instantánea" del estado mental que proporciona la evaluación del estado clínico actual (present state). El PAS-ADD presenta algunos problemas de tipo estructural, como un excesivo peso del estado actual, sin una evaluación adecuada de los antecedentes psiquiátricos o de grupos psicopatológicos específicos. Existen problemas también en la evaluación de los trastornos de conducta, y en su diferenciación de síntomas psicopatológicos específicos.

COROLARIO

El PAS-ADD 10, a pesar de sus limitaciones, supone un avance notable para el desarrollo de sistemas de evaluación psiquiátrica estandarizada del RM. Su utilidad como herramienta de aprendizaje resulta evidente, su fiabilidad es alta y presenta grandes posibilidades de aplicación para evaluación sistemática en estudios clínicos. Sin embargo es necesario revisar algunos aspectos relacionados con su estructura y contenido (p. ej., historia previa, evaluación de problemas de conducta), el proceso de entrenamiento, la aplicación del sistema Catego y el uso combinado de las puntuaciones obtenidas de pacientes e informadores, al menos en la versión Española.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- American Psychiatric Association (APA). (1995). *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales*. DSM - IV. Barcelona, Masson SA.
- Bouras, N. (1993). *Assessment and Information Rating Profile (AIRP)*. Section of Mental Handicap. Londres: Division of Psychiatry. Guy's Hospital.
- Costello, H.; Moss, SC.; Prosser, H. y Hatton, C. (1997). Reliability of the ICD 10 version of the psychiatric assessment schedule for adults with developmental disability (PAS-ADD). *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*, 32: 339-343
- Feinstein, AR. (1985). *Clinical Epidemiology*. WB Saunders: Philadelphia.
- Kramer, MS. y Feinstein, AR. (1981). Clinical biostatistics: LIV. The biostatistics of concordance. *Clin Pharmacol Ther*, 29: 111-123.
- Montero Centeno, D. (1993). *Evaluación de la conducta adaptativa en personas con discapacidades. Adaptación y Validación del iCAP. Recursos e Instrumentos Psicopedagógicos*. Dpto. de Investigación y Evaluación Educativa ICE de la Universidad de Deusto. Bilbao, Ediciones Mensajero S.A.
- Moss, SC.; Godberg, D.; Patel, P.; Prosser, H.; Ibbotson, B.; Simpson, N. y Rowe S. (1996). *The psychiatric assessment schedule for adults with developmental disability (PAS-ADD)*. Hester Adrian Research Centre and The Institute of Psychiatry.
- Moss, S.; Emerson, E.; Bouras, N. y Holland, A. (1997). Mental disorders and problematic behaviours in people with intellectual disability: future directions for research. *Journal of Intellectual Disability Research*, 41(6): 440-447.
- Moss, S. (1995). Methodological issues in the diagnosis of psychiatric disorders in adults with learning disability. *Thomfield Journal* (Univ. of Dublin); 18: 9-18.
- Organización Mundial de la Salud (OMS) (1992). CIE 10. *Décima Revisión de la Clasificación Internacional de Enfermedades. Trastornos Mentales y del Comportamiento. Descripciones Clínicas y Pautas para el Diagnóstico*. Madrid: Meditor.
- Organización Mundial de la Salud (OMS) (1992a). CIE 10. *Décima Revisión de la Clasificación Internacional de Enfermedades. Trastornos Mentales y del Comportamiento. Conjunto de Criterios Diagnósticos de Investigación (CDI-10)*. Madrid: Meditor.
- Room, R.; Janca, A.; Bennett, LA.; Schmidt, L. y Sartorius, N. (1996). WHO cross-cultural applicability research on diagnosis and assessment of substance use disorders: an overview of methods and selected results. *Addiction*, 91(2): 199-220.
- Salvador Carulla, L.; Rodríguez- Blázquez, C.; Ángel, A., Rodríguez de Molina, M. y Alonso, F. (1998). Mental retardation and psychiatric morbidity in a vocational programme. *Journal of Vocational Rehabilitation*, 11: 215-221
- Salvador, L.; García-Mellado, Mi.; Velázquez, R.; Romero, C. y Alonso, F. (1998a). A reliability study of the Spanish version of the Social Behaviour Schedule (SBS) in a population of adults with learning disabilities. *Journal of Intellectual Disability Research*, 22-28.
- Vázquez Barquero, JL. (1993a). SCAN: *Cuestionarios para la Evaluación Clínica en Neuropsiquiatría*. Glosario: Definiciones diferenciales de los ítems del SCAN y comentarios sobre el texto. Madrid: Meditor.
- Vázquez Barquero, JL. y Gaité, L. (1993b). *Catego5: Manual de los programas de introducción de datos y elaboración diagnóstica. SCAN: Cuestionarios para la Evaluación Clínica en Neuropsiquiatría*. Pfizer S.A.: Edición limitada.
- Vázquez Barquero, JL. (1993). SCAN: *Cuestionarios para la evaluación clínica en neuropsiquiatría*. Madrid: Meditor.
- Weschler, D. (1993). WAIS: *Escala de Inteligencia de Wechsler para Adultos*. Manual. Edición ampliada. Madrid: TEA Ediciones.
- Wing, JK.; Babor, T.; Brugha, T.; Burke, J.; Cooper, JE.; Giel, R. *et al.* (1990). SCAN: Schedules for Clinical assessment in neuropsychiatry. *Arch Gen Psychiatry*, 47: 589-593.
- World Health Organisation (WHO) (1994). *Schedules for Clinical Assessment in Neuropsychiatry, Version 2*. Ginebra: WHO.