

Adaptación española de las escalas de resultados para personas mayores HoNOS65+ (Health of the Nation Outcome Scales for Older Adults)

Berta Ausín Benito, Manuel Muñoz López y M.^a Ángeles Quiroga Estévez

Facultad de Psicología. Universidad Complutense de Madrid. Madrid. España.

RESUMEN

Introducción: las escalas de resultados para personas mayores HoNOS65+ (Health of the Nation Outcome Scales for Older Adults) se componen de 12 escalas que evalúan diversos problemas físicos y psicosociales de las personas mayores de 65 años que presentan un problema de salud mental. Estas escalas pueden emplearse de manera rutinaria en un contexto clínico y son un instrumento útil para medir el progreso, el cambio o la evolución de las personas mayores.

El objetivo del trabajo que aquí se presenta es traducir las HoNOS65+ al castellano y estudiar sus propiedades psicométricas (fiabilidad y validez).

Material y métodos: se realizó una traducción de las HoNOS65+ al castellano, siguiendo el método de traducción inversa. Posteriormente, se entrevistó a 250 personas mayores de 65 años, usuarios de 10 servicios para mayores de la Comunidad de Madrid y se les administraron las HoNOS65+, así como otras pruebas que evaluaban constructos similares. A continuación, se analizó la fiabilidad (consistencia interna, interjueces) y la validez (concurrente, de constructo).

Resultados: la versión española de las HoNOS65+ presenta buenas propiedades psicométricas en cuanto a fiabilidad y validez se refiere.

Conclusiones: la versión española HoNOS65+ fue aprobada y puede obtenerse en la página web del Colegio Oficial de Psiquiatras Británico (www.rcpsych.ac.uk).

Palabras clave

Resultados de salud. Evaluación. HoNOS65+. Validez. Fiabilidad.

Correspondencia: Dr. M. Muñoz.

Facultad de Psicología. Universidad Complutense de Madrid.
Campus de Somosaguas, s/n. 28223 Madrid. España.

Correo electrónico: mmunoz@psi.ucm.es

Recibido el 30-06-2006; aceptado el 23-10-2006.

Spanish adaptation of the Health of the Nation Outcome Scales for Older Adults (HoNOS65+)

ABSTRACT

Introduction: the Health of the Nation Outcome Scales for Older Adults (HoNOS65+) consists of 12 scales that measure the health and psychosocial problems of older adults with a mental health problem. These scales can be used routinely in clinical settings and are a useful instrument to assess outcomes in older adults.

The aim of this study was to translate the HoNOS65+ into Spanish and to determine the reliability and validity of the Spanish version of the HoNOS65+.

Material and methods: the English HoNOS65+ version was translated into Spanish, using the back translation method. The sample was drawn from older adults attending 10 services for the elderly in the autonomous community of Madrid and 250 people were assessed using the HoNOS65+ and other more detailed and domain-specific scales. Reliability (internal consistency, inter-rater reliability) and validity (concurrent, construct) were examined.

Results: the Spanish version of the HoNOS65+ shows good psychometric properties in terms of reliability and validity.

Conclusions: the official Spanish HoNOS65+ version was accepted by the Royal College of Psychiatrists and can be freely downloaded (www.rcpsych.ac.uk).

Key words

Health outcomes. Measurement. HoNOS65+. Validity. Reliability.

INTRODUCCIÓN

Conocer si una intervención o programa en salud mental es efectivo para influir en los resultados de salud es una cuestión imprescindible. En salud mental es necesario el empleo de medidas rutinarias de resultados, que sean breves y de uso sencillo, para que los clínicos puedan emplearlas antes y después de una intervención, y así facilitarles una medida cuantitativa del cambio terapéutico.

La implementación de medidas de resultados en programas de salud mental es un área que comienza a impo-

nerse en los planes de salud en la década de los años noventa del siglo pasado. Estas medidas pretenden guiar las decisiones a varios ámbitos. En primer lugar, pretenden apoyar a los clínicos en sus decisiones de intervención. En segundo lugar, informar a los usuarios acerca de las intervenciones que reciben. En tercer lugar, ayudar a las administraciones en la dirección de los recursos. Por último, informar a entidades políticas a la hora de planificar y costear un recurso. En definitiva, pretenden ofrecer información que permitirá decidir sobre la continuidad o no del programa, justificar las inversiones e incrementar los fondos.

En 1992, el Gobierno británico propuso una estrategia para mejorar la salud en el ámbito nacional en el documento «The Health of the Nation». Éste identifica las enfermedades mentales como una de las 5 áreas clave a tratar como estrategia de salud. El Gobierno británico decidió elaborar e implementar en su sistema de salud mental una medida rutinaria de resultados clínicos, que dé respuesta a la necesidad de evaluar los resultados de las intervenciones. Con este objetivo propuso en 1992 al Colegio Oficial de Psiquiatras Británico el desarrollo de una medida de resultados de salud y funcionamiento psicosocial.

Entre los años 1993 y 1995, el Colegio Oficial de Psiquiatras Británico trabajó en el desarrollo de una medida cuyo objetivo fuese evaluar los resultados de salud y funcionamiento psicosocial; fruto de ese trabajo son las escalas Health of the Nation Outcome Scales (HoNOS)¹.

Desde la publicación de las HoNOS son varios los países que las han incorporado en sus planes de salud mental. Como consecuencia de este interés, en 2003 se creó la Red Internacional HoNOS para poner en común las experiencias con estas escalas.

Por otro lado, se han desarrollado distintas versiones HoNOS dirigidas a diferentes poblaciones: niños y adolescentes (HoNOSCA)²; personas con retraso mental (HoNOS-LD)³; personas con daño cerebral sobrevenido (HoNOS-ABI)⁴; personas con un trastorno mental que presentan una conducta agresiva (HoNOS-Secure)⁵, y personas mayores de 65 años (HoNOS65+)⁶.

Además, desde su publicación, las HoNOS se han traducido a 7 idiomas y adaptado a distintos países: castellano, francés, italiano, noruego, danés, holandés y alemán.

Las escalas HoNOS se crearon para su uso con personas adultas en edad laboral¹. Surgió la necesidad de desarrollar una medida específica para su uso con las personas mayores, donde la presencia de problemas físicos y deterioro cognitivo requiere una puntuación distinta. Como respuesta a esa necesidad se desarrollaron las escalas Health of the Nation Outcome Scales for Older Adults (HoNOS65+)⁶.

Las HoNOS65+ se componen de 12 escalas que cubren aspectos de salud y funcionamiento psicosocial, que son las siguientes:

1. Conducta alborotada. Esta escala incluye aspectos relativos a la conducta como la hiperactividad, la agresividad, la destrucción de objetos de otras personas, la inquietud, la no cooperación o resistencia, el vagabundeo, la conducta inapropiada y desinhibida (p. ej., sexual), la vocalización inapropiada (p. ej., chillar, gruñir, lloriquear) y la conducta extraña (p. ej., posturas).

2. Autolesiones no accidentales. Esta escala incluye los pensamientos e ideas de suicidio, su intención y sus intentos.

3. Consumo problemático de alcohol o drogas. Esta escala se refiere a aspectos como la apetencia y tolerancia al alcohol u otras sustancias, la prioridad que la persona concede a la ingesta de estas sustancias, el control que ejerce sobre su consumo, la frecuencia de intoxicaciones, los riesgos asociados a su consumo, como conducir bajo los efectos del alcohol, y los efectos temporales de esta ingesta, como la aparición de resacas.

4. Problemas cognitivos. Hace referencia a los problemas de memoria, orientación y lenguaje.

5. Problemas relacionados con una enfermedad física/discapacidad. Esta escala se refiere a la salud física, la movilidad de la persona, el deterioro sensorial, las caídas, los efectos secundarios de la medicación, el dolor debido a una enfermedad física y a la lesión asociada al consumo de alcohol y otras drogas.

6. Problemas asociados a la presencia de alucinaciones y/o ideas delirantes. Esta escala incluye aspectos como las ideas delirantes, las alucinaciones y los trastornos del pensamiento. Estas escalas ponen especial énfasis en el malestar que provoca estos problemas en la persona.

7. Problemas en relación con síntomas depresivos. Se refiere al estado de ánimo depresivo y a los síntomas asociados al estado de ánimo depresivo en cualquier trastorno.

8. Otros problemas mentales y conductuales. Esta escala permite puntuar problemas que no han sido incluidos en otras escalas, como son: fobias, ansiedad y pánico; síntomas obsesivo-compulsivos; sobrecarga mental y tensión; problemas disociativos o de conversión; problemas psicosomáticos; problemas con la alimentación (exceso/defecto); problemas de sueño (hipersomnia/insomnio), y problemas sexuales. De todos estos problemas, la persona puede presentar varios, pero se puntuará únicamente el problema clínico más grave.

9. Problemas con las relaciones sociales o de apoyo. Esta escala recoge aspectos como el grado de carencia

de relaciones y aparición de conflictos, la frecuencia en las relaciones sociales, y el malestar que le produce la calidad y la cantidad de apoyo social con el que cuenta.

10. Problemas con las actividades de la vida diaria. Hace referencia a las actividades de la vida diaria, tanto personales (vestirse, limpiar, lavarse, alimentarse, etc.) como domésticas (hacer la compra, cocinar, etc.).

11. Problemas generales con las condiciones de vida. Esta escala hace referencia a las provisiones básicas del lugar en el que vive la persona, como es si tiene luz eléctrica, la higiene del sitio, si cuenta con facilidades para cocinar, etc.

12. Problemas con el trabajo y las actividades de ocio-calidad del entorno cotidiano. Esta escala se refiere tanto a las adaptaciones del entorno del paciente distinto de su vivienda (como son las adaptaciones del transporte) como la ocupación de la persona. Este último aspecto incluye las actividades disponibles, como son los cursos, bibliotecas, centros de mayores.

El clínico puntuá cada una de las 12 escalas en un rango de gravedad de 0 a 4. Cero significa sin problemas en el área que valore un escala determinada, 1 es un problema menor, 2 uno leve, 3 moderado y 4 significa problemas graves en ese área. De esta forma, la puntuación máxima es de 48. Además, la suma de las puntuaciones en cada escala ofrece una puntuación HoNOS65+ total y el período de referencia evaluado son las 2 semanas previas. Otro aspecto a tener en cuenta es que para puntuar las HoNOS65+ se debe hacer uso de toda la información que esté disponible. Las HoNOS65+ requieren alrededor de 10 min para su cumplimentación.

Algunas características relevantes de este instrumento hacen referencia a sus propiedades psicométricas y su utilidad clínica. En este sentido, los estudios acerca de las propiedades psicométricas de las HoNOS65+ señalan que su fiabilidad (0,40-0,99) y validez concurrente son satisfactorias (correlaciones significativas con otras pruebas)⁶⁻¹⁰. Además, las HoNOS65+ se han implementado con éxito en servicios de salud mental para personas mayores¹¹ y se ha evidenciado la utilidad de las HoNOS65+ en la práctica clínica como medida de resultados¹².

En nuestro país, existe una necesidad de estudiar la efectividad de los programas dirigidos a las personas mayores. Además, existe la necesidad de medidas específicas de resultados para la población de personas mayores.

El estudio que se presenta pretende ayudar a dar respuesta a las necesidades planteadas y tiene como finalidad traducir y adaptar las HoNOS65+ al castellano para utilizarlas en la población de mayores españoles o de ha-

bla hispana, y así dotar a los profesionales de un instrumento que sirva de indicador de la efectividad de una intervención en psicogerontología.

MATERIAL Y MÉTODO

El estudio se compone de 2 fases, que son la traducción al castellano y adaptación de las escalas HoNOS65+ y el estudio de su calidad psicométrica. A la hora de emprender la labor de adaptación de las HoNOS65+ al idioma y cultura españolas, se estudiaron las 22 Guías para la Adaptación de Tests Educativos y Psicológicos, propuestas por la Comisión Internacional de Test (ITC), por Hambleton et al¹³; Jeanrie y Bertrand¹⁴ y Tanzer y Sim¹⁵. Por otro lado, se siguieron las indicaciones propuestas por Gaite et al¹⁶ y Vázquez-Barquero y Gaite¹⁷ en cuanto a la sistematización del proceso de adaptación de instrumentos de evaluación psicológica a otros idiomas y culturas en 2 fases.

En la fase 1, de traducción y adaptación de las escalas HoNOS65+, se empleó un procedimiento de traducción inversa (*back translation*). El procedimiento de traducción comenzó con la realización de una primera traducción del instrumento al castellano. Esta traducción al castellano se envió al equipo británico encargado de implementar las HoNOS65+ en los servicios de salud mental (HoNOS65+ Implementation Group). Este equipo llevó a cabo una traducción de esta versión al idioma original. Se obtuvo, de esta manera, 2 versiones del HoNOS65+ en inglés, que fueron exhaustivamente analizadas, buscando diferencias o incongruencias en las palabras, expresiones y conceptos y se realizaron las modificaciones oportunas. Tras este proceso, el equipo británico dio el visto bueno a la versión castellana de las HoNOS65+.

A continuación, se pilotó la prueba con una muestra de 15 personas mayores de 65 años españolas y se valoró su funcionamiento. Se observó cómo los ejemplos y puntos de referencia que aparecían en cada una de las escalas de la versión británica funcionaban de manera satisfactoria con los aspectos culturales propios del país del que procedía la muestra piloto.

La fase 2 recoge el estudio de la calidad psicométrica de las escalas HoNOS65+ en castellano. Esta fase consistió en la aplicación de las HoNOS65+ en castellano, y otras pruebas que valoran constructos similares, a una muestra de personas mayores de 65 años.

Muestra

Se eligió el muestreo por cuotas y para estimar el tamaño muestral necesario se empleó el Programa G*Power¹⁸. Los resultados de este cálculo de estimación del tamaño muestral indican que para una potencia de 0,99, un alfa de 0,01 y un tamaño de efecto de 0,35, el tamaño de la muestra debía ascender a 250 personas.

TABLA 1. Características de la muestra: número y porcentajes

	Total, n = 250 (n, [%])
Edad (años)	
De 65 a 70	37 (14,8)
De 71 a 75	36 (14,4)
De 76 a 80	53 (21,2)
De 81 a 85	49 (19,6)
De 86 a 90	58 (23,2)
De 91 a 95	17 (6,8)
	250 (100)
Estado civil	
Soltero/a	41 (16,4)
Casado/a	48 (19,2)
Separado/divorciado	7 (2,8)
Viudo/a	154 (61,6)
	250 (100)
Lugar de residencia habitual	
Casa	119 (47,6)
Residencia	131 (52,4)
	250 (100)

Las escalas HoNOS65+ se administraron a una muestra de 250 personas mayores de 65 años de nacionalidad española, procedentes de una población heterogénea.

La muestra se obtuvo en 10 centros de día y residenciales para personas mayores, públicos y privados, de la Comunidad de Madrid.

El 58,8% de la muestra fueron mujeres (147), la edad media fue de 80 años, el 26% (65) presentaba un diagnóstico de demencia. Una descripción detallada de las características sociodemográficas de la muestra del estudio se presenta en las tablas 1 y 2.

Análisis de datos

Con el fin de estudiar las propiedades psicométricas de la traducción al castellano de las HoNOS65+, se realizaron los siguientes análisis de datos.

En primer lugar, se estudió la fiabilidad de las HoNOS65+ mediante el análisis de la consistencia interna de las escalas HoNOS65+ mediante el coeficiente de homogeneidad α de Cronbach. Además, para calcular el grado de acuerdo interjueces, se empleó el coeficiente kappa de Cohen. El acuerdo interjueces se obtuvo sobre una muestra de 23 personas de la siguiente forma: los 2 evaluadores se encontraban en el mismo despacho en el momento de la entrevista con la persona mayor. Uno

TABLA 2. Presencia de problemas mentales en las personas de la muestra: número y porcentajes

Problema mental	Total, n = 250 (n, [%])
Demencias	65 (26)
Bajo estado de ánimo	54 (21,6)
Ansiedad	66 (26,4)
Alucinaciones y/o ideas delirantes	4 (1,6)
Trastornos de conducta	6 (2,4)
Otros problemas mentales/conductuales (problemas de sueño, somatomorfos, duelo complicado, etc.)	55 (22,0)
	250 (100)

de los 2 evaluadores realizaba la entrevista para obtener los datos sociodemográficos y administraba las pruebas que se describen en el apartado de Instrumentos de este artículo. Uno de los evaluadores dirigía la entrevista para facilitar la concentración de la persona mayor en la administración de las pruebas, si bien ambos evaluadores estaban presentes durante toda la entrevista, para garantizar que la valoración final de las HoNOS65+ se basara en un criterio de fiabilidad interobservadores. Una vez terminada la entrevista, en los casos necesarios, ambos entrevistadores revisaban la historia clínica de la persona mayor y preguntaban al personal del centro la información que considerasen oportuna para la cumplimentación de las HoNOS65+. A continuación, cada entrevistador valoraba de manera independiente las preguntas en cada escala HoNOS65+. De esta forma los 2 evaluadores disponían de la misma información respecto a la persona evaluada y se evitaba la obtención de puntuaciones diferentes por razones de desconocimiento de datos.

En segundo lugar, se estudió la validez de las HoNOS65+. Este estudio consistió en el análisis de la validez concurrente (analizando las correlaciones entre las HoNOS65+ y otras pruebas que se describen a continuación) y de la validez de constructo de las HoNOS65+ (siguiendo un método de extracción de componentes principales y un método de rotación de normalización Varimax).

Instrumentos

Los instrumentos seleccionados para realizar el estudio comparativo con las escalas HoNOS65+ fueron los siguientes:

1. Escala de Valoración Psiquiátrica (BPRS): evalúa la sintomatología psicopatológica; consta de 24 ítems; el menor índice de fiabilidad interjueces es de 0,78, y el mayor es de 0,95^{19,20}.

2. Escala Abreviada de Depresión Geriátrica (GDS): evalúa la depresión en personas mayores; consta de 15 ítems; la fiabilidad test-retest es de 0,85²¹.

3. Mini-Examen del Estado Mental (MMSE): evalúa el nivel cognitivo; consta de 11 ítems; la fiabilidad test-retest en intervalos de 24 h es superior a 0,80^{22,23}.

4. Escala de Valoración Conductual Crichton Royal (CRBRS): evalúa las siguientes áreas en pacientes psico-geriátricos: movilidad, orientación, comunicación, cooperación, inquietud, vestimenta, alimentación, continencia, sueño, estado de ánimo; consta de 11 ítems; presenta aceptable validez y consistencia interna, la fiabilidad interjueces es excelente²⁴.

5. Escala de Barthel (AVC): evalúa discapacidad física en personas mayores; consta de 10 ítems; fiabilidad test-retest de 0,89, fiabilidad interjueces 0,95, valores de validez concurrente de -0,74 a -0,90²⁵.

6. Examen de Salud SF-12: evalúa funcionamiento físico, social, de actuación, salud mental, percepción de la salud física general, dolor corporal y vitalidad; consta de 12 ítems; presenta una consistencia interna de 0,62-0,94, fiabilidad test-retest de 0,60-0,81, muestra correlaciones de entre 0,48 y 0,78 con otras pruebas, es sensible al cambio terapéutico²⁶.

7. Cuestionario de Alcoholismo (CAGE): detecta alcoholismo; consta de 4 ítems; presenta altos valores de sensibilidad y especificidad (81-97%) en contextos hospitalarios, 66-84% (ambientes extrahospitalarios)²⁷.

8. Escala de Evaluación de la Actividad Global (GAS): mide el funcionamiento psicosocial del individuo, mediante la evaluación de la gravedad de los síntomas y el deterioro en su actividad; escala de 100 puntos; coeficiente de correlación intraclasa de 0,57; presenta correlaciones moderadas con otras medidas de sintomatología psiquiátrica (-0,44) y deterioro cognitivo (0,26), se muestra sensible al cambio terapéutico²⁸.

9. Escala Breve de Evaluación de la Discapacidad (DAS-S): evalúa el funcionamiento psicosocial de pacientes con trastornos mentales; consta de 4 ítems; los coeficientes de correlación intraclasa oscilan de 0,40 a 0,74; es útil para evaluar el cambio y predecir resultados en personas mayores²⁹.

Todos estos instrumentos poseen óptimas características psicométricas y abarcan la mayor parte de las áreas valoradas por las escalas HoNOS65+.

Por otro lado, son precisamente estas pruebas las empleadas por el equipo formado por los autores de estas escalas, lo que permite comparaciones entre los resultados encontrados en los estudios británicos y en los españoles. Un aspecto a destacar es que 3 instrumentos

(SF-12; GAS; DAS-S) se eligieron con el objeto de obtener comparaciones de las escalas HoNOS65+ con otras medidas más generales, como son calidad de vida y actividad global. Además, de los 10 instrumentos que se administran en total, sólo 5 requieren la participación directa de la persona mayor, el resto los cumplimenta el clínico haciendo uso de toda la información que esté a su alcance. De esta forma no se satura a la persona mayor con un excesivo volumen de pruebas.

Por último, hay que señalar que las 250 personas mayores de la muestra fueron entrevistadas por personal investigador de la Universidad Complutense de Madrid (UCM) y por estudiantes de 4.^º curso de psicología clínica de la UCM, después de ser entrenados en el uso de las pruebas antes señaladas, así como en el uso de las HoNOS65+ empleando los manuales de entrenamiento británicos, que son la Guía de Entrenamiento para Entrenadores³⁰ y la Guía de entrenamiento en el uso de las escalas HoNOS65+³¹.

RESULTADOS

Estudios de fiabilidad

Consistencia interna

El análisis de la consistencia interna de las HoNOS65+ arroja un valor de 0,69.

El único estudio precedente que analiza la consistencia interna de las HoNOS65+ es el de Macdonald¹⁰ y encuentra un valor del α de Cronbach algo más bajo (0,65).

Fiabilidad interjueces

Los coeficientes de fiabilidad interjueces para cada una de las escalas HoNOS65+ son variables: 5 son muy buenos, 2 buenos, 2 aceptables y 3 inaceptables (tabla 3). En el caso de la conducta alborotada, las autolesiones y el uso de alcohol y drogas, la concordancia entre ambos evaluadores es perfecta¹, es decir, el valor encontrado es excelente. El coeficiente kappa de la escala 10 (problemas con las actividades de la vida cotidiana) también es muy bueno (0,76). Se observa un valor del coeficiente kappa bueno en la escala de cognición (0,71) y en la de otros síntomas (0,69). En cuanto a las escalas 5 (enfermedades físicas) y 12 (problemas con las actividades de ocio) el valor de este índice es sólo adecuado (0,58 y 0,53, respectivamente). Los índices de fiabilidad interjueces más bajos se observan en las escalas de síntomas depresivos (0,37), relaciones sociales (0,13) y condiciones de vida (-0,04).

Estos resultados son similares a los encontrados en estudios precedentes^{6,7} en cuanto al bajo acuerdo encontrado en las escalas 9 y 11.

TABLA 3. Fiabilidad interjueces

<i>Escalas HoNOS65+</i>	<i>Coeficiente Kappa</i>
1. Conducta alborotada	1,00
2. Autolesiones no accidentales	1,00
3. Uso de alcohol/drogas	1,00
4. Cognición	0,71
5. Enfermedades físicas	0,58
6. Alucinaciones y/o ideas delirantes	1,00
7. Síntomas depresivos	0,37
8. Otros problemas mentales y/o conductuales	0,69
9. Problemas con las relaciones sociales o de apoyo	0,13
10. Problemas con las actividades de la vida diaria	0,76
11. Problemas con las condiciones de vida	-0,04
12. Problemas con las actividades de ocio	0,53

Estudios de validez

Validez concurrente

En general, se observa cómo los valores de las correlaciones de Pearson entre la práctica totalidad de las escalas HoNOS65+ y otras pruebas que evalúan constructos similares son estadísticamente significativos (tabla 4). La mayor parte de las escalas HoNOS65+, excepto la escala 11 (hay que señalar que esta escala no se contrastó con una prueba específica de evaluación ambiental), obtienen valores de las correlaciones de Pearson estadísticamente significativos cuando se contrastan con medidas generales de salud, bienestar, actividad global y discapacidad. Los valores de las correlaciones con pruebas específicas para cada una de las escalas HoNOS65+ aparecen en primer lugar (obsérvese que estas correlaciones son más altas), seguidas de las correlaciones con escalas generales. Conviene detenerse en el signo de las correlaciones. La diferencia de signos de las correlaciones que aparecen en la tabla 4 se debe a que algunas de las pruebas de contraste empleadas siguen unas reglas de corrección inversas al HoNOS65+. En el caso de las escalas HoNOS65+, a mayor puntuación en una escala mayores son las dificultades de una determinada persona mayor en esa escala. Esta regla de corrección es inversa en las siguientes pruebas empleadas: MMSE, Barthel AVC y GAS. De esta forma, en estas últimas 3 pruebas se sigue la siguiente norma: a mayor puntuación menor deterioro o menor dificultad. Esto explica el signo negativo de las correlaciones entre las escalas HoNOS65+ y estas 3 medidas.

En general, todos los estudios encuentran valores estadísticamente significativos entre las escalas HoNOS65+ y

TABLA 4. Validez concurrente: correlaciones entre las escalas HoNOS65+ y otras pruebas

<i>Escalas HoNOS65+</i>	<i>Otras escalas</i>	<i>r</i>
Escala 1	Hostilidad (BPRS)	0,48 ^b
	BPRS Total	0,46 ^b
Escala 2	BPRS Depresión	0,43 ^b
	BPRS Suicidio	0,38 ^b
Escala 3	GDS Depresión	0,48 ^b
	CAGE Alcohol	0,37 ^b
Escala 4	BPRS Desorientación	0,86 ^b
	MMSE Estado Mental	-0,88 ^b
Escala 5	GAS Actividad Global	-0,78 ^b
	WHO-DAS-S Discapacidad	0,64 ^b
Escala 6	CRBRS Total	0,64 ^b
	Barthel AVC	-0,72 ^b
Escala 7	WHO-DAS-S Discapacidad	0,62 ^b
	BPRS Sospecha	0,35 ^b
Escala 8	BPRS Contenido inusual	0,75 ^b
	BPRS Alucinaciones	0,23 ^b
Escala 9	GAS Actividad global	-0,44 ^b
	BPRS Depresión	0,79 ^b
Escala 10	GDS Depresión	0,78 ^b
	CRBRS E.A. objetivo	0,68 ^b
Escala 11	CRBRS E.A. subjetivo	0,68 ^b
	SF-12 Salud	0,69 ^b
Escala 12	BPRS Preocupación somática	0,11
	BPRS Ansiedad	0,33 ^b
Escala 1	CRBRS Sueño	0,73 ^b
	SF-12 Salud	0,37 ^b
Escala 2	GAS Actividad global	-0,51 ^b
	WHO-DAS-S Funcionamiento (contexto social)	0,57 ^b
Escala 3	WHO-DAS-S Familia y hogar	0,48 ^b
	WHO-DAS-S Discapacidad	0,53 ^b
Escala 4	CRBRS total	0,80 ^b
	Barthel AVC	-0,86 ^b
Escala 5	GAS Actividad global	-0,61 ^b
	WHO-DAS-S Discapacidad	0,89 ^b
Escala 6	SF-12 Salud	0,51 ^b
	GAS Actividad global	0,04
Escala 7	WHO-DAS-S Discapacidad	-0,13 ^a
	WHO-DAS-S Discapacidad	0,48 ^b
Escala 8	WHO-DAS-S Ocupación	0,45 ^b

^ap < 0,05. ^bp < 0,01.

otras medidas, es decir, una validez concurrente satisfactoria de las HoNOS65+⁶⁻⁸.

Validez de constructo

El análisis factorial exploratorio arroja 4 factores empíricos que explican el 60,73% de la varianza total. En la tabla 5 se recoge la matriz de factores rotados. El factor I se compone de las escalas 4, 5, 10 y 12; el factor II consta de

TABLA 5. Matriz de componentes rotados escalas HoNOS65+ en castellano

<i>Escalas HoNOS65+</i>	<i>Factores</i>	1	2	3	4
Escala 10		0,87	0,01	0,16	0,01
Escala 5		0,79	0,14	-0,08	-0,22
Escala 12		0,67	0,17	0,09	0,14
Escala 4		0,60	-0,28	0,45	0,08
Escala 7		0,31	0,74	0,06	0,18
Escala 2		0,06	0,70	-0,10	0,03
Escala 8		-0,04	0,66	0,15	-0,15
Escala 6		0,08	-0,10	0,77	-0,04
Escala 1		0,01	0,12	0,76	0
Escala 9		0,45	0,27	0,59	0,10
Escala 3		-0,18	0,21	0,02	-0,73
Escala 11		-0,24	0,32	0,03	0,65

las escalas 2, 7 y 8; el factor III recoge las escalas 1, 6 y 9; y el factor IV abarca las escalas 3 y 11.

El índice α de Cronbach encontrado para cada factor es: factor I (0,76), factor II (0,48), factor III (0,60), factor IV (-0,05). El factor I presenta un grado aceptable de consistencia interna, y el factor III se acerca a un grado aceptable.

Los estudios precedentes que analizan la estructura factorial de las HoNOS65+ encuentran también 4 factores, que explican un porcentaje de varianza similar^{6,9,10}. Hay que destacar que el factor II coincide en todos los estudios.

DISCUSIÓN

Este trabajo pone de manifiesto que las características psicométricas de la versión HoNOS65+ en castellano son adecuadas en cuanto a su fiabilidad y validez.

Por un lado, se observa que las escalas HoNOS65+ no valoran un área homogénea, sino distintos aspectos de salud y funcionamiento psicosocial.

Además, el coeficiente kappa arroja valores aceptables para las escalas HoNOS65+ 1, 2, 3, 4, 5, 6, 8, 10 y 12. En este sentido, se recomienda un entrenamiento continuado en el uso de las HoNOS65+, por parte de los profesionales de la salud, para mantener valores aceptables de fiabilidad interjueces. No obstante hay que estudiar más a fondo las escalas 7, 9 y 11.

Por otro lado, la validez concurrente de las HoNOS65+ es satisfactoria, ya que se obtienen valores adecuados de las correlaciones de Pearson entre la mayoría de las escalas HoNOS65+ (excepto la 11) y otras pruebas que eva-

lúan los mismos constructos o similares. En este estudio no se empleó ninguna medida similar a la escala 11, por lo que no se pueden extraer conclusiones acerca de su validez de constructo. Por otro lado, se encuentra que la mayoría de las escalas HoNOS65+ correlacionan de forma significativa con pruebas de salud, bienestar, actividad global y discapacidad.

En cuanto a la estructura de las HoNOS65+ en castellano, se encuentran 4 factores que recogen las 12 escalas HoNOS65+.

Para concluir, se destacan las siguientes ventajas del empleo de las HoNOS65+: brevedad; fácil de usar y de puntuar; recoge problemas conductuales, cognitivos, sintomáticos y sociales; puede emplearla el personal clínico de cualquier disciplina; fácil entrenamiento en su uso; permite comparar la evolución tras las intervenciones terapéuticas; su uso puede contribuir a ajustar las necesidades de los pacientes a los recursos asistenciales en casos mixtos; aporta datos para llevar a cabo comparaciones clínicas entre diferentes contextos clínicos, grupos de pacientes, áreas geográficas o sanitarias o índices sociodemográficos. Las HoNOS65+ no están exentas de limitaciones, y se resaltan las siguientes: no se diseñaron específicamente para evaluar problemas de salud mental en la población mayor general o en la práctica general, sino para evaluar los problemas experimentados por personas enfermas mentales; un entrenamiento corto en el uso de estas escalas no es suficiente para garantizar comparaciones entre evaluadores individuales o entre grupos de evaluadores.

El resultado final de este estudio es el glosario tabulado HoNOS65+ en castellano, aceptado por el Colegio Oficial de Psiquiatras Británico. La versión HoNOS65+ en inglés y la versión HoNOS65+ en castellano pueden descargarse en la página web: www.rcpsych.ac.uk. En esta misma página se recoge información detallada acerca de los artículos internacionales publicados sobre las HoNOS65+ y acerca del entrenamiento en el uso de las HoNOS65+; además de los anuncios sobre jornadas y seminarios en relación con la implementación de medidas de resultados en los servicios de salud mental y el empleo de las HoNOS65+.

AGRADECIMIENTOS

Agradecemos al HoNOS65+ Implementation Group (HIG65+) del Lewisham University Hospital (UK) la ayuda proporcionada a lo largo de todo el proceso de adaptación española de las escalas HoNOS65+.

BIBLIOGRAFÍA

- Wing JK, Curtis RH, Beevor AS. HoNOS: Health of the Nation Outcome Scales. Report on Research and Development. July 1993-December 1995. London: Royal College of Psychiatrists; 1996.

2. Gowers SG, Harrington RC, Whitton A, Lelliott P, Beevor A, Wing J, et al. Brief scale for measuring the outcomes of emotional and behavioural disorders in children. *Health of the Nation Outcome Scales for Children and Adolescents (HoNOSCA)*. Br J Psychiatry. 1999;174:413-6.
3. Roy A, Matthews H, Clifford P, Fowler V, Martin MM. *Health of the Nation Outcome Scale for People with Learning Disabilities (HoNOS-LD)*. Br J Psychiatry. 2002;180:61-6.
4. Fleminger S, Leigh E, Eames P, Langrell L, Nagraj R, Logsdail S. *The Health of the Nation Outcome Scales for People with Brain Injury*, 1999. Disponible en: <http://www.rcpsych.ac.uk>
5. Sugarmen P, Walker L. *Health of the Nation Outcome Scales for Mentally Disordered Offenders (HoNOS-MDO)*, 2002. Disponible en: <http://www.rcpsych.ac.uk>
6. Burns A, Beevor A, Lelliott P, Wing J, Blakey A, Orrell M, et al. *Health of the Nation Outcome Scales for Elderly People (HoNOS65+)*. Br J Psychiatry. 1999;174:424-7.
7. Spear J, Chawla S, O'Reilly M, Rock D. Does the HoNOS65+ meet the criteria for a clinical outcome indicator for mental health services for older people? *Int J Geriatr Psychiatry*. 2002;17:226-30.
8. Macdonald AJD. *Validity of the Health of the Nation Outcome Scales for Older Adults (HoNOS65+)*, 2002. Documento Interno del Academic Department. Londres: King's College London.
9. Trauer T. *Factorial Structure of the Health of the Nation Outcome Scales for Older Adults (HoNOS65+)*. Documento Interno del Department of Psychological Medicine. Victoria: Monash University; 2004.
10. Macdonald AJD. *Factorial Structure of the Health of the Nation Outcome Scales for Older Adults (HoNOS65+)*. Documento Interno del Academic Department Lewisham University Hospital. Londres: King's College London, 2004.
11. Allen L, Bala S, Carithew R, Daley S, Doyle E, Driscoll P, et al. Experience and application of HoNOS65+. *Psychiatric Bulletin*. 1999;23:203-6.
12. Macdonald AJD. The usefulness of aggregate routine clinical outcomes data: the example of HoNOS65+. *Journal of Mental Health*. 2002;11:645-56.
13. Hambleton RK, Yu J, Slater SC. Field test of the ITC Guidelines for Adapting Educational and Psychological Tests. *European Journal of Psychological Assessment*. 1999;15:270-6.
14. Jeannie C, Bertrand R. Translating Tests with the International Test Commission's Guidelines: Keeping Validity in Mind. *European Journal of Psychological Assessment*. 1999;15:277-83.
15. Tanzer NK, Sim CQE. Adapting Instruments for Use in Multiple Languages and Cultures: a review of the ITC Guidelines for Test Adaptations. *European Journal of Psychological Assessment*. 1999;15:258-69.
16. Gaite L, Ramírez N, Herrera S, Vázquez-Barquero JL. Traducción y adaptación transcultural de instrumentos de evaluación en psiquiatría: aspectos metodológicos. *Arch Neurobiol*. 1997;60:91-111.
17. Vázquez-Barquero JL, Gaite L. La adaptación al medio español de instrumentos de evaluación en salud mental. *Arch Neurobiol*. 1997;60:87-9.
18. Buchner A, Erdfelder E, Faul F. *How to Use G*Power*, 1997. Disponible en: URL http://www.psych.uni-duesseldorf.de/aap/projects/gpower/how_to_use_gpower.html
19. Overall JE, Gorham DR. *The Brief Psychiatric Rating Scale*. *Psychol Rep*. 1962;10:799-812.
20. Vázquez C. Traducción al Castellano de la Brief Psychiatric Rating Scale (BPRS), 1987. Documento Interno de la Facultad de Psicología, Universidad Complutense de Madrid.
21. Yesavage JA, Brink TL, Rose TL, Lum O, Huang V, Adey M, et al. Development and validation of a geriatric depression screening scale: a preliminary report. *J Psychiatr Res*. 1983;17:37-49.
22. Folstein MF, Folstein SE, McHugh PR. *Mini-Mental State: a practical method for Grading The Cognitive State of Patients for the Clinician*. *J Psychiatr Res*. 1975;12:189-98.
23. Lobo A, Escobar V, Ezquerro J, Seva-Díaz A. El Mini-Examen Cognoscitivo: un test sencillo, práctico, para detectar alteraciones intelectuales en pacientes psiquiátricos. *Revista de Psiquiatría y Psicología Médica*. 1980; 14:39-57.
24. Wilkin D, Thompson C. *Crichton Royal Behavioural Rating Scale*. En: Wilkin D, Thompson C, editors. *User's guide to dependency measures in elderly people*. Social Services Monographs. Sheffield: University of Sheffield; 1989.
25. Mahoney FI, Barthel DW. Functional evaluation: the BARTHEL Index. *Maryland State Medical Journal*. 1965;14:61-5.
26. Ware JE, Kosinski M, Keller SD. A 12-item Short-Form Health Survey: constructions of scales and preliminary tests of reliability and validity. *Med Care*. 1996;34:220-33.
27. Hayfield D, McLeod G, Hall P. The CAGE questionnaire: validation of a new alcoholism screening instrument. *Am J Psychiatry*. 1974;131:1121-3.
28. Endicott J, Spitzer RL, Fleiss JL. The Global Assessment Scale. *Archives of General Psychiatry*. 1976;33:766-71.
29. World Health Organization. *Psychiatric Disability Assessment Schedule (WHO/DAS)*. Geneva: WHO, 1988.
30. Macdonald A, Bala S, Callis D, Daley S, Lorrio G, Raab J. *Health of the Nation Outcome Scales (HoNOS65+): Training Pack for Trainers*. London: 2000.
31. Beevor AS, Callis D, Syczysz R, Curtis RH, Wing JK, Burns A. *HoNOS65+ - Health of the Nation Outcome Scales (for mental health clinicians of patients over 65). Trainers' Guide*. London: Royal College of Psychiatrist; 1996.