

## **CAPÍTULO II**

---

# **ENFERMEDAD MENTAL Y DISCAPACIDAD INTELECTUAL**

### **PREVALENCIA DE LOS TRASTORNOS MENTALES EN LA DISCAPACIDAD INTELECTUAL**

Los datos sobre el porcentaje de trastornos mentales en personas con retraso mental son extremadamente variados y dispares, oscilando entre el 10 y el 50% de los casos. A esta variabilidad contribuyen diversos problemas metodológicos: emplazamiento o área de cobertura, gravedad del retraso mental, representatividad de las muestras, uso de instrumentos estandarizados y sistemas de diagnóstico, y categorías diagnósticas consideradas en el análisis. Los estudios publicados en nuestro país en centros ocupacionales señalan una tasa entre el 20 y el 35%.

Lo que sí parece evidente es que un elevado número de casos permanece oculto, es decir, tenemos extremas dificultades para identificar los problemas de salud mental, dado que en la mayoría de las ocasiones se mostrará en forma de conducta desafiante.

En un estudio sobre 205 personas con retraso mental asistidas en

centros comunitarios, sólo uno de cada cuatro de los sujetos con trastornos psiquiátricos fue diagnosticado. En nuestro entorno, en un centro de empleo con un alto nivel de atención, el 50% de los trastornos psiquiátricos no había sido diagnosticado previamente.

## **POSIBLES CAUSAS DE LOS TRASTORNOS MENTALES EN LA DISCAPACIDAD INTELECTUAL**

Tradicionalmente se ha sostenido que las causas de los trastornos mentales que aparecen en personas con retraso mental deben ser similares a las de los individuos con inteligencia normal. Sin embargo, la experiencia clínica apunta en otra dirección. Es cierto que una persona con retraso mental puede experimentar problemas mentales similares a los del adulto normal, sobre todo si pertenece al grupo “A” del gráfico 1. Sin embargo, debido a sus menores desarrollo cognitivo y habilidades de comunicación, así como al incremento de riesgos de deterioro físico y enfermedades asociadas, en las personas con retraso mental que incluiríamos en los grupos “C y D” del gráfico 1 (retraso mental moderado, grave y profundo), los trastornos mentales se presentarán generalmente en forma de alteraciones de la conducta, señales físicas y quejas. De hecho, el número y tipo de trastornos, los patrones de respuesta al tratamiento farmacológico y el curso evolutivo no coinciden con los observados en adultos con CI normal, siendo tanto más alejados de éstos en la medida que la afectación del retraso mental es más grave.

Así pues, la manifestación clínica de un trastorno, su gravedad y la afectación sobre el funcionamiento, no pueden verse como el resultado de una causa única, aunque exista una conocida. Son el resultado de una interacción entre numerosos factores y mecanismos, los cuales determinan finalmente la adaptación social de la persona.

Se han propuesto muchas explicaciones posibles para la elevada presencia de trastornos mentales en sujetos con retraso mental. Fraser

y Nolan (1995) señalan que las lesiones cerebrales interactuarían con otros factores psicológicos y ambientales y otras circunstancias para producir trastornos mentales.

Podemos diferenciar tres grandes grupos de factores que interactúan entre sí y que determinan la adaptación psicosocial final del individuo:

### **A. Factores biológicos:**

- Las **alteraciones en la función cerebral** presentes en el retraso mental podrían predisponer al desarrollo de un trastorno mental. Por ejemplo, las alteraciones estructurales del lóbulo frontal pueden producir apatía, aislamiento o desinhibición.
- Los **fenotipos comportamentales**, descritos en el próximo capítulo, pueden asociarse a alteraciones conductuales y enfermedades mentales específicas. Por ejemplo, el síndrome de X Frágil suele acompañarse de autolesiones, hiperactividad y tendencia a la ansiedad, el síndrome de Prader Willi se asocia a hiperfagia indiscriminada y el síndrome velo-cardio-facial a una mayor frecuencia de esquizofrenia.
- La **epilepsia** presente en 14-24% de personas con retraso mental puede asociarse a problemas mentales y alteraciones conductuales.
- Algunos **trastornos endocrinos y metabólicos**, como la disfunción de la glándula del tiroides presente en un 30% de personas con síndrome de Down, se asocian a síntomas de enfermedad mental.
- La interacción entre el **entorno y discapacidades físicas/sensoriales**: la espasticidad, los problemas motores, enfermedades que causen dolor o malestar, las dificultades de visión y las limitaciones comunicativas, pueden provocar de forma indirecta trastornos

del estado mental.

- La **medicación** puede ocasionar también efectos colaterales en el comportamiento.

## **B. Factores psicológicos:**

Este grupo incluye aquellos factores que contribuyen, por un lado, a la baja autoimagen del individuo y, por otro, a limitar el repertorio de funciones mentales de la persona. La mayoría de los sujetos con retraso mental, especialmente en el rango de límite y ligero (80% de los casos totales de retraso mental), son conscientes de su deficiencia, de sus defectos y del rechazo del medio hacia ellos. Sin embargo, debido a sus propias deficiencias en el pensamiento conceptual y en la capacidad de comunicación, entre otras, pueden tener problemas a la hora de desarrollar estrategias de afrontamiento. En lugar de ello, pueden desarrollarse problemas conductuales y/o mentales. Las conductas inapropiadas pueden provocar rechazo social y estigmatización que, a su vez, puede relacionarse con depresión. La adaptación social puede estar además entorpecida por factores de personalidad tales como la intolerancia frente a los cambios. Las dificultades de comunicación suelen ser un factor crucial en el control de los impulsos y en la inadaptación social.

En resumen, estos factores incluyen:

- Déficit **intelectual** y de memoria.
- Alteración del **juicio y falta de iniciativa** (por ejemplo, por disfunción frontal).
- Baja **autoestima**.
- Problemas en el **aprendizaje**.
- Baja **tolerancia al estrés** y las frustraciones.
- **Estrategias de afrontamiento/mecanismos de defensa** inadecuados (por ejemplo, regresión ante el estrés, ira ante la frustración).
- Falta de **habilidades de solución de problemas** por déficit del

pensamiento abstracto.

- **Secuelas psicológicas** de la patología, los déficits y la discapacidad subyacente: imagen corporal, espasticidad, limitación de la movilidad, déficits sensoriales visuales y auditivos, problemas de la comunicación y del lenguaje.
- Dificultades en el desarrollo de las **relaciones sociales y otras habilidades de supervivencia**.

### C. Factores ambientales/socioculturales:

Los sujetos con retraso mental están sometidos a diferentes tipos de estrés ambiental, quizás incluso más que las personas sin retraso mental. En los sujetos sin comunicación verbal que conviven en grupos, donde se les demanda conformidad y sumisión, las explosiones conductuales pueden ser sólo una manera de comunicar sus sentimientos o de asumir algún control. Incluso a personas con retraso mental leve, totalmente capacitadas, con frecuencia no se les permite decidir sobre sus propias vidas.

Estos factores incluyen:

- **Problemas en la relación** con los padres, otros familiares, cuidadores y personas del entorno (expectativas confusas e inapropiadas, sobreprotección, rechazo).
- Falta de **apoyo emocional**.
- **Abuso** sexual y psicológico.
- **Distrés** y desgaste de los **cuidadores** ('burn-out').
- **Diferentes estrategias** de manejo de los problemas del sujeto por distintos cuidadores (respuestas/actitudes de refuerzo inadecuadas).
- **Acontecimientos vitales** Mayores (duelo, pérdidas, enfermedad de los padres) y acontecimientos vitales Menores (por ejemplo, cambios en el entorno inmediato). Debe tenerse en cuenta que ciertos acontecimientos de poca importancia para el adulto nor-

- mal, pueden ser mayores para el adulto con retraso mental.
- **Dificultades de acceso** a los servicios comunitarios y de salud.
  - **Falta de integración** sociolaboral.
  - **Excesivas demandas** o “presión sobre la producción” en entornos laborales. Es preciso adecuar el trabajo a las necesidades individuales y posibilidades de cada individuo.
  - **Etiquetado**, rechazo de la sociedad, estigma, discriminación.

## **EVALUACIÓN DEL ESTADO MENTAL EN PERSONAS CON RETRASO MENTAL: PROBLEMAS Y RECOMENDACIONES**

La validez de las hipótesis sobre lo que le pasa a la persona basadas en el mero juicio individual es muy cuestionable, y más aún en esta población, no sólo porque es difícil o a veces imposible entrevistarla, sino también porque:

- a) el número de profesionales expertos en este campo es pequeño,
- b) la formación es insuficiente,
- c) aún hay enormes desacuerdos entre los profesionales sobre las condiciones necesarias para un diagnóstico específico,
- d) y no existe el hábito del trabajo multidisciplinar en equipo.

En este sentido, conviene recordar que la escasa comunicación y coordinación entre los miembros de un equipo, así como las actitudes y creencias individuales de sus miembros, son las primeras dificultades a resolver cuando pretendamos evaluar los trastornos mentales que presenta una persona con retraso mental.

### **Principales problemas en la evaluación de los trastornos mentales en el retraso mental**

A la hora de evaluar el estado de salud mental de sujetos con retraso mental, se plantean tres tipos de problemas:

#### **A. Atribuibles al sujeto/informador**

## **B. Atribuibles al entrevistador**

## **C. Atribuibles al método de evaluación**

### **A. Atribuibles al sujeto/informador**

Se han descrito una serie de variables que dificultan la exploración en sujetos con retraso mental:

1. **Distorsión intelectual** - Hace referencia a la disminución de la capacidad para observar y describir la propia conducta y estado como consecuencia de la afectación de la **capacidad de razonamiento**, de los problemas **lingüísticos, fonológicos y comunicativos** (por ejemplo, incapacidad para expresar experiencias mentales complejas) y de **trastornos asociados** (déficits sensoriales, autismo), que impiden la expresión de las características del trastorno o conducen a confusión, diagnosticándose un trastorno por otro (por ejemplo, autismo vs. esquizofrenia).
2. **Enmascaramiento psicosocial** - Se refiere al efecto de la discapacidad (inteligencia, relaciones interpersonales y sociales) y al empobrecimiento de las experiencias vitales sobre el contenido de los síntomas.  
*Por ejemplo, una ideación de grandeza en un adulto con discapacidad puede consistir en la manifestación de que él va a ser el próximo conductor de la furgoneta, que será monitor, etc.*
3. **Desintegración cognitiva** - Se refiere a las dificultades en el procesamiento de información que en una persona con retraso mental pueden reflejarse como conductas extravagantes, erróneamente “etiquetadas” como psicóticas.
4. **Exageración de base** - Hace referencia a que todo cambio debe basarse en diferencias sobre la conducta habitual del sujeto. De ahí la importancia de las evaluaciones periódicas y de los registros conductuales.

*Si la persona ha sido hiperactiva desde la niñez no podemos atribuir este rasgo de conducta a un trastorno mental.*

Aparecen, además, dificultades prácticas cuando se entrevista a personas con retraso mental con finalidad exploratoria. En primer lugar, las personas con retraso mental son más susceptibles a la **aquiescencia**, por lo que tienden a dar la respuesta que creen que el evaluador quiere oír, especialmente si han tenido experiencias negativas en sus relaciones con los psiquiatras.

*Un sujeto con retraso mental ligero, al ser explorado por el médico, preguntaba: “¿Qué me vas a dar? ¿Me vas a ingresar?”. Posiblemente recordaba experiencias pasadas en las que sus respuestas conducían a un tratamiento que le dormía o le provocaba movimientos no deseados, o que le conducían directamente a un Hospital Psiquiátrico. Según las aclaraciones del médico, la persona era capaz de responder a favor de sus propios intereses.*

Por otra parte, los sujetos con retraso mental suelen tener problemas a la hora de mantener la atención. Con frecuencia, estas personas suelen ser también más susceptibles al **cansancio** y al **temor** o los **sentimientos de fracaso**, sobre todo si las preguntas representan algún grado de dificultad (por ejemplo, las referidas a conceptos espaciales y temporales).

**Tabla 6. - Cómo prevenir el sentimiento de fracaso**

- |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <ul style="list-style-type: none"><li>✓ Utilizar un lenguaje no verbal adecuado.</li><li>✓ Utilizar un lenguaje lo más simple posible.</li><li>✓ Dar a elegir entre dos palabras.</li><li>✓ Utilizar la forma interrogativa más simple posible:<ul style="list-style-type: none"><li>- “<i>Qué</i>”, es la forma más simple.</li><li>- “<i>Por qué</i>”, demanda una descripción del evento o el comportamiento de alguien.</li></ul></li></ul> |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|

- “*Cuál*”, demanda una comparación entre dos o más elementos.
- ✓ Utilizar formas interrogativas en positivo:
  - *¿Puedes permanecer sentado?, mejor que “¿No puedes permanecer sentado?”*
- ✓ Evitar frases subordinadas:
  - *¿Qué tal está el problema (recordarlo) del que hablamos la última vez (recordar cuando fue)?, mejor que: “La última vez hablamos de un problema, ¿Cuéntame qué tal está ahora ese problema?”.*
- ✓ Utilizar adverbios y adjetivos con medida.
- ✓ Utilizar descripciones concretas:
  - *¿Cuál es tu trabajo?, mejor que: ¿En qué te ganas la vida?*
  
- ✓ Utilizar verbos activos mejor que pasivos:
  - *¿Hiciste algo?, mejor que: ¿Fue algo hecho por ti?*
- ✓ Utilizar el tiempo indicativo, no subjuntivo:
  - *¿Sientes que va a pasar algo grave?, mejor que: ¿Sientes que algo grave pudiera ocurrir?.*
- ✓ Utilizar el presente simple si es posible:
  - *¿Estás inquieto?, mejor que: ¿Has estado inquieto?*
- ✓ Utilizar definiciones “patrón” de los síntomas:
  - Situaciones en las que los síntomas suelen darse y que resultan familiares.
  - Por ejemplo: Para investigar un aumento de la frecuencia cardíaca como expresión de ansiedad, podemos preguntar: *¿Tu corazón late deprisa? Pero es más comprensible si preguntamos: Cuando corres mucho, sientes que tu corazón va muy deprisa, ¿verdad? Pon la mano sobre el corazón y muéstrame qué pasa cuando corres. Cuando estás sentado sin correr, ¿sientes también que a veces tu corazón va muy deprisa?*
- ✓ Utilizar acontecimientos de referencia para disminuir las dificultades de orientación en el tiempo.
  - Por ejemplo: para investigar desde cuando está presente el aumento

de frecuencia de los latidos del corazón podemos preguntar: *¿Desde cuando sientes que tu corazón va más deprisa?, o mejor: ¿Desde la fiesta de fin de año, sientes que tu corazón va más deprisa?*

- El acontecimiento de referencia debe investigarse antes de iniciar la entrevista y puede ser diferente en cada sujeto. Tiene que estar relacionado con algún evento en el que la persona haya participado y recuerde perfectamente.

## **B. Atribuibles al entrevistador**

El **sentimiento de fracaso**, tal como lo hemos descrito, se presenta también cuando la persona que realiza la evaluación se ve incapaz de “conectar” con el sujeto afectado. Suelen ser frecuentes expresiones del tipo: *“Me siento incómodo”, “no sé cómo preguntar”, “me siento inseguro e impotente”*.

**Enmascaramiento diagnóstico:** Existe una tendencia a menospreciar los trastornos mentales en el retraso mental. Estos errores en el diagnóstico pueden deberse a un problema conocido como enmascaramiento diagnóstico, también traducido del término inglés *overshadowing*, como ensombrecimiento o eclipsamiento. Desde este punto de vista acabamos por atribuir la conducta de la persona (por ejemplo, heteroagresividad) a su retraso mental, considerando como “normales” y “propias de las personas con retraso mental” determinadas conductas (por ejemplo, deterioro cognitivo por demencia en un síndrome de Down) o simplemente no se detectan y exploran (por ejemplo, aislamiento social por un síndrome depresivo).

## **C. Atribuibles al método de evaluación**

A pesar del desarrollo de cuestionarios y escalas de evaluación de los trastornos mentales, la entrevista persiste como el método definitivo sobre el que se basa el diagnóstico de las enfermedades mentales. Por otro lado, contamos con pocos instrumentos de evaluación estandarizados específicamente para retraso mental. Hasta hace poco, las

escalas utilizadas carecían de estudios de fiabilidad y validez y/o no habían sido adaptadas a población con retraso mental.

## **Recomendaciones para la evaluación de los trastornos mentales en el retraso mental**

Los problemas señalados en el apartado anterior han dado lugar a un intenso debate entre diferentes grupos de trabajo en el sector, que han dado sus frutos en diversas recomendaciones y guías sobre cómo evaluar y explorar los trastornos mentales y/o conductuales en las personas con retraso mental.

### **A. Evaluación del estado mental**

Si bien es posible aplicar los principios básicos de la evaluación del estado mental a personas con discapacidad intelectual, está claro que las técnicas diagnósticas deben adaptarse al nivel de desarrollo del individuo, especialmente a sus habilidades comunicativas. Es necesario asegurarse de que han entendido la pregunta y pueden responderla adecuadamente, aportándole los medios no verbales precisos, cuando sea necesario. Resulta también de gran interés valorar su grado de visión, audición, memoria y capacidad de concentración para poder valorar después correctamente la respuesta.

Las recomendaciones mencionadas más arriba pueden dividirse en cuatro apartados:

#### **- Fuentes de información**

En general, para la evaluación de enfermedades mentales en personas con retraso mental hay que basarse en múltiples fuentes de información entre las que destacan las entrevistas, la observación de la conducta en el contexto habitual, las entrevistas al propio sujeto, cuidadores y familia, la evaluación psicométrica que incluya la valoración del desarrollo de habilidades sociales, personalidad y conducta adaptativa, y las evaluaciones médicas biológicas.

Existen sistemas para recabar información de informadores en contacto con la persona afectada cuando no es posible entrevistarla (por ejemplo, a partir de la información recogida en el inventario PAS-ADD).

### **Ejemplos de buenas prácticas**

- La persona evaluada conoce bien a quien le está entrevistando.
- El evaluador pregunta a diferentes personas sobre el estado del sujeto afectado.
- Las personas (familia o cuidadores) que acompañan al sujeto en la evaluación, le conocen bien y mantienen muy buenas relaciones con él.
- La evaluación se basa en el análisis de diferentes pruebas y registros conductuales.

### **- Dónde realizar la entrevista**

Debemos ser flexibles sobre el lugar donde realizar la entrevista (domicilio, centro de día, unidad asistencial) y en cuanto a su duración (fraccionarla o efectuar interrupciones para evitar el cansancio). En la medida en que sea posible, debe evaluarse al sujeto en un entorno que le sea familiar. A veces es necesario evaluarle en diferentes lugares (domicilio, centro ocupacional). Los cuidadores que lo acompañen deben conocerlo bien para aportar información relevante. Debe dedicarse un tiempo a la entrevista a solas con el paciente, aún en casos en los que la capacidad verbal sea limitada.

### **Ejemplos de buenas prácticas**

- Se llevan a cabo evaluaciones en diferentes entornos (hogar-residencia, centro de día, taller, entornos comunitarios, etc.).
- Los entornos en los que se lleva a cabo la evaluación son los más conocidos y familiares para la persona evaluada. (¡mejor el taller que la consulta!).
- Si es necesario explorar al sujeto en diferentes entornos, el evaluador se adapta a las necesidades de la persona (mejor: *lo intentamos y seguimos en otro momento, que ¡debemos acabar hoy!*).

## - Técnicas de entrevista clínica

Ya hemos comentado las dificultades de la entrevista a personas con retraso mental. Emerson (1998) y Deb y cols. (2001) describen una interesante serie de técnicas para la entrevista a pacientes con retraso mental, que resumimos en la siguiente tabla.

### **Ejemplos de Buenas prácticas**

- El evaluador prepara la entrevista de antemano según las necesidades del individuo, entrevistándose previamente con los cuidadores y/o familia.
- El evaluador informa a la persona sobre el objetivo de la entrevista.
- El evaluador respeta los aspectos de confidencialidad durante la entrevista (por ejemplo, pregunta si desea que la familia y/o el cuidador estén presentes durante la entrevista).
- Al inicio de la entrevista el evaluador realiza algunas preguntas muy sencillas para ganar la confianza de la persona explorada.

Hace sentirse cómodo al entrevistado.

- El evaluador conoce de antemano las habilidades/limitaciones comunicativas del sujeto a explorar y se adapta a las mismas durante la entrevista.
- El evaluador utiliza un lenguaje sencillo: frases simples, cortas, evitando el lenguaje técnico o complejo, las metáforas, las frases hechas o el doble sentido y las ambigüedades.
- Si es necesario, el evaluador utiliza sistemas facilitadores de la comunicación (dibujos, láminas, pictogramas, fotos, etc.).
- El evaluador se dirige al sujeto y trata de involucrarle en la entrevista durante la evaluación.
- El evaluador formula preguntas breves y abiertas y no cerradas. A veces, si son excesivamente abiertas pueden confundir del sujeto (por ejemplo, *¿cómo te encuentras hoy?*, *¿Qué es lo que más te*

*gusta hacer en "x" -centro de día-?).*

- El evaluador evita entrar en cuestiones polémicas.
- Si es necesario, el evaluador repite las preguntas y solicita al sujeto que las repita para observar si las ha comprendido. Se asegura de la comprensión: repitiendo las preguntas, pidiéndole al sujeto que las repita él o que explique qué se le ha preguntado, o formulando preguntas contradictorias (por ejemplo, *¿estás nervioso?, ¿estás tranquilo?*).
- El evaluador evita formulaciones que impliquen una respuesta (por ejemplo, en vez de: *¿No te gusta vivir aquí, verdad?*; pregunta: *¿Qué tal estás en esta residencia?*).
- El evaluador es flexible y presta especial atención al cansancio del sujeto, suspendiendo la entrevista cuando éste manifieste signos de estar cansado (aumento de distracción, aparición de aquiescencia - el sujeto responde lo que cree que el evaluador desea oír.).

### **- ¿Qué debe contemplar la evaluación del estado mental?**

La entrevista para evaluar el estado mental de la persona con retraso mental debe recoger información adicional con respecto a las causas del retraso mental, las habilidades de supervivencia, los sistemas de apoyo, la conducta previa y otros factores que no son tan relevantes en la población general. En la Tabla 7 se señalan algunas recomendaciones para organizar la recogida de información.

**Tabla 7. Recomendaciones para organizar la recogida de información**

#### Antecedentes Familiares.

- Retraso mental.
- Enfermedades psiquiátricas, neurológicas (epilepsia, demencia) u otras enfermedades médicas de interés.

#### Historial Médico.

- Causa de retraso mental: no debe constar como desconocida a menos que se haya efectuado ya una exploración sistemática de la misma que no haya dado resultados.
- Condiciones del embarazo y del parto.
- Enfermedades físicas en el curso de la vida, con especial interés sobre aquéllas que puedan estar relacionadas con su retraso mental (epilepsia, hipotiroidismo, etc.); y sobre problemas recurrentes de salud (alergias, problemas respiratorios, dentales o digestivos).
- Déficits y discapacidades físicas con especial atención a déficits de la comunicación y el lenguaje, visión, audición y movilidad.
- Historial ginecológico, medidas de contracepción. Es necesario informarse sobre la capacidad de comprensión del sujeto sobre estos aspectos.
- Hábitos tóxicos teniendo en cuenta la dificultad del paciente para abordar el tema y la de obtener datos precisos sobre el consumo real a partir de su relato.
- Tratamientos farmacológicos. Efectos secundarios.
- Exploraciones previas: CI, examen físico, neurológico y neuropsicológico, analítica general, cariotipo y exploración genética, endocrinológica y metabólica, pruebas complementarias.
- Establecer la capacidad del sujeto para comunicar aspectos de su salud física (por ejemplo, dolor).

#### Antecedentes Psicosociales.

- Abordaje y afrontamiento de la familia ante el retraso mental.
- Relación con los miembros de la familia.
- Descripción detallada de la vida del paciente, comenzando por el parto y el nacimiento, y llegando hasta el momento actual, con especial atención a:
  - ✓ Desarrollo psicomotor.
  - ✓ Escolarización y rendimiento académico.
  - ✓ Socialización y red social.
  - ✓ Funcionamiento laboral.
  - ✓ Historia afectiva y psicosexual.
  - ✓ Actividades de ocio.

- ✓ Acontecimientos vitales mayores (pérdidas, abuso, traslados) y menores (por ejemplo, cambio de cuidador o de programa de integración).

Debe valorarse el impacto del acontecimiento sobre el individuo.

- Evaluación de su nivel de funcionamiento en las diferentes habilidades de supervivencia.
- Historia forense y situación administrativa (certificado de minusvalía, pensiones).

Entorno y medidas de apoyo (anteriores y actuales)

- Afrontamiento y estrategias de los padres ante el retraso mental.
- Medidas de apoyo e integración.
- Características de la red social.
- Características de su entorno (residencia, centro de integración, etc.).

Personalidad y conducta previa (antes de la patología mental)

- Inicio de cambios en la conducta y de funcionamiento del sujeto.
- Contactos previos con los Servicios de Salud Mental y diagnóstico previo (atender más al cuadro clínico que al diagnóstico ya que éste puede ser erróneo).
- Historial de abuso o dependencia de drogas (si es relevante).

### **Ejemplos de Buenas Prácticas**

- Si se desconoce la causa del retraso mental, el equipo se pone en contacto con un departamento de genética para realizar las pruebas pertinentes.
- Se recogen todos los datos significativos de la persona desde su nacimiento hasta la fecha actual.
- Se evalúa periódicamente (como mínimo cada año) el estado basal (habilidades y conducta) de la persona mediante escalas apropiadas.
- Se pone interés en tener registrados todos los medicamentos que ha tomado y toma la persona.
- Todas las personas conocen cómo identificar y registrar un posible efecto secundario de la medicación.

## **B. Exploración del estado mental y/o conductual**

En el retraso mental la observación directa del paciente es imprescindible. En muchas ocasiones es necesario requerir a uno o varios observadores que registren los cambios en el estado mental y la conducta del sujeto en sus diferentes entornos. Esta monitorización puede incluir sólo algunos aspectos básicos (sueño, apetito y peso, nivel de actividad, ciertos comportamientos diana), o plantearse de una forma exhaustiva (análisis funcional y análisis ecológico del comportamiento del sujeto, análisis multimodal). Las instrucciones para el evaluador deben ser muy claras, y a ser posible facilitándole un formato de recogida de información sencillo y estructurado.

### **Ejemplos de Buenas Prácticas**

- La evaluación del estado mental y conductual se lleva a cabo en equipo (psicólogo, médico, psiquiatra, enfermera, personal de atención directa, trabajador social, etc.)
- Se solicita una exploración del estado de salud general que incluye la visión y audición.
- Si es necesario, el médico solicita exploraciones complementarias (análisis, electroencefalogramas, pruebas de corazón, etc.)
- Para evaluar el estado mental y la conducta de la persona se definen “índices conductuales” y se ponen en marcha registros conductuales.
- Se controla y registra el peso de la persona cada semana
- Se registra el tiempo total de sueño de la persona durante el día.

### **- Sistemas de diagnóstico**

Recientemente se ha propuesto un nuevo sistema de diagnóstico de los trastornos mentales y/o conductuales en personas con retraso mental: *Criterios Diagnósticos para la Discapacidad Intelectual - DC-LD (Diagnostic Criteria for Psychiatric Disorders for Use with Adults with Learning Disabilities)* desarrollado por el Royal College of

Psychiatrist (2001). Este sistema se basa en tres ejes, y en el tercero (trastornos psiquiátricos) señala cuatro niveles con una serie de códigos diagnósticos (tablas 8 y 9).

**Tabla 8. Sistema diagnóstico para enfermedades mentales en el retraso mental**

- Eje I. Nivel del retraso mental
- Eje II. Causa del retraso mental
- Eje III. Trastornos psiquiátricos
  - Nivel A: Trastornos del desarrollo
  - Nivel B: Enfermedad Mental
  - Nivel C: Trastornos de personalidad
  - Nivel D: Problemas de conducta

**Tabla 9. SISTEMA DE CLASIFICACION MULTIAXIAL DC-LD: Eje III  
Trastornos psiquiátricos (códigos y niveles)**

- **Nivel A. Trastornos del desarrollo:**
  - Autismo infantil [F84.0]
    - Autismo atípico [F84.1]
      - Por edad de comienzo [F84.10]
      - Por sintomatología [F84.11]
      - Ambos (edad de comienzo y sintomatología) [F84.12]
    - Otros trastornos desintegrativos infantiles [F84.3]
    - Trastorno por hiperactividad asociado a RM y movimientos estereotípicos [F84.4]
    - Síndrome de Asperger [F84.5]
    - Otros trastornos del desarrollo [F84.8]
    - Trastorno del desarrollo no especificado [F84.9]
- **Nivel B: Enfermedad mental**
  - Trastornos psicóticos:
    - Esquizofrenia / trastorno delirante [equivalente a F20, F22, F23]
    - Trastorno esquizoafectivo [equivalente a F25]

- Otros trastornos psicóticos [equivalente a F28]

Trastornos afectivos:

- Episodio depresivo, trastorno afectivo bipolar, trastorno depresivo recurrente [equivalente a F32, F31.2 - F31.5, F33]
- Episodio maníaco, trastorno afectivo bipolar [equivalente a F30, F31.0 - F31.2]
- Episodio afectivo mixto, trastorno afectivo bipolar [equivalente a F31.6, F38.0]
- Otro trastorno afectivo especificado [F38.8]

Trastornos neuróticos y secundarios a situaciones estresantes:

- Trastorno por ansiedad generalizada [equivalente a F41.1]
- Trastorno de pánico [equivalente a F41.0]
- Agorafobia [equivalente a F40.0]
- Fobia social [equivalente a F40.1]
- Fobias específicas [equivalente a F40.2]
- Otro trastorno por ansiedad específico [F41.8]
- Trastorno obsesivo compulsivo [equivalente a F42]
- Reacción a estrés agudo [equivalente a F43.0]
- Trastorno de adaptación [equivalente a F43.2]
- Otras reacciones a estrés grave [F43.8]

• **Nivel C: Trastornos de personalidad**

- Trastorno de personalidad sin especificación [equivalente a F60.9]
- Trastorno paranoide de la personalidad [equivalente a F60.0]
- Trastorno antisocial de la personalidad [equivalente a F60.2]
- Trastorno de inestabilidad emocional de la personalidad [equivalente a F60.3, F60.31]
- Trastorno histriónico de la personalidad [equivalente a F60.4]
- Trastorno anancástico de la personalidad [equivalente a F60.5]
- Otros trastornos de la personalidad [equivalente a F60.8]

• **Nivel D: Problemas de conducta**

- Agresividad verbal
- Agresividad física
- Conducta destructiva
- Conducta autolesiva
- Conducta sexual inapropiada
- Conducta oposicional
- Conducta de demanda
- Deambulación
- Problemas conductuales mixtos
- Otros problemas de conducta

A continuación se ofrecen diversos ejemplos de cómo utilizar este sistema de clasificación desde un punto de vista clínico:

- *M<sup>a</sup> Carmen es una mujer de 38 años de edad que presenta retraso mental grave (Eje I) secundario al síndrome de Down (Eje II). Desde hace seis meses padece síntomas característicos de un trastorno obsesivo-compulsivo (Eje III - Nivel B) y conductas autoagresivas en forma de golpes en la cabeza con la mano (Eje III - Nivel D).*

- *José María es un hombre de 64 años de edad que presenta retraso mental moderado (Eje I) de causa desconocida (Eje II), con antecedentes de esquizofrenia desde hace 20 años (Eje III - Nivel B). Desde hace 2 años padece demencia (Eje III - Nivel B).*

- *Isabel es una mujer de 28 años de edad que presenta retraso mental ligero (Eje I), y esclerosis tuberosa (Eje II). No presenta alteraciones del estado mental y/o conductual (Eje III - Nivel B y D).*

**- Herramientas para la exploración**

En los últimos años se ha realizado un considerable esfuerzo por mejorar las técnicas de diagnóstico y evaluación de trastornos menta-

les en población con retraso mental. Actualmente se cuenta con más de 50 instrumentos aplicables en el retraso mental. Sin embargo, el número de instrumentos con una adecuada adaptación al castellano es mucho más escaso, y a ellos nos referiremos a continuación.

Se incluyen inventarios de síntomas, escalas de evaluación, entrevistas semiestructuradas, sistemas clínicos de información, baterías de evaluación clínica y sistemas estandarizados de diagnóstico.

Los sistemas clínicos de información son instrumentos multidimensionales para la recogida de datos sociodemográficos y clínicos que además pueden incluir inventarios o escalas de evaluación. Permiten elaborar bases de datos sociosanitarias para la clínica o la gestión administrativa. Las baterías son agrupaciones de varios instrumentos para un propósito concreto. Muchas exploraciones neuropsicológicas se basan en baterías de tests. La batería PAS-ADD es un ejemplo de batería clínica para tres niveles de formación y complejidad en exploración psicopatológica, desde el cuidador no experto hasta el profesional clínico experto en psicopatología del retraso mental.

***a) Inventarios y Escalas de evaluación psicopatológica:***

***Aberrant Behaviour Checklist (ABC) (Aman, 1985)***

La ABC es una escala de 58 ítems específicamente diseñada para evaluar los efectos del tratamiento a partir de las respuestas de informadores. Consta de cinco subescalas: irritabilidad y agitación, aislamiento social, conductas estereotipadas, hiperactividad y desobediencia, y lenguaje inapropiado. Esta estructura factorial ha sido confirmada por diversos estudios. La escala ABC ha demostrado ser sensible a los cambios conductuales en la mayoría de los estudios sobre efectos de tratamientos realizados hasta la fecha. Posteriormente, se ha elaborado una nueva versión (ABC-Comunitaria), destinada a sujetos integrados en la comunidad. La validez de esta nueva versión de la escala fue estudiada en 1.040 sujetos con retraso mental que vivían en pisos

asistidos, observándose una elevada concordancia con la primera versión de la ABC. La traducción al castellano ha sido llevada a cabo y publicada por el equipo de la Fundación INTRASS, siendo utilizada en diferentes estudios en nuestro ámbito.

***Diagnostic Assessment for the Severely Handicapped (DASH-II)***  
***(Matson et al., 1994)***

La escala DASH-II consta de 84 ítems que, a partir de las respuestas dadas por informadores, evalúan a personas adultas con retraso mental grave y profundo. El instrumento se divide en 13 subescalas: ansiedad, trastorno del ánimo, trastorno maníaco, autismo, esquizofrenia, estereotipias, autolesión, trastorno de la eliminación, trastorno de la alimentación, trastorno del sueño, trastorno sexual, síndromes orgánicos y problemas del control de los impulsos. A diferencia de otras escalas, valora la frecuencia específica, duración y niveles de gravedad de los trastornos. La muestra de estandarización incluía 506 personas *institucionalizadas*. El coeficiente alfa de fiabilidad interna osciló entre 0,2 y 0,84 puntos según escalas, con un valor medio de 0,52. La fiabilidad test-retest de la versión original oscila entre el 0,81 al 0,91, mientras que la fiabilidad inter-investigadores oscila entre 0,85 y 0,96.

La escala puede ser administrada por un entrevistador que esté en posesión de una titulación relacionada con el área sanitaria (psicólogo, diplomado en enfermería, trabajo social, médico, etc.). La persona que es entrevistada, el informante, debe ser un cuidador/a o familiar que conozca al sujeto evaluado como mínimo los últimos seis meses. Sin embargo, la interpretación de los resultados debe ser realizada siempre por un psiquiatra experto en psicopatología en personas con retraso mental.

El DASH-II ha sido traducido al castellano siguiendo un proceso de adaptación transcultural que garantizase la equivalencia con la versión original en inglés, y está siendo utilizado como instrumento de evaluación psiquiátrica en diversas instituciones y estudios.

### ***Mini-PAS-ADD (Prosser et al., 1998)***

Proporciona información sobre síntomas psiquiátricos a profesionales (trabajadores sociales, psicólogos, personal de enfermería, etc.) con el fin de facilitar la toma de decisiones acerca de posibles derivaciones a otros servicios u otros tipos de intervención especializada. Para utilizar este instrumento no es necesario tener un conocimiento específico en psicopatología, aunque sí es recomendable recibir formación sobre su uso. Forma parte de la batería PAS-ADD. Originalmente se planteó como un instrumento potencialmente útil para estudios de doble fase, pero el requerimiento de un conocimiento extenso del sujeto por el evaluador limita su aplicación en estudios epidemiológicos. Se ha traducido al castellano y su adaptación transcultural se halla en curso. Recientemente se ha planteado una segunda versión que sigue un sistema de entrevista semiestructurada análogo al PAS-ADD 10.

### ***Inventario PAS-ADD (Moss et al., 1998)***

Es un inventario de síntomas psiquiátricos que puede utilizarse para detectar problemas psiquiátricos en una población o para hacer un seguimiento en población de riesgo. No requiere entrenamiento ni cualificación específica, ya que ha sido diseñado para ser utilizado por cuidadores asistenciales y familiares. El Inventario parte del hecho de que son los cuidadores y familiares quienes antes perciben los cambios en la conducta de las personas a su cargo, aunque no tengan los conocimientos necesarios para comprender e interpretar dichos cambios. La información que ellos pueden proporcionar es crucial en el proceso diagnóstico.

Forma parte de una batería de instrumentos a tres niveles para evaluación psiquiátrica del retraso mental: Inventario PAS-ADD, escala de evaluación Mini PAS-ADD y entrevista semiestructurada PAS-ADD 10. El inventario PAS-ADD ha sido traducido al castellano y se halla en proceso de validación.

### ***Psychopathology Instrument for Mentally Retarded Adults (PIMRA) (Matson, 1988)***

Este inventario de síntomas contiene 56 ítems que cubren un amplio espectro psicopatológico basado en criterios DSM III-R modificados para sujetos con retraso mental. Proporciona una puntuación en ocho *tipos* de trastornos (subescalas): esquizofrenia, y trastornos afectivos, trastornos psicosexuales, trastornos adaptativos, trastornos de ansiedad, trastornos somatoformes, trastornos de la personalidad y trastornos de la adaptación social. Consta de dos versiones, una para el informador y otra para el paciente, con igual número de ítems. El lenguaje de la versión autoadministrada fue revisado para utilizar frases simples y palabras concretas que puedan ser comprendidas por este tipo de población. Una modificación del PIMRA se incluyó en el sistema clínico de información AIRP.

### ***Reiss Screen for Maladaptive Behaviour (Reiss, 1987)***

Se trata de una escala de 38 ítems para evaluar síntomas psiquiátricos o categorías comportamentales en población con retraso mental adolescente o adulta. La escala está dirigida a cuidadores, profesores y otros informantes a los que se interroga sobre el grado en que cada uno de los síntomas psiquiátricos evaluados constituye un problema actual en la vida del sujeto. La *Reiss Screen* cubre todo el rango de psicopatología, constituyendo un valioso método de *screening*, de manera que si algunas de las puntuaciones obtenidas están por encima del punto de corte establecido, se deriva al sujeto a un especialista para continuar la evaluación. La puntuación se establece de acuerdo con una escala de tres puntos que arroja al final un índice de la severidad de los problemas del sujeto. Diversos estudios han concluido que la escala es capaz de discriminar entre personas con y sin trastornos psiquiátricos de manera adecuada. La escala está traducida y validada al español por Rodríguez-Sacristán y cols. (1995).

Existe también una versión para niños (4-18 años), la *Reiss Scales for Children's Dual Diagnosis*, que contiene 60 ítems que ofrecen, de

un modo similar al instrumento para adultos, información sobre un amplio rango de trastornos psiquiátricos, incluyendo hiperactividad, autismo, pobreza de autoimagen y tendencia al aislamiento. También proporciona puntuaciones para problemas de conducta y síntomas significativos (episodios de llanto, alucinaciones, pica, autolesiones, problemas sexuales y tendencias suicidas). Se ha estimado un índice alfa de Cronbach de 0,91 para la puntuación total y de entre 0,63 y 0,86 para las escalas.

### ***Social Behaviour Schedule (SBS) (Wykes y Sturt, 1986)***

Es un instrumento de evaluación de problemas de conducta basado en los trabajos de Wing con pacientes psiquiátricos institucionalizados. El inventario cuenta con 21 ítems, que cubren otras tantas áreas de comportamiento. Éstas se refieren a una serie de problemas considerados por los investigadores como los más frecuentes en pacientes psiquiátricos crónicos, y que interfieren en su funcionamiento diario y en su vida socio-familiar. Estos ítems evalúan, mediante una escala tipo Likert, la capacidad del sujeto para relacionarse con los demás, la adecuación de su comportamiento social y la adaptación a las exigencias del medio donde vive. La información se refiere a la conducta del paciente durante el último mes a partir de la información obtenida en una entrevista semiestructurada con un informador clave. Además del perfil descriptivo, pueden obtenerse dos tipos de puntuaciones: problemas de conducta leves y graves (número de ítems con una puntuación igual o superior a 2) y problemas de conducta graves (número de ítems con una puntuación igual o superior a 3).

El SBS ha sido adaptado a la población española por Salvador y cols. (1994, 1998). El estudio de validación de la versión española arrojó los siguientes resultados: la evaluación de la fiabilidad test-retest alcanzó un porcentaje de acuerdo del 80% y valores kappa adecuados para la mayoría de los ítems de la escala. El porcentaje total de acuer-

do para la fiabilidad inter-evaluadores fue del 85% y los valores kappa oscilaron desde “acuerdo moderado” hasta “acuerdo casi perfecto” para el 25% de los ítems. Sin embargo, el análisis de fiabilidad inter-informadores arrojó peores resultados, con un porcentaje medio de acuerdo del 43% y valores kappa inadecuados en el 42% de los ítems, probablemente debido a factores de contexto (dificultad para encontrar informadores válidos, variabilidad de la conducta de los sujetos en un medio normalizado e integrado, etc.).

### ***Early Signs of Dementia Checklist (Visser, 1999)***

El cuestionario de signos precoces de demencia puede ser utilizado como método de detección temprana de deterioro cognitivo en personas con retraso mental. Consiste en un listado de 37 ítems dividido en nueve categorías. Con una consistencia interna de la versión original del 0,82 y una validez inter-examinadores del 0,80, podemos considerar las propiedades psicométricas del instrumento como satisfactorias.

### ***Dementia Questionnaire For Mentally Retarded Persons (DMR) (Evenhuis, 1995)***

El cuestionario DMR fue diseñado para facilitar el diagnóstico de demencia en adultos con retraso mental. No se trata de un instrumento que nos permita realizar un diagnóstico definitivo de acuerdo a los criterios DSM para la demencia, ya que las puntuaciones de los 50 ítems pueden verse modificadas por diversas enfermedades tanto físicas como psiquiátricas. Debemos, por tanto, utilizarlo como un método de criba de sujetos que deban ser evaluados de forma más extensa por un equipo especializado.

Debe ser respondido por un cuidador que conozca bien al sujeto evaluado durante tiempo suficiente. Cumplimentarlo no consume más de 15 - 20 minutos y proporciona información sobre diversas funciones cognitivas y sociales, que serán interpretadas por un profesional capacitado (médico o psicólogo).

Consta de ocho subescalas agrupadas en dos categorías:

A. Puntuaciones Cognitivas

1. Memoria reciente
2. Memoria remota
3. Orientación temporoespacial

B. Puntuaciones Sociales

4. Habla
5. Habilidades prácticas
6. Humor
7. Actividad e interés
8. Trastornos de la conducta

Las propiedades psicométricas de la prueba han sido analizadas por diversos estudios con resultados satisfactorios tanto en la validez inter-examinadores como en la consistencia interna.

Actualmente se está realizando la validación de la versión castellana del DMR

***Dementia Scale for Down Syndrome (Gedye, 1995)***

La Escala de Demencia para el Síndrome de Down (DSDS) fue diseñada para identificar la presencia o ausencia de demencia en adultos con retraso mental, especialmente en personas con síndrome de Down. En caso de demencia, puntuaciones diferentes en la escala indican si las características corresponden a los estadios precoz, medio o tardío de la demencia. Esta escala permite registrar la velocidad de deterioro o recuperación del funcionamiento. Existen una serie de “Preguntas de Cribaje” para el diagnóstico diferencial y “Patrones de ítems por Dominio” que nos pueden ayudar a decidir qué áreas justifican una investigación más a fondo por otros especialistas (pruebas de función auditiva, visual, tiroidea, etc).

El formulario de la DSDS ha sido diseñado para ser utilizado repetidamente en la misma persona para un total de hasta diez valoraciones, faci-

litando las comparaciones año a año o semestre a semestre, lo que a su vez contribuye a la detección precoz de la demencia. Debe ser administrado por un psicólogo con formación específica en administración, puntuación e interpretación de pruebas psicológicas, así como cierta experiencia en la valoración del funcionamiento intelectual. Al no requerirse la participación del sujeto, la escala permite valorar de forma fiable el deterioro cognoscitivo en personas con retraso mental grave y profundo.

En los estudios para determinar las propiedades psicométricas de la prueba se obtuvo una coeficiente Kappa de validez del 0,81 y una fiabilidad inter-observadores de 0,91.

Actualmente se está llevando a cabo la adaptación transcultural al español por el Instituto para la Atención y el Estudio en la Discapacidad Intelectual (INARP).

### ***b) Sistemas Clínicos de Información (SCI)***

#### ***Assessment and Information Rating Profile (AIRP) (Bouras, 1993)***

Se trata de un sistema informatizado para recogida de información clínica de la sección de Minusvalía Psíquica del Guy's Hospital de Londres. Es un instrumento compuesto por cuatro apartados: 1) Datos sociodemográficos y médicos; 2) Habilidades (*Skills Assessment Scale, SAS*); 3) Problemas conductuales; y 4) Síntomas Psicopatológicos (*Clinical Psychopathology Mental Handicap Rating Scale, CPMHRS*). La versión castellana de este instrumento ha sido adaptada por el Grupo de Evaluación en Medicina Psicosocial (Salvador y cols., 1995; 1998). Se han realizado además estudios de validación de las subescalas SAS y CPMHRS. La SAS arrojó índices de validez adecuados, con un porcentaje de acuerdo promedio inter-examinadores para cada uno de los ítems de la escala de 87,9%, índices kappa adecuados en más de la mitad de los ítems, mientras que el porcentaje de acuerdo ponderado promedio test-retest fue del 92,2% y el acuerdo promedio inter-informadores fue del 93,4%. Por su parte, el CPMHRS arrojó también buenos índices de vali-

dez. La fiabilidad test-retest e inter-evaluadores fue moderada o casi perfecta. Sin embargo, los resultados de la versión informada no fueron tan buenos, especialmente la fiabilidad inter-informadores. La consistencia interna fue moderada en la versión autoadministrada (alfa de Cronbach = 0,5) y buena en la versión informada (alfa de Cronbach = 0,7).

El AIRP se basa en una serie de instrumentos previos. La parte de habilidades se inspira en el DRS, DAS y cuestionarios de Wessex (SPI y SSL) y la parte psicopatológica es una versión abreviada del inventario de síntomas del PIMRA.

***Inventory for Client and Agency Planning (ICAP) (Bruininks et al, 1986)***

El ICAP es un instrumento diseñado para valorar y/o evaluar a usuarios con retraso mental en su estado actual, funcionamiento adaptativo y necesidades de servicios. El ICAP recoge para cada usuario información descriptiva, situación diagnóstica, limitaciones funcionales, conducta adaptativa, conductas problema, emplazamiento residencial, servicios de día, servicios de habilitación y apoyo, servicios de ocio y tiempo libre, información general y recomendaciones. La valoración de los diferentes ítems se hace según gravedad y frecuencia. También se registra la conducta y respuestas que las personas significativas del entorno emiten. A partir de los datos obtenidos, se puede extraer cuatro índices normativos de los problemas de conducta: Interno, Asocial, Externo y General. Su propósito principal es ayudar en la detección, valoración, manejo, planificación y evaluación de servicios para personas con deficiencia mental, discapacidad o minusvalía psíquica en general. El ICAP es útil para determinar las necesidades de servicios de un usuario y su evolución comportamental. Sus características técnicas, así como su facilidad de aplicación, le hacen particularmente valioso tanto en instituciones pequeñas como en grandes poblaciones. Ha sido diseñado para organizaciones que trabajan con usuarios de todas las edades y con una gran variedad de grados de habilidad. Este

instrumento está recomendado por la AAMR para la evaluación clínica y psicosocial de esta población.

El ICAP, que parte de dos instrumentos previos: el SIB (*Scales of Independent Behaviour*) y la *Woodcock-Johnson Psycho-educational Battery*, ha sido ampliamente utilizado en nuestro país. La estandarización de la versión castellana ha sido efectuada por la Universidad de Deusto y la Federación Vasca de Asociaciones en Favor de las Personas con Deficiencias Psíquicas (FEVAS).

### ***Adaptive Behavior Scale-Residential and Community -Second Edition (ABS-RC:2) (Nihira y cols, 1993)***

La Escala de Conducta Adaptativa-Residencias y Comunidad es la revisión del año 1993 de las anteriores versiones (1969, 1974) de las escalas de conducta adaptativa de la AAMD.

Los ítems de la presente edición han sido modificados desde el año 1969 como resultado del trabajo y revisión intensiva llevado a cabo por diferentes grupos de expertos en cada uno de los niveles de afectación del retraso mental. Los ítems resultantes de dicho proceso fueron seleccionados en función de la concordancia inter-examinadores y de su efectividad para discriminar entre sujetos que previamente habían sido clasificados en diferentes niveles de conducta adaptativa según la Clasificación del Retraso Mental de la AAMR, y entre diferentes niveles de conducta adaptativa en sujetos que asistían a escuelas públicas. La escala fue pasada a más de 4.000 sujetos con retraso mental, analizándose su validez en numerosos estudios.

El instrumento está dividido en dos partes. La primera se centra en la evaluación de la *independencia personal*, y está específicamente diseñada para analizar las capacidades del sujeto consideradas como importantes en el mantenimiento de la independencia y la responsabilidad en la vida diaria. Las conductas están agrupadas en 10 Dominios que engloban a 21 subdominios.

- I. Independencia
  - A. Comida
  - B. Uso del servicio
  - C. Limpieza
  - D. Apariencia
  - E. Cuidado de la ropa
  - F. Vestirse y desvestirse
  - G. Viaje
  - H. Otras actividades de independencia
- II. Desarrollo físico
  - A. Desarrollo sensorial
  - B. Desarrollo motor
- III. Destrezas económicas
  - A. Uso del dinero y presupuestos
  - B. Habilidad para ir de compras
- IV. Desarrollo del lenguaje
  - A. Expresión
  - B. Comprensión verbal
  - C. Desarrollo del lenguaje social
- V. Números y tiempo
- VI. Actividades domésticas
  - A. Limpieza
  - B. Cocina
  - C. Otros deberes domésticos cotidianos
- VII. Actividades prevocacionales y vocacionales
- VIII. Autodirección
  - A. Iniciativa
  - B. Perseverancia
  - C. Tiempo libre
- IX. Responsabilidad
- X. Socialización

La segunda parte de la escala hace referencia a las conductas de tipo social. En este caso las conductas se agrupan en ocho Dominios que nos proporcionan la evaluación las conductas adaptativas relacionadas con trastornos conductuales o de la personalidad.

- XI. Conducta social
- XII. Conformidad
- XIII. Confianza
- XIV. Comportamientos estereotipados e hiperactivos
- XV. Conducta sexual
- XVI. Comportamientos autoabusivos
- XVII. Comportamiento social
- XVIII. Comportamiento interpersonal molesto o perturbador

El ABS-RC:2 puede ser de gran utilidad para: a) evaluar las capacidades de un sujeto con retraso mental y determinar los puntos fuertes y debilidades a partir de los cuales podremos diseñar planes individuales de atención; b) identificar aquellos individuos cuyas capacidades adaptativas son significativamente inferiores a las de sus semejantes; c) registrar y documentar la evolución de la persona en función de los programas de intervención y d) como método de evaluación de la conducta en proyectos de investigación.

La escala ha sido traducida al castellano por el Departamento de Ciencias de la Educación de la Universidad de Burgos (García Alonso, I.) y está siendo validada por la Fundación INTRASS de Valladolid.

### *c) Entrevistas clínicas estandarizadas*

#### ***Psychiatric Assessment Schedule for Adults with Developmental Disabilities (PAS-ADD)(Moss, 1991)***

Es una modificación inicial del *Psychiatric Assessment Schedule* (PAS) para su uso en población con retraso mental que después se adaptó al sistema SCAN (*Schedule for Clinical Assessment in*

*Neuropsychiatry*) para incluir síndromes psicóticos, recibiendo el acrónimo PAS-ADD 10. La adaptación del instrumento incluye un lenguaje más asequible para la población con retraso mental y se ha modificado la construcción para minimizar el impacto del fracaso en la respuesta a las preguntas (muy importante en estos sujetos para evitar el abandono por desmoralización).

Consiste en una entrevista clínica semiestructurada que usa versiones paralelas para entrevistar tanto al paciente como a un informador, y el diagnóstico final se deriva de estas dos fuentes de información. La primera versión del instrumento mostró una buena fiabilidad inter-examinadores, pero posteriormente ha sido revisada (PAS-ADD 10) para incluir el diagnóstico de trastornos psicóticos. El PAS-ADD 10 utiliza el glosario del SCAN y sigue el sistema de clasificación de la CIE-10. Así, cubre los siguientes trastornos: esquizofrenia, depresión, trastornos fóbicos y otros trastornos de ansiedad. Existe una adaptación española de este instrumento.

El PAS-ADD parece ser un instrumento que proporciona una información útil para las personas de referencia, aunque presenta algunos problemas de tipo estructural, como un excesivo peso del estado actual. La entrevista arroja unos índices de fiabilidad test-retest en cada una de las secciones que la componen de entre 0,47 y 0,60, un índice de acuerdo para las puntuaciones según tipos de síntomas de entre 0,64 y 0,98, con un valor medio de 0,87, y una concordancia entre diagnósticos de 0,72. Se han evidenciado problemas en su validez predictiva con un sobrediagnóstico de trastornos de ansiedad y un infradiagnóstico de trastornos psicóticos y del estado del ánimo.