

G. Escuder Romeva¹
L.G. Gomollón Rubio¹
S. Ochoa Güerre²
M.J. Ramos Miravet¹
A. González Cáceres¹
Stuart D. M. Thomas³

Validación clínica de la escala Camberwell Assessment of Need-Forensic version, CANFOR para la evaluación de necesidades de personas con trastorno mental en el ámbito penitenciario

¹Unidad de Hospitalización Psiquiátrica
Penitenciaria de Catalunya
Sant Joan de Déu- Serveis de Salut Mental

²Unidad de Investigación y Desarrollo
Sant Joan de Déu- Serveis de Salut Mental
Fundació Sant Joan de Déu
CIBERSAM

³Centre for Forensic Behavioural Science
Monash University
Victorian Institute of Forensic Mental Health

Introducción. Una de cada siete personas en el ámbito penitenciario sufre algún trastorno mental severo y es necesario evaluar las necesidades de esta población. La escala CANFOR se desarrolló en el 2004, para evaluar las necesidades específicas de esta población. Se ha realizado la adaptación y validación en castellano y se han evaluado las propiedades psicométricas de la escala.

Método. Tras realizar el proceso de traducción y retrotraducción, se ha administrado la escala CANFOR a una muestra de 90 usuarios con patología psiquiátrica residentes en los servicios de salud mental del medio penitenciario de Catalunya.

Resultados. La fiabilidad entre-evaluadores y test-retest para cada ítem de la CANFOR ha presentado un acuerdo de moderado a casi perfecto (de 0,44 a 1). En relación a la validez convergente, existe una correlación negativa entre las puntuaciones del EEAG ($p < 0,01$) y de las subescalas del LSP ($p < 0,01$ - $p < 0,05$) y las necesidades.

Conclusiones. La versión castellana de la escala CANFOR mantiene las propiedades psicométricas descritas en la versión original. Se ha comprobado que es una escala válida y fiable, por lo que se considera un instrumento adecuado para evaluar las necesidades de las personas que padecen un trastorno mental y se encuentran en el ámbito penitenciario.

Palabras Clave:
Salud mental, necesidades, prisión, psiquiatría forense, validación, evaluación.

Actas Esp Psiquiatr 2010;38(3):129-137

Este artículo pertenece a la tesis de Gemma Escuder Romeva del Programa de Doctorado de Psiquiatría y Psicología Médica. Departamento de Psiquiatría y Medicina Legal. Facultad de Medicina Universidad Autónoma de Barcelona.

Correspondencia:
Gemma Escuder Romeva (Psicóloga)
Unidad de Hospitalización Psiquiátrica Penitenciaria de Catalunya
Sant Joan de Déu- Serveis de Salut Mental
Carretera de Martorell a Capellades, Km 23.
08635 Sant Esteve Sesrovires (Barcelona)
Correo electrónico: gescuder@pssjd.org

Clinical validation of the CANFOR scale (Camberwell Assessment of Need-Forensic version) for the needs assessment of people with mental health problems in the forensic services

Introduction. One of seven people admitted in prison has a diagnosis of a severe mental disorder and it is necessary to assess their needs. CANFOR was developed in 2004 to assess the specific needs of the forensic mental health services users. Adaptation and validation of CANFOR into Spanish was done and the psychometric properties were tested.

Method. After translation and back translation, we administered the CANFOR to a sample of 90 users of the penitentiary mental health services in Catalonia.

Results. Inter-rater and test-retest reliability coefficients for each of the 25 domains were high: moderate to almost perfect (0,44 to 1). Regarding concurrent validity a negative correlation was found between GAF ($p < 0,01$); LSP in all its subscales ($p < 0,01$ - $p < 0,05$) and needs as assessed with CANFOR.

Conclusions. the Spanish version of CANFOR retains the psychometric properties described in the original version. It has been proved that the Spanish version is valid and reliable, so it can be considered an optimal instrument for the assessment of needs of people with a severe mental disorder admitted in prison.

Keywords:
Mental health, needs, prison, forensic psychiatry, validation, assessment

INTRODUCCIÓN

Durante los últimos años la atención a las personas que padecen un trastorno mental ha ido tomando relevancia aproximándose a una visión más amplia y con una atención más integral. Este hecho ha obligado a considerar la evalua-

ción de sus necesidades como una información básica para la asistencia y la planificación de servicios.

Con el nacimiento de la psiquiatría comunitaria, especialmente en Reino Unido, surge el interés por valorar si además de las necesidades físicas, como el alojamiento, la alimentación y la seguridad, se cubren también las necesidades de calidad de vida personal, como el autorrespeto, la autonomía, el mantenimiento de intereses, la contribución a la sociedad y el aumento del conocimiento, entre otras¹. Ante la ausencia de instrumentos de evaluación de necesidades, un grupo de profesionales del Institute of Psychiatry Health Services, de la sección de psiquiatría comunitaria (PRISM) de Londres, crearon la escala Camberwell Assessment of Needs (CAN)², para evaluar estas necesidades. Este instrumento ha sido traducido y validado en diferentes idiomas, como son el español³, el sueco⁴, el italiano⁵ y el Grupo EPSILON compuesto por diferentes países europeos que lo han traducido al holandés, danés, español e italiano^{6,7}, obteniendo unas buenas características psicométricas.

La prevalencia de enfermedad mental en la población penitenciaria es mayor que en muestras de la población general, según estudios realizados durante la década de los 90. En términos generales, se puede concluir que una de cada siete personas en el ámbito penitenciario sufre algún tipo de trastorno mental severo^{8,9}.

Son escasos los estudios realizados en España sobre la prevalencia de enfermedad mental en prisiones. Según los datos publicados en 2007 respecto a la población penitenciaria en Catalunya, se confirma que existe mayor prevalencia de trastornos mentales en el ámbito penitenciario que en la población general. El 40,9% de los penados presenta un diagnóstico de TMS (trastorno mental severo), siendo del 44,3% en los sometidos a Medida de Seguridad. Como primer diagnóstico, la Esquizofrenia y otros Trastornos Psicóticos son los más prevalentes, ya que se encuentran presentes en el 44,5% de las medidas de seguridad y en el 26% de la población penada atendida por los Servicios de Psiquiatría.

Catalunya tiene transferidas las competencias en materia penitenciaria. La asistencia psiquiátrica en las prisiones se realiza en distintos servicios integrados en red y ubicados en diferentes centros penitenciarios y con niveles de especialización distinta.

Por un lado, las enfermerías psiquiátricas, que se encuentran en el Centro Penitenciario de Hombres de Barcelona (CPHB) y en el Centro Penitenciario de Brians 1 (CPB); la Unidad Polivalente Psiquiátrica del Centro Penitenciario de Quatre Camins (UPQC) y por último la Unidad de Hospitalización Psiquiátrica Penitenciaria (UHPP) que da cobertura a toda Catalunya y se encuentra en el Centro Penitenciario de Brians 1. El seguimiento psiquiátrico penitenciario se enmarca en un convenio de colaboración entre la Conselleria de

Justicia, la Conselleria de Sanitat y Sant Joan de Déu-Serveis de Salut Mental.

En relación a la situación judicial debemos considerar que una persona privada de libertad dentro del sistema penitenciario español, puede encontrarse en tres tipos de situaciones judiciales: preventivo, penado y medida de seguridad. La situación de preventivo es aquella en la que la persona se encuentra privada de libertad a la espera de juicio. La situación de penado, en el caso en que existe una sentencia condenatoria. Por último, se encuentran las medidas de seguridad, que son sujetos inimputables o semiimputables relacionados con anomalía o alteración psíquica y que del hecho y de las circunstancias personales del sujeto pueda deducirse un pronóstico de comportamiento futuro que revele probabilidad de comisión de nuevos delitos (peligrosidad criminal). Las medidas de seguridad que se pueden imponer con arreglo al Código Penal español (art.96)¹⁰ son privativas y no privativas de libertad.

Inicialmente, en el ámbito penitenciario se empezaron a evaluar las necesidades específicas de los pacientes con trastorno mental grave, del mismo modo que se evaluaban los pacientes de la población general. Se concluyó que existían algunas características diferenciales en estos pacientes que debían tomarse en consideración, como los aspectos ligados a la seguridad, la comorbilidad con trastornos de personalidad, el abuso de sustancias y las conductas delictivas. La evaluación clínica de los casos y la evaluación de sus necesidades de ingreso, proporcionan información en las decisiones del manejo del caso, como el tipo de tratamiento y/o el recurso más adecuado según las necesidades detectadas. Las necesidades no cubiertas detectadas, como las de delito sexual, drogas, alcohol e incendio, pueden frenar el traslado a niveles de menor seguridad¹¹⁻¹³.

El mismo grupo de trabajo del Institute of Psychiatry Health Services, tomó interés por la evaluación de las necesidades de los pacientes con trastornos mentales graves que estaban ingresados en recursos forenses. Utilizando como base el instrumento de necesidades CAN, elaboraron una versión especial para pacientes penitenciarios; así surgió la escala CANFOR Camberwell Assessment of Needs Forensic version¹³⁻¹⁵. Este instrumento mantiene el mismo formato que la escala CAN, pero se añaden tres nuevas áreas de evaluación. Ambas escalas presentan las siguientes 22 áreas de necesidades: alojamiento, alimentación, cuidado personal, cuidado del hogar, actividades diarias, salud física, síntomas psicóticos, información, angustia, seguridad en sí mismo, seguridad en otros, alcohol, drogas, compañía, relaciones de pareja, sexualidad, cuidado de los hijos, educación básica, teléfono, transporte, dinero, ayudas sociales. La escala CANFOR incluye también las 3 áreas siguientes: de tratamiento, incendio y delitos sexuales. De cada una de estas áreas se valora la presencia o ausencia de necesidad. En el caso de que exista una necesidad, ya sea grave o mo-

derada, se valorará la ayuda informal y formal que recibe la persona y si la ayuda formal recibida es la adecuada. La ayuda formal se refiere a la que recibe de los servicios sanitarios y/o penitenciarios que están atendiendo al paciente, mientras que la ayuda informal, se refiere a la que recibe de la familia o de las amistades. Detectaron que el instrumento era más sensible si se tenía conocimiento del paciente evaluado. La novedad que presentan la CAN y la CANFOR es la doble valoración de cada una de las necesidades, por parte del usuario y del profesional, así que podemos decir que el instrumento son en realidad dos escalas independientes. Por otro lado, la escala CANFOR tiene una versión clínica y una de investigación.

En España no está validado y, por tanto, el objetivo del presente estudio es llevar a cabo la adaptación y validación de este instrumento considerando que la evaluación de necesidades permite intervenciones individuales específicas con la posibilidad de monitorización en cada una de las variantes en cuanto a las necesidades detectadas.

MÉTODO

Proceso de traducción y retrotraducción

El proceso de validación se inició con la traducción literal del inglés al castellano, de la versión de investigación de la Escala CANFOR. Consideramos que la versión para investigación era la más adecuada, puesto que todas las preguntas que presenta son de carácter cerrado.

Una vez realizada la traducción se procedió a adaptar algunos de los conceptos a la realidad de nuestro entorno. Tras dar por definitiva la versión castellana, se realizó la retrotraducción de ésta al inglés, por una persona que era nativa y tenía el inglés como lengua materna. La versión retrotraducida al inglés se remitió al autor original de la escala, Stuart Thomas, que realizó algunas consideraciones. Tras realizar las rectificaciones propuestas por el autor original, se aprobó la versión final de la escala y se procedió a su validación.

Muestra

La población a la que se ha administrado la escala son usuarios con patología psiquiátrica residentes en los servicios de salud mental del medio penitenciario. Se seleccionaron cuatro recursos y dentro de éstos se seleccionaron aleatoriamente un número determinado de pacientes en función del número total de plazas de cada recurso. Finalmente se administró la entrevista a 90 pacientes distribuidos del siguiente modo: 18 pacientes en la Enfermería Psiquiátrica del CPB, 10 pacientes de la Enfermería Psiquiátrica de CPHB, 21 pacientes de la UPQC y 39 pacientes de la UHPP-C.

Se desarrolló un Cuaderno de Recogida de Datos (CRD) donde se incluyó la Hoja de Información al Paciente y el Consentimiento Informado, aprobado por el CEIC de Sant Joan de Déu-Serveis de Salut Mental i el CEIC de la Secretaria de Serveis Penitenciaris, Rehabilitació i Justícia Juvenil del Departament de Justícia de la Generalitat de Catalunya, que debía ser firmado por el paciente o tutor en el caso de estar incapacitado.

Instrumentos de evaluación

El grupo que realizó las entrevistas estaba compuesto por tres psicólogos, un médico de Familia y un trabajador social.

La información aportada por el paciente fue contrastada con su equipo clínico y con la información de la historia clínica y de la ficha procesal (donde consta la información delictiva y las penas o medidas de seguridad del paciente).

A todos los pacientes seleccionados se les administró la versión final en castellano del CANFOR, que contiene 25 ítems en dos valoraciones (usuario y profesional) como se ha descrito previamente.

Para estudiar la validez convergente, se administró la *Escala de Evaluación de la Actividad Global (EEAG)*¹⁶ en la que la puntuación 100 implica una actividad global satisfactoria y la puntuación 10, incapacidad permanente en las áreas valoradas y la escala *Life Skills Profile (LSP)*¹⁷ que evalúa cinco áreas del paciente: autocuidado, comportamiento social interpersonal, comunicación y contacto social, comportamiento social no personal y vida autónoma. Las puntuaciones altas implican buen funcionamiento y las bajas detectan dificultad o problema en el área que valoran.

Para el estudio de la fiabilidad Test-Retest se realizó una segunda visita a la mitad de la muestra, 45 pacientes, una semana después de la exploración inicial. En ella, el mismo entrevistador de la visita inicial administró de nuevo la escala CANFOR y el EEAG.

La *fiabilidad inter-evaluadores* se estudió sobre 44 pacientes del total y consistía en que dos entrevistadores puntuaran de manera independiente a las preguntas de las distintas áreas en la primera visita.

Análisis estadístico

Se realizó un análisis descriptivo de los resultados sociodemográficos, clínicos y delictivos mediante frecuencias. Para la comparación de la concordancia entre evaluadores y en el test-retest se utilizó el coeficiente de kappa y el kappa ponderado. Los índices del kappa se consideraron en función de los criterios de Landis y Koch¹⁸, un coeficiente de kappa

Tabla 1	Datos sociodemográficos	
	n	%
Sexo		
Hombre	87	96,7
Mujer	3	3,3
Grupo étnico		
Europa	71	78,9
Africano-Magrebí	8	8,9
Hispano	3	3,3
Etnia Gitana	4	4,4
Otros	4	4,4
Nacionalidad		
Española	74	83,1
Marroquí	8	9,0
Doble nacionalidad	2	2,2
Otros	5	5,5
Estado Civil		
Soltero	63	70,0
Casado-Pareja	14	15,6
Separado-Divorciado-Viudo	13	14,4
Titulación máxima obtenida		
Ninguna	2	2,2
Primarios Incompletos	34	37,8
Primarios Completos	21	23,3
Secundarios Incompletos	12	13,3
Secundarios Completos	10	11,1
Universitarios Incompletos	4	4,4
Universitarios Completos	2	2,2
Otros	5	5,6

de 0,4 a 0,6 indica un grado de acuerdo moderado, entre 0,6 y 0,8 indica un notable acuerdo y entre 0,8 y 1 indica un acuerdo casi perfecto.

Para el análisis de la validez convergente se utilizó el coeficiente de correlación de Pearson para comparar el total de necesidades según usuario y profesional con el EEAG y el LSP.

RESULTADOS

La Tabla 1 muestra las características sociodemográficas de los participantes en el estudio. Al igual que en la población penitenciaria existe un mayor porcentaje de hombres, solteros, de nacionalidad española y con estudios primarios. En la Tabla 2, se recogen los diagnósticos principales en eje I y en eje II. Del total de la muestra, un 71,6% presenta como diagnóstico principal, Trastorno Psicótico, seguido del

Tabla 2	Datos clínicos y judiciales	
	n	%
Eje I		
Tr. Psicótico	63	71,6
Tr. Estado de Ánimo	7	8,0
Tr. Bipolar	14	15,9
Otros	4	4,5
Eje II		
Tr. Personalidad	19	25,7
Discapacidad Intelectual	7	9,5
Sin Diagnóstico	45	60,8
En estudio	3	4,1
Delito		
Homicidio	32	37,6
Delito Sexual	6	7,1
Violencia Doméstica	3	3,5
Lesiones	5	5,9
Robo	29	34,1
Contra Salud Pública	1	1,2
Quebrantamiento	2	2,4
Incendio	2	2,4
Otros	5	5,9
Antecedentes		
Sí	39	46,4
No	45	53,6
Situación Judicial		
Penado	39	45,3
Medida Seguridad	32	37,2
Preventivo	15	17,4
Causas Pendientes		
Sí	13	15,5
No	70	83,3
Desconocido	1	1,2

Trastorno Bipolar con casi un 16%. En el caso del Eje II, un 25% presenta algún tipo de Trastorno de la Personalidad, aunque en su mayoría, un 60% no presentan diagnóstico en este eje. La presencia de Discapacidad Intelectual en algún grado es de casi un 10%. En un 4% de la muestra no se ha confirmado ningún diagnóstico en el eje II ya que se encontraban en período de estudio diagnóstico. Algunos datos no han podido ser confirmados en toda la muestra, por lo que en referencia a los datos de eje II, la muestra se reduce a 74 sujetos.

En esta misma tabla, se recogen los datos judiciales de los pacientes del estudio, excepto en cinco sujetos sobre los que no se pudo obtener parte de esta información. Casi un 40% de la muestra ha sido juzgada por homicidio. En esta

Tabla 3	Descripción resultados cuestionarios	
	n	%
Escala Canfor (n 90)		
Total Necesidades Usuario	4,1	2,5
Total Necesidades Personal	5,1	3,1
Necesidades Cubiertas Usuario	2,3	1,6
Necesidades Cubiertas Personal	3,0	2,0
Necesidades No Cubiertas Usuario	1,8	1,7
Necesidades No Cubiertas Personal	2,1	1,8
Escala LSP (n 82)		
Autocuidado	38,1	2,5
Comportamiento Social Interpersonal	37,9	2,3
Comunicación Contacto Social	20,7	3,3
Comportamiento Social No Personal	23,5	1,2
Vida Autónoma	21,3	4,6
EEAG (n 79)	56,9	11,6

categoría se han incluido tanto los homicidios, como los asesinatos y las tentativas graves. El robo es el segundo delito más prevalente en la muestra con un 34%.

En relación a la situación judicial de los pacientes, un 37% está cumpliendo una medida de seguridad, esto significa que han sido absueltos por eximente completa debido a enfermedad mental. La mitad de la muestra se encuentra en situación de penado, es decir, no se ha considerado la presencia de enfermedad mental para absolverle del delito o se entiende que no presentaba ningún trastorno cuando fue juzgado y un 17% de la muestra está en situación de preventivo, en este caso se ha recogido el delito por el que están acusados aunque aún no hayan sido juzgados. Casi la mitad de la muestra tiene antecedentes penales y en su mayoría no tiene causas pendientes.

Como puede observarse en la Tabla 3 los usuarios detectaron de media 4,1 (DE: 2,5) necesidades, mientras que el personal detectó 5,1 (DE: 3,1) necesidades de media. El total de necesidades que evalúa la CANFOR es de 25, por lo que estos resultados, a la espera de ser analizados con más detenimiento, pueden ser considerados como positivos.

Las necesidades no cubiertas detectadas por el usuario fueron de media 1,8 (DE: 1,7) mientras que el personal consideró 2,1 (DE: 1,8) necesidades no cubiertas de media. Estas necesidades no cubiertas son aquellas susceptibles de intervención.

La muestra presentó un funcionamiento general, valorado por la EEAG, de 56 puntos propio de los sujetos que pre-

sentan un funcionamiento que se caracteriza por síntomas moderados o graves y dificultades o alteración importante en las áreas social, laboral, familiar. Es necesario considerar la heterogeneidad de la población ya que la muestra descrita se distribuye entre las puntuaciones de 30 a 80.

Fiabilidad

Para la evaluación de la fiabilidad inter-evaluadores se ha realizado el Kappa y el kappa ponderado en la comparación de los dos evaluadores con las respuestas en cada una de las preguntas de necesidad, así como la ayuda recibida.

Todos los pacientes fueron entrevistados en una primera visita por un entrevistador del equipo y 44 de éstos fueron puntuados, además del entrevistador, por otro observador.

La fiabilidad inter-evaluadores fue calculada para cada ítem de la CANFOR, en las respuestas del usuario y del personal.

La Tabla 4 muestra el porcentaje de acuerdo y el coeficiente kappa para la evaluación de presencia de necesidad tanto para las puntuaciones de los pacientes como para las de los profesionales. En los ítems 4 usuario, 12 personal y usuario y 19 personal y usuario, no hay suficiente información, por tanto existe la imposibilidad de calcular la kappa entre los evaluadores. Las puntuaciones de los 45 pacientes es la misma, por ello no se puede realizar el cálculo ya que la distribución de puntuaciones es nula. En el caso de la valoración del personal en el ítem 12, el coeficiente kappa es 0, éste hecho se explica, también, por la distribución de las respuestas. En este caso, todas las respuestas son iguales a excepción de una, éste hecho estadísticamente se traduce con un valor de kappa de 0, sin embargo el grado de acuerdo entre los evaluadores es de 97,7%.

El ítem 12 Alcohol, se puntúa 0 en todos los pacientes, esta puntuación significa que no hay problema en esta área. En los centros penitenciarios no es posible obtener alcohol, por lo que al hacer referencia al consumo de alcohol en el último mes, encontramos que en nuestra muestra, todos los pacientes han permanecido hospitalizados durante este tiempo. Por otro lado, en el caso del ítem 13 que hace referencia a la misma situación pero en el caso de drogas, es posible que algún paciente haya podido obtener en un permiso, por ejemplo, alguna sustancia tóxica y que haya sido detectada en un análisis toxicológico al regresar a la unidad. No así el alcohol que sólo se mide mediante aire espirado y esta medición permite conocer el consumo sólo en las últimas horas.

En el caso del ítem 19 Teléfono, se pregunta al sujeto si es capaz de hacer uso de un teléfono y en todos los casos se respondió que no existía problema en esta área.

ITEM	Personal (n=44)		Usuario (n=44)	
	% acuerdo	Coefficiente Kappa	% acuerdo	Coefficiente Kappa
Alojamiento	100,00	1,0000	100,00	1,0000
Alimentación	100,00	1,0000	100,00	1,0000
M. Etorno	100,00	1,0000	100,00	1,0000
Cuidado Personal	97,73	0,8798		no evaluable *
AVDs	95,35	0,9289	95,45	0,9272
Salud Físico	97,73	0,9296	97,73	0,9409
Sint. Psicóticos	97,73	0,9494	95,45	0,8952
Información Tto.	97,73	0,9654	97,73	0,9625
Angustia	93,02	0,8080	97,67	0,9436
Autoagresividad	97,73	0,8908	97,73	0,8908
Heteroagresividad	100,00	1,0000	100,00	1,0000
Alcohol	97,73	0,0000		no evaluable *
Drogas	97,73	0,7915	100,00	1,0000
Contacto Social	100,00	1,0000	100,00	1,0000
Relaciones Pareja	100,00	1,0000	100,00	1,0000
Vida Sexual	100,00	1,0000	100,00	1,0000
Cuidado Hijos	95,45	0,9095	95,45	0,9083
Educación Básica	97,67	0,8900	100,00	1,0000
Teléfono		no evaluable *		no evaluable *
Transporte	97,73	0,8795	97,73	0,6589
Dinero	97,67	0,9310	97,73	0,8795
Prestac. Sociales	95,45	0,7805	97,73	0,9125
Tratamiento	97,73	0,9412	97,73	0,9375
Delito Sexual	93,18	0,7442	93,18	0,7376
Incendio	84,09	0,4420	84,09	0,4420

* kappa no evaluable porque no existe suficiente información diferencial para su cálculo

Este efecto estadístico no impide valorar el porcentaje de acuerdo existente entre los evaluadores. Al haber puntuado todos los pacientes y usuarios en la misma dirección, se obtiene un alto grado de acuerdo.

La Tabla 5 muestra el porcentaje de acuerdo y el coeficiente kappa para la evaluación de presencia de necesidad, tanto para las puntuaciones de los pacientes como para las de los profesionales de la fiabilidad test-retest.

Al igual que se observó en el análisis de la fiabilidad entre-evaluadores, en los ítems 12 y 19, tanto en las respuestas del personal como del usuario, no se puede realizar el cálculo estadístico por la nula distribución de las respuestas. El porcentaje de acuerdo es alto para todos los ítems para las evaluaciones con un intervalo de una semana.

Como puede observarse el coeficiente kappa es adecuado para todos los ítems tanto en las respuestas del

usuario como del personal, al igual que el porcentaje de acuerdo. En ningún caso existe una puntuación del kappa por debajo de 0,60.

Validez

La Tabla 6 relaciona las necesidades totales y no cubiertas del profesional y del usuario, con el funcionamiento general y el funcionamiento psicosocial.

Las puntuaciones de las escalas EEAG correlacionan negativamente con las puntuaciones de la escala CANFOR tanto en la valoración del usuario como en la del profesional ($p < 0,01-0,05$).

Las correlaciones con la escala CANFOR en su valoración del profesional correlaciona negativamente con todas las subescalas de la LSP ($p < 0,001 - 0,05$), por lo que a mayor

ITEM	Personal (n=45)		Usuario (n=45)	
	% acuerdo	Coefficiente Kappa	% acuerdo	Coefficiente Kappa
Alojamiento	100,00	1,0000	91,11	0,8560
Alimentación	93,33	0,8787	97,73	0,9367
M. Etorneo	88,89	0,7627	93,18	0,8125
Cuidado Personal	95,56	0,8256	100,00	1,0000
AVDs	95,56	0,9226	91,11	0,8628
Salud Físico	91,11	0,7561	86,67	0,6853
Sint. Psicóticos	86,67	0,7199	86,67	0,7345
Información Tto.	75,56	0,6256	77,78	0,6445
Angustia	84,09	0,6419	81,82	0,6235
Autoagresividad	93,33	0,7000	93,33	0,7000
Heteroagresividad	100,00	1,0000	100,00	1,0000
Alcohol		no evaluable *		no evaluable *
Drogas	100,00	1,0000	100,00	1,0000
Contacto Social	88,89	0,6888	95,56	0,8384
Relaciones Pareja	93,33	0,6987	91,11	0,6538
Vida Sexual	93,33	0,8000	93,33	0,8000
Cuidado Hijos	91,11	0,8476	88,89	0,8108
Educación Básica	91,11	0,6525	91,11	0,6000
Teléfono		no evaluable *		no evaluable *
Transporte	95,56	0,8279	97,78	0,6591
Dinero	95,45	0,8755	95,56	0,7783
Prestac. Sociales	97,78	0,9102	97,78	0,9275
Tratamiento	93,33	0,8166	88,89	0,6715
Delito Sexual	100,00	1,0000	100,00	1,0000
Incendio	97,62	0,8444	97,62	0,8444

* kappa no evaluable porque no existe suficiente información diferencial para su cálculo

EEAG	LSP					
	Autocuidado	Comportamiento Social Interpersonal	Comunicación Contacto Social	Comportamiento Social No Personal	Vida Autónoma	
Total necesidades personal						
Coefficiente Correlación Pearson	-0,296	-0,304	-0,229	-0,477	-0,332	-0,552
Significación P	0,006	0,006	0,038	<0,001	0,002	<0,001
Total necesidades usuario						
Coefficiente Correlación Pearson	-0,229	-0,156	-0,201	-0,396	-0,285	-0,396
Significación P	0,034	0,163	0,070	<0,001	0,009	<0,001

puntuación en LSP menos necesidades en la escala CANFOR. En relación entre la escala CANFOR en su valoración del usuario y las subescalas del LSP encontramos que existe correlación negativa con las subescalas: LSP comunicación-

contacto social, LSP comportamiento social no personal y LSP vida autónoma ($p < 0,001 - 0,01$). Estos datos indican que mayores niveles de necesidades correlacionan con peor funcionamiento general y peor funcionamiento social.

CONCLUSIONES

La versión castellana de la escala CANFOR mantiene las propiedades psicométricas descritas en la versión original. Se ha comprobado que es una escala válida y fiable, por lo que se considera un instrumento adecuado para evaluar las necesidades de las personas que padecen un trastorno mental y se encuentran en el ámbito forense.

Tras realizar el análisis de la escala se propondrá al autor alguna aclaración que consideramos necesaria para evitar confusiones en el momento de puntuar los ítems. En el ítem final que corresponde a incendio, el coeficiente kappa es notablemente inferior al resto. El equipo investigador ha analizado este hecho y considera que este resultado responde a la dificultad a la hora de puntuar el ítem. Este ítem, al igual que el de Delito Sexual, presentan la siguiente apreciación “Valorar sólo cuando esté indicado/con historia previa”. Las opciones de respuesta para la Sección 1 son: 0 Sin problema, 1 Problema moderado por la ayuda dada, 2 Problema grave, 8 No aplicable y 9 Desconocido. Al revisar los CRD hemos comprobado que, en ocasiones, existía confusión en la puntuación que debía darse ante determinados sujetos. En el caso de no tener historia previa se debe puntuar 8 (No aplicable), pero se ha puntuado en algunos sujetos 0 (Sin problema). Este hecho explicaría la baja puntuación de la kappa aunque cabe mencionar que el porcentaje de acuerdo sigue siendo alto para todos los ítems. Para solventar este problema se propone informar de manera más detallada, en el manual de administración de la CANFOR, de las opciones de respuesta de estos ítems y de la forma de puntuarlos.

La escala CANFOR, resulta un instrumento con un amplio ámbito de aplicación, ya que puede ser utilizado en las unidades de hospitalización, en las enfermerías, en las consultas de atención psiquiátrica de los módulos y en los propios módulos residenciales por parte de los equipos de tratamiento.

Otro ámbito de aplicación serían las medidas de seguridad que cumplen en la red psiquiátrica comunitaria para evaluar las áreas que suponen un mayor riesgo de control en ámbitos de escasa seguridad, cómo es éste.

La escala CANFOR puede ser utilizada, como variable, para considerar si el paciente se encuentra en el recurso más adecuado o bien debe ser derivado a otro tipo de recursos más acorde a sus necesidades, tanto de atención psiquiátrica como de seguridad.

Nuestra experiencia nos permite considerar que la escala CANFOR es de fácil administración, tras un mínimo entrenamiento y puede ser administrada por diferentes perfiles de evaluadores. El tiempo aproximado de administración es de 20 minutos, lo que permite que sea una herramienta útil en la rutina diaria tanto clínica como judicial.

Otra de las características que hace de la escala CANFOR un instrumento de elección en los diferentes ámbitos descritos, es que aporta la visión del usuario y del personal.

La versión clínica de la escala CANFOR permite la planificación de intervenciones y su posterior evaluación.

Las necesidades de nuestra población son valoradas, actualmente, en relación a aspectos parciales de su estado pero no se consideran el total de necesidades que requieren ser cubiertas en las condiciones en que se encuentran. En este sentido se dispondrá de un instrumento que nos facilite la exploración de necesidades de esta población.

La escala CANFOR debería introducirse como un instrumento rutinario en las unidades psiquiátricas forenses que permitiría recoger la información necesaria para desarrollar intervenciones y valorar posteriormente los cambios. En este sentido, el equipo investigador trabaja en la actualidad en la aplicación de esta escala y el estudio de la sensibilidad al cambio para poder confirmar su utilidad en la evaluación de nuestras intervenciones.

Futuros estudios de las necesidades de las personas que padecen trastorno mental en el ámbito penitenciario/forense, con la escala CANFOR, pueden ayudarnos a orientar la provisión de servicios adecuados para la asistencia de esta población.

AGRADECIMIENTOS

Este estudio ha sido financiado por el Instituto de Salud Carlos III en la convocatoria de Evaluación de Tecnologías Sanitarias (PI06/90234).

BIBLIOGRAFIA

1. Stevens A, Raferty J. Health care needs assessment the epidemiologically based needs assessment reviews. Oxford: Radcliffe Medical Press, 1994.
2. Phelan M, Slade M, Thornicroft G et al. The Camberwell Assessment of Need (CAN): the validity and reliability of an instrument to assess the needs of people with severe mental illness. *British Journal of Psychiatry* 1995;167: 589-95.
3. Rosales C, Torres F, Luna J et al. Fiabilidad del instrumento de evaluación de necesidades Camberwell (CAN). *Actas Esp de Psiquiatr* 2002;30: 99-104.
4. Hansson L, Bjorkman T, Svensson B. The assessment of needs in psychiatric patients. Interrater reliability of the Swedish version of the Camberwell Assessment of Needs instrument and results from a cross sectional study. *Acta Psychiatrica Scandinavica* 1995;92: 285-93.
5. Ruggeri M, Lasalvia A, Nicolaou S et al. The Italian version of the Camberwell Assessment of Need (CAN), an interview for the identification of needs of care. *Epidemiologia e Psichiatria Sociale* 1999;8: 135-67.

6. Knudsen HC, Vázquez- Barquero JL, Welcher B et al . Translation and cross-cultural adaptation of outcome measurement for schizophrenia, *British Journal of Psychiatry* 2000;177 (suppl 39, s8-s14).
7. Mc Crone P, Leese M, Thornicroft G et al. Reliability of the Camberwell Assessment of Need- European version. *British Journal of Psychiatry* 2000;177: s34-40.
8. Fazel S. Serious mental disorder in 23 000 prisoners: systematic review. *Lancet* 2002;359:545-50.
9. Philip M.J. Brinded, Alexander I.F. Simpson, Tannis M. Laidlaw, Nigel Fairley, Fiona Malcolm. Prevalence of psychiatric disorders in New Zealand prisons: a national study. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry* 2001;35:166-73
10. Código Penal. Editorial Tecnos, 2007.
11. Shaw J, Davies J, Morey H. An assessment of the security, dependency and treatment needs of all patients in secure services in a UK health region *The Journal of Forensic Psychiatry* 2001;12: 610-37
12. Nieuwenhuizen CH, Schene AH, Koeter MWJ. Quality of life in forensic psychiatry: an unreclaimed territory?. *International Review of Psychiatry* 2002;14: 198-202
13. Thomas S, Dolan M, Thornicroft G Re-visiting the need for High Security Psychiatric Hospitals in England. *The Journal of Forensic Psychiatry & Psychology* 2004;15: 197-207
14. Thomas S, Harty MA, Parrott J, McCrone P, Slade M, Thornicroft G. CANFOR: Camberwell Assessment of Need-Forensic Version. The Royal College of Psychiatrists 2003. Gaskell. London
15. Thomas S, Slade M, McCrone P, Harty M-A, Parrott J, Thornicroft G et al. The reliability and validity of the forensic Camberwell Assessment of Need (CANFOR): a needs assessment for forensic mental health service users. *Int J Methods Psychiatr Res.* 2008;17:111-20.
16. Endicott J, Spitzer RL, Fleiss JL, Cohen J. The Global Assessment Scale: A procedure for measuring overall severity of psychiatric disturbance. *Arch Gen Psychiatry* 1976; 33: 766-771.
17. Bulbena, A., Fernández, P. and Domínguez, A. I. Adaptación castellana de la escala LSP (Life Skills Profile scale, Spanish adaptation). *Actas Luso Española de Neurología, Psiq Ciencias afines* 1992;20: 51-60
18. Landis J, and Koch G. The measurement of observers agreement for categorical data. *Biometrics* 1977;33:159-74.