

Fiabilidad del instrumento de Evaluación de Necesidades de Camberwell (CAN) (Versión española del CAN Estudio de fiabilidad)

C. Rosales Varo^a, F. Torres González^a, J. Luna del Castillo^b, J. Jiménez Estévez^c y G. Martínez Montes^d.

^aDepartamento de Psiquiatría y ^bDepartamento de Bioestadística. Facultad de Medicina. ^cUnidad de Rehabilitación de Área. ^dÁrea de Proyectos. Universidad de Granada. Granada.

Reliability of the Spanish version of the Camberwell Assessment of Needs (CAN) (Spanish version of CAN Reliability Study)

Resumen

El cuestionario de evaluación de necesidades de Camberwell (Camberwell Assessment of Needs [CAN]), desarrollado por el Instituto de Psiquiatría de Londres en la década de los noventa, constituye uno de los instrumentos más generalizado para evaluar las necesidades de las personas con trastornos psicóticos de larga evolución.

Este instrumento ha sido traducido al español por el Grupo Andaluz de Investigación en Salud Mental. Se analiza en este trabajo la metodología y resultados más significativos sobre la fiabilidad de este cuestionario en nuestro país.

Metodología: se entrevistaron 246 pacientes (diagnosticados de esquizofrenia) y al personal que les atiende, utilizando el índice de kappa para estudiar la concordancia entre los resultados de las entrevistas a los pacientes y a los profesionales. Para la fiabilidad del instrumento, (n=56) se realizó un análisis de concordancia entre jueces y un test-retest.

Resultados: la media de necesidades identificadas por el paciente fue de 6,47 y por el profesional 6,49. El nivel de acuerdo entre paciente y profesional entrevistado resultó entre moderado y fuerte.

El nivel de acuerdo entre entrevistadores resultó alto (r=0,986 y 0,976 para el paciente y el profesional respectivamente, p<0,01) y el test-retest fue de r=0,791 y 0,766 para el paciente y el profesional, p<0,01).

Conclusiones: el estudio realizado nos sugiere que el CAN es un instrumento con una alta fiabilidad para evaluar las necesidades de las personas con trastornos psicóticos de larga evolución. Es un instrumento fácil y rápido de aplicar, pero creemos que tiene ciertos problemas transculturales en algunas áreas, ya que su respuesta dependerá del contexto sociocultural en el que estamos operando.

Palabras clave: necesidades, Camberwell.

Summary

The Camberwell Assessment of Needs questionnaire (CAN) was developed in the Institute of Psychiatry (London) in the 1990's and constitutes one of the most widely accepted instruments to assess needs of people suffering from long term psychotic disorders. This assessment instrument was translated into Spanish by the Andalusian Group of Research in Mental Health. This paper describes both the methods and most significant results on the reliability of the Spanish version of the CAN.

Methods: 246 patients with a diagnosis of schizophrenia were interviewed as well as staff involved in their care. Kappa index was used to study concordance among the results obtained from interviews to the patients and those obtained from the staff. We calculated both inter-rater reliability and test-retest reliability.

Results: the mean score of needs was 6.47 in the patients sample and 6.49 in the staff sample. The level of agreement amongst patients and staff interviewed was moderate/strong. Inter-rater agreement was high (r=0.986 (patients) / 0.976 (staff), p<0.01). Similarly, test-retest agreement was r=0.791 in the patients group and r=0.766 in the staff sample (p<0.01).

Conclusions: this study suggests that the Spanish version of the CAN is a highly reliable instrument to evaluate needs of people suffering from long-term psychotic disorders. It also is easy and fast to administer. However, we believe it may have some transcultural difficulties in certain areas as responses might be dependent on socio-cultural context.

Key words: needs assessment, Camberwell.

CORRESPONDENCIA:

C. Rosales Varo
Departamento de Psiquiatría Facultad de Medicina
Universidad de Granada
18071 Granada
Correo electrónico: ftorres@ugr.es

INTRODUCCIÓN

El cuestionario de Evaluación de Necesidades de Camberwell, más conocido por sus siglas CAN, es un instrumento propuesto en 1993 por Michael Phelan, Graham Thornicroft y sus colaboradores. Nació como resul-

tado del trabajo de un equipo –PRiSM– dirigido por Thornicroft, dentro del Instituto de Psiquiatría de Londres¹.

Para la concepción de este instrumento los autores partieron del reconocimiento de que las personas con trastornos mentales tienen problemas específicos, pero suelen compartir además necesidades que son comunes a todo el mundo. En realidad la mayoría de sus necesidades son similares a las de los que no están enfermos: poder disponer de un alojamiento adecuado, disfrutar socialmente de compañía, etc. El CAN parte de ese principio e incorpora un amplio abanico de necesidades humanas.

El CAN parte de la premisa de que para decidir sobre la existencia o no de una necesidad deben ser tenidas en cuenta tanto la opinión del personal, como la del usuario².

También incorpora una perspectiva adicional de gran interés, se trata de la intensidad o nivel de ayuda para subsanar las necesidades que el usuario recibe tanto de amigos o familiares como de los servicios públicos.

Se precisaba una herramienta que fuese una ayuda real al trabajo clínico diario con enfermos mentales graves, un instrumento de rutina para la evaluación inicial, la formulación de programas individualizados de cuidados y las revisiones de casos. El instrumento debería servir, por tanto, para que la evaluación de necesidades pudiese ser una parte integrada en la rutina clínica. El Cuestionario de Evaluación de Necesidades de Camberwell, por consiguiente, ofrece una versión clínica y una versión para investigación. Cada una de las dos versiones contiene 22 áreas funcionales, cubriendo una amplia gama desde necesidades sociales a las de tipo clínico.

Las características y estructura del CAN ya han sido analizadas en detalle en otras publicaciones^{1,3,4} por tanto sólo haremos una breve descripción del instrumento. El CAN sigue una estructura idéntica en todas las áreas, y cada área de necesidad incluye 4 secciones: la primera sección establece si hay una necesidad; la segunda sección pregunta acerca de la ayuda recibida de amigos, familiares y otros cuidadores informales; la tercera sección pregunta acerca de cuánta ayuda está recibiendo la persona y cuánta necesita de los servicios institucionales y por último, la sección 4 pregunta sobre la percepción del entrevistado acerca de la efectividad de las intervenciones.

La traducción y adaptación española de las dos versiones del CAN (clínica y de investigación) ha sido realizada por miembros del Grupo Andaluz de Investigación en Salud Mental en coordinación con el PRiSM⁵.

El proceso de traducción, retrotraducción y de validación ha sido ya descrito en una publicación anterior de Jiménez Estévez et al⁴ por lo que sólo destacaremos que algunos profesionales expresaron sus reservas sobre la adaptabilidad transcultural de algunos ítems.

En este trabajo se muestran los parámetros de la fiabilidad del CAN en nuestro país.

METODOLOGÍA

El objetivo principal de este trabajo es medir la fiabilidad del CAN.

En cuanto a la selección de la muestra los criterios de inclusión fueron los siguientes:

1. Diagnóstico de esquizofrenia, trastornos esquizoafectivos y trastornos de ideas delirantes (F20-F29 de la CIE-10).

2. Edad mayor de 18 años.

3. Estar en tratamiento en los servicios de salud mental durante 1995.

El total de casos entrevistados fue de 246, de los cuales 187 pacientes se seleccionaron de forma aleatoria. Eran pacientes que vivían en la comunidad y habían estado en contacto con los servicios de salud mental de Granada-Sur durante 1995, y por lo tanto habían sido censadas por el registro acumulativo de casos que funciona en dicha área. Y los restantes 59 pacientes fueron los primeros casos que habían sido entrevistados de forma sucesiva en el momento de su ingreso en el Hospital de Día, dependiente del servicio de psiquiatría del Hospital Puerta de Hierro de Madrid.

Se tomó una submuestra de 56 casos para evaluar la fiabilidad del instrumento mediante un estudio de concordancia entre entrevistadores y un estudio test-retest. Se formaron dos parejas A (n=27) y B (n=29), cada una de ellas estaba formada por un entrevistador y un observador y los dos, de forma independiente, puntuaban las respuestas dadas por el paciente. Los pacientes entrevistados por la pareja A estaban en tratamiento en un Centro de Día y la pareja que los entrevistó eran profesionales adscritos a ese servicio. En cambio, los pacientes entrevistados por la pareja B estaban en contacto con un servicio ambulatorio y la pareja que los entrevistó eran ajenos a ese servicio por lo que no los conocían previamente.

ANÁLISIS ESTADÍSTICO

Para estudiar la fiabilidad del instrumento se realizaron las dos modalidades de evaluación: «entrevistador/ observador» y «test/retest». La valoración se hacía para cada ítem individual de la sección I y del indicador resumen de las necesidades detectadas por los pacientes. No se analizó la fiabilidad de las secciones II y III del cuestionario, ya que éstas se completan solamente si se identifica una necesidad en la sección I, por lo que el número de casos se hace muy reducido para el análisis estadístico.

El análisis de concordancia realizado fue el siguiente:

1. Estudio de concordancia entre observadores para los datos aportados por el paciente. Para establecer la concordancia se calcularon por separado las concordancias para cada una de las parejas de observadores con el coeficiente Kappa corregido⁶.

2. Estudio de concordancia entre instantes (test-retest) para los datos aportados por el paciente. Se llevó a cabo por uno de los dos miembros de la pareja A y la concordancia se midió también con el índice de Kappa.

3. Estudio de concordancia entre observadores para los datos aportados por los profesionales sanitarios.

4. Estudio de concordancia entre instantes para los datos aportados por profesionales sanitarios.

TABLA 1. Concordancia entre observadores para los 22 ítems del CAN

Necesidades	Paciente (n=27)			Profesional (n=27)		
	K	ee	ic	K	ee	ic
Alojamiento	1			1		
Alimentación	0,93	0,073	0,47±0,97	0,926	0,073	0,78±1,07
Cuidado del hogar	0,93	0,073	0,38±0,93	0,926	0,073	0,78±1,07
Cuidado personal	1		0,38±0,93	1		
Actividades diarias	1		0,23±0,78	1		
Salud física	0,89	0,111	0,38±0,93	0,926	0,073	0,78±1,07
Síntomas psicóticos	1		0,47±0,97	1		
Información	0,85	0,101	0,12±0,77	0,852	0,101	0,65±1,05
Angustia	0,91	0,090	0,12±0,77	0,908	0,090	0,73±1,08
Riesgo para sí mismo	0,84	0,158	0,79±1,06	0,877	0,091	0,67±1,05
Riesgo para los demás	1		0,29±0,88	1		
Alcohol	1		0,57±1,01	1		
Drogas	1		0,67±1,04	1		
Compañía	0,69	0,139	0,10±0,54	0,695	0,139	0,42±0,96
Relaciones de pareja	1		0,80±1,06	1		
Sexualidad	1			1		
Cuidado hijos	1			1		
Educación básica	1		0,47±0,97	1		
Teléfono	1		0,67±1,04	1		
Transporte	0,91	0,091	0,80±1,06	0,923	0,075	0,77±1,07
Dinero	1		0,20±0,83	1		
Ayudas sociales	1		0,57±1,01	1		

En todos los casos la concordancia fue hecha con las preguntas de necesidades del CAN contadas en 0 (no hay necesidad) y 1 (presencia de necesidad moderada o grave).

Con objeto de establecer la concordancia de las informaciones suministradas por el usuario y el cuidador, se llevó a cabo para cada uno de los ítems de la escala, el cálculo del estadístico Kappa, así como de su error estándar, y así calcular un intervalo de confianza para él. Los valores del coeficiente de kappa de 0-0,20 fueron considerados bajos, de 0,21-0,40 como razonable; de 0,41-0,60 como moderado; de 0,61-0,80 como fuerte y de 0,81-1 como una concordancia perfecta⁷.

Todos los datos fueron analizados utilizando el paquete estadístico BMDP. Se calculó el intervalo de confianza al 95%, para todos los valores medios.

RESULTADOS

La composición de la muestra fue la siguiente: el número total de pacientes entrevistados fue de 246. De ellos 188 son hombres (76,4%) y 58 mujeres (23,6%). La edad media del conjunto muestral es de 39 años (desviación estándar de 11,16). Los solteros representan el 77,1% de la muestra, mientras que los casados sólo suponen el 17,8%. En cuanto al tipo de convivencia, predominan los enfermos esquizofrénicos que viven con su familia de origen (68,7%). El 41% tienen estudios primarios y el 57% tienen reconocida una minusvalía.

Las características de la submuestra tomada para el estudio de fiabilidad son las siguientes:

Pareja A: edad media 35 años (rango 20-49) el 85% son hombres.

La pareja B: edad media 39 años (rango 35-43) y el 83% son hombres.

Cronometramos el tiempo de aplicación del instrumento obteniendo una media de 20' para el paciente y 10' para el profesional (total de tiempo empleado 30').

Fiabilidad del CAN

La concordancia entre observadores para las dos parejas fue la siguiente: para la pareja A la media de necesidades para el entrevistador y observador fue de 8,8 y 9,07 respectivamente, encontrando una correlación alta entre ellos (0,99; $p < 0,01$). En cambio para la pareja B la media de necesidades encontradas para el entrevistador y observador fue de 5,7 y 6,0 respectivamente, con una correlación más baja (0,79; $p < 0,001$).

Se calcularon las concordancias para cada uno de los ítems de la escala con el coeficiente de kappa para las dos parejas de observadores. Así la pareja A presenta una concordancia perfecta en todos sus ítems, sólo la necesidad de compañía resultó ser más baja ($K = 0,695$) aunque dentro del intervalo fuerte. En cambio, la pareja B presentó un nivel de acuerdo inferior sobre todo en las necesidades de información ($K = 0,448$), angustia ($K = 0,448$) y compañía (0,324) aunque quedaban dentro del intervalo moderado.

En la tabla 1 se muestra la concordancia entre observadores para los 22 ítems de la escala y para los dos en-

TABLA 2. Test-retest de la sección 1 (necesidad presente) para los 22 ítems de el CAN para los dos entrevistados (paciente y profesional)

Necesidades	Paciente (n=27)			Profesional (n=27)		
	K	ee	ic	K	ee	ic
Alojamiento	0,767	0,127	0,52±1,01	0,752	0,134	0,49±1,01
Alimentación	0,626	0,147	0,33±0,91	0,606	0,154	0,30±0,91
Cuidado del hogar	0,850	0,102	0,65±1,05	0,845	0,105	0,64±1,05
Cuidado personal	0,778	0,121	0,54±1,01	0,769	0,125	0,52±1,01
Actividades diarias	0,630	0,150	0,34±0,92	0,615	0,155	0,31±0,92
Salud física	0,557	0,160	0,24±0,87	0,552	0,161	0,24±0,87
Síntomas psicóticos	0,778	0,1021	0,54±1,01	0,769	0,125	0,52±1,01
Información	0,562	0,142	0,28±0,84	0,552	0,143	0,27±0,83
Angustia	0,556	0,160	0,24±0,87	0,538	0,165	0,21±0,86
Riesgo para sí mismo	0,852	0,101	0,65±1,05	0,705	0,196	0,32±1,10
Riesgo para los demás	0,926	0,073	0,78±1,07	0,923	0,075	0,77±1,07
Alcohol	1			1		
Drogas	1			1		
Compañía	0,390	0,178	0,04±0,74	0,354	0,185	-0,009±0,717
Relaciones de pareja	0,556	0,160	0,24±0,87	0,462	0,185	0,10±0,82
Sexualidad	0,704	0,137	0,43±0,97	0,692	0,142	0,41±0,97
Cuidado hijos	1			1		
Educación básica	0,455	0,175	0,11±0,80	0,462	0,174	0,12±0,80
Teléfono	0,926	0,073	0,78±1,07	0,923	0,075	0,77±1,07
Transporte	0,923	0,075	0,77±1,07	1		
Dinero	0,695	0,139	0,42±0,96	0,687	0,142	0,41±0,96
Ayudas sociales	0,769	0,125	0,52±1,01	0,733	0,143	0,45±1,01

entrevistados paciente y profesional, encontrando una alta concordancia en ambos, sólo la necesidad de compañía resultó más baja (K= 0,69).

El test-retest se hizo sólo con la pareja A. La media de necesidades encontrada para el paciente en t1 y t2 fue de 8,9 y 8,7 respectivamente, con una correlación alta ($r= 0,79$; $p<0,01$). Similar a la encontrada para el profesional en t1 y t2 fue de 9,1 y 8,9 respectivamente, con una correlación alta ($r= 0,77$; $p<0,01$).

El test-retest resultante para los 22 ítems del CAN para los dos entrevistados (IC 95%) fue alto (tabla 2) excepto en las necesidades de compañía, educación básica y dinero, donde fue baja para ambos entrevistados, paciente y profesional. (Los dos instantes de comparación estaban separados por 7 días, tiempo suficiente cuando se están midiendo unas variables susceptibles al cambio).

Hemos utilizado el coeficiente de kappa para estudiar el nivel de acuerdo obtenido entre los dos grupos de entrevistados, paciente y personal (n=246). El análisis estadístico aplicado al estudio de acuerdo en los 22 ítems del cuestionario ha resultado significativo ($p< 0,001$) y con un nivel de concordancia entre moderada y fuerte. Sólo la necesidad de información resultó con un nivel de concordancia baja (K=0,163; ee=0,047; ic(0,07-0,26).

Discusión y conclusiones

El menor número de necesidades encontrado en el grupo B puede deberse al tipo de pacientes que lo for-

man, cuyos problemas son sólo aquellos compatibles con el tratamiento ambulatorio en la comunidad. Personas con más o mayores problemas pueden estar con más probabilidad entre los hospitalizados.

La diferencia en la concordancia entre las dos parejas puede deberse a la composición de las mismas. Los componentes de la pareja A son profesionales que atienden y conocen por tanto muy bien a los pacientes entrevistados. En cambio, la pareja B no conocía a los pacientes entrevistados. El mayor nivel de acuerdo encontrado en la pareja A refuerza la idea de que el CAN es un instrumento diseñado para la práctica clínica, y es en este contexto donde se incrementa su fiabilidad, siendo menos «sensible» cuando el instrumento es manejado por personas ajenas al conocimiento clínico del paciente.

La concordancia entre observadores para los 22 ítems de la escala entre las dos parejas muestran para la pareja A un alto nivel de acuerdo en todos sus ítems, lo que concuerda con lo encontrado en otros estudios^{1,8}. En cambio para la pareja B los niveles de acuerdo entre los ítems de la escala son más bajos, sobre todo en las necesidades de compañía, información, angustia (tabla 3). Lo que corrobora lo que venimos anunciando, y es que la fiabilidad del instrumento es menor cuando lo manejan personas ajenas a la práctica clínica.

Si comparamos nuestros datos con otros estudios europeos^{1,3,8} observamos altas correlaciones entre jueces para todos los centros ($r=0,98$; $p<0,01$), lo que demuestra que el CAN es un instrumento con alta fiabilidad inter-rater en todos los estudios en los que ha sido aplicado.

TABLA 3. Análisis de concordancia entre observadores para los 22 ítems del CAN (coeficiente de kappa). Comparación entre varios estudios europeos

Necesidades	Paciente				
	Rosales n= 29	Rosales N= 27	Phelan n= 49	Epsilon N= 274	Hansson N=
Alojamiento	1	1	0,88	0,94	0,94
Alimentación	0,72	0,93	0,87	0,88	0,92
Cuidado del hogar	0,65	0,93	0,89	0,86	0,93
Cuidado personal	0,65	1	0,95	0,95	0,88
Actividades diarias	0,51	1	0,85	0,93	0,98
Salud física	0,63	0,89	0,96	0,92	0,91
Síntomas psicóticos	0,72	1	0,88	0,83	0,84
Información	0,44	0,85	0,73	0,92	0,91
Angustia	0,45	0,91	0,93	0,94	0,98
Riesgo para sí mismo	0,93	0,84	0,94	0,82	0,94
Riesgo para los demás	0,59	1	0,65	0,84	0,73
Alcohol	0,79	1	1	0,89	0,71
Drogas	0,86	1	0,82	0,94	0,87
Compañía	0,32	0,70	0,89	0,97	0,92
Relaciones de pareja	0,93	1	0,79	0,94	0,83
Sexualidad	1	1	0,75	0,84	0,88
Cuidado de los hijos	1	1	1	0,79	0,94
Educación básica	0,72	1	0,82	0,84	0,90
Teléfono	0,86	1	0,91	0,75	0,49
Transporte	0,93	0,91	0,93	0,99	0,91
Dinero	0,52	1	0,86	0,91	0,91
Ayudas sociales	0,79	1	0,93	0,86	0,93

TABLA 4. Test-retest de la sección 1 (necesidad presente) para los 22 ítems (comparación de tres estudios)

Necesidades	Paciente		
	Rosales (K) n= 27	Phelan (K) (K) n=31	Epsilon (K) (K) n=247
Alojamiento	0,76	0,93	0,84
Alimentación	0,62	0,87	0,82
Cuidado del hogar	0,850	0,48	0,66
Cuidado personal	0,778	0,48	0,74
Actividades diarias	0,63	0,90	0,74
Salud física	0,557	0,36	0,70
Síntomas psicóticos	0,778	0,53	0,75
Información	0,562	0,36	0,69
Angustia	0,556	0,54	0,64
Riesgo para sí mismo	0,852	0,52	0,76
Riesgo para los demás	0,926	0,42	0,60
Alcohol	1	0,44	0,75
Drogas	1	0,36	0,65
Compañía	0,390	0,57	0,59
Relaciones de pareja	0,556	0,59	0,55
Sexualidad	0,704	0,43	0,59
Cuidado de los hijos	1	1	0,76
Educación básica	0,455	0,43	0,70
Teléfono	0,926	0,21	0,84
Transporte	0,923	0,58	0,79
Dinero	0,695	0,23	0,74
Ayudas sociales	0,769	0,49	0,68

Los niveles de acuerdo encontrados en el análisis test-retest fueron de $r = 0,79$ y $0,76$ para el paciente y el profesional respectivamente ($p < 0,01$), muy similares a los presentados en otros estudios^{1,8}. Si aplicamos el test-retest para cada uno de los ítems de la escala y comparamos con otros estudios europeos^{1,8} (tabla 4) observamos que hay una coincidencia en aquellas necesidades donde el coeficiente K fue bajo (el tiempo transcurrido entre las dos entrevistas fue de 1-2 semanas para todos los estudios). Así las necesidades de información, angustia, compañía y relaciones de pareja resultaron más bajas para todos los estudios comparados.

La necesidad de educación básica presenta una concordancia baja en nuestro estudio y el presentado por Phelan¹ (tabla 4). Las diferencias pueden deberse a las indicaciones que acompaña a la pregunta. Así, el entrevistador puede interpretar que porque la familia le ayuda en sus gestiones (cumplimentar impresos) ese paciente tiene necesidad. El ejemplo que propone el propio cuestionario puede dar lugar a que se tienda a puntuar 1.

Con la necesidad de *compañía* puede ocurrir lo mismo, el ejemplo que propone el cuestionario «Capaz de mantener suficientes contactos con otros, suficientes amigos» es un concepto ambiguo que queda a la interpretación del entrevistador. Por otro lado, el entrevistador tiende a puntuar «1» si el enfermo asiste a un club social.

En la necesidad de *angustia* influye el conocimiento clínico del paciente, por lo que puede catalogarla de leve o intensa. La diferencia del valor de k en este ítem es muy notable: (A=0,908 y B=0,448), la pareja A conoce perfec-

tamente al entrevistado, hecho que puede influir en su puntuación. En general, en aquellos ítems que requieren un juicio clínico la pareja A tiene mayor concordancia. También las necesidades de tipo clínico como serían *angustia y salud física* son más susceptibles al cambio en una semana.

Deberían hacerse estudios adicionales en diferentes localidades y entre otros grupos específicos de gente con enfermedades mentales crónicas que no tienen contacto con los servicios asistenciales, tales como los vagabundos, para evaluar si el instrumento puede ser usado con éxito con pacientes que tienen un patrón de necesidades más cambiante.

Nuestra experiencia con el manejo del CAN es claramente positiva, aunque desde nuestro punto de vista algunas de las áreas que en la mayoría de las publicaciones se muestran más prevalentes, como pudieran ser la necesidad de *actividades diarias*, que acaso sea una variable que esconda demasiados factores dependientes de otras variables no explícitas, como son los papeles familiares que cada cultura adjudica de acuerdo con el sexo; o la necesidad de *compañía* que en ocasiones queda oculta por un fuerte apoyo familiar, sin que los cuestionarios en uso discriminen suficientemente otras esferas de relación interpersonal. Resulta interesante destacar que los enfermos esquizofrénicos de nuestro estudio⁹ no presentan prácticamente problemas en un área básica como es el *alojamiento*, a diferencia de lo que ocurre en otros lugares de Europa. En nuestro estudio tienen necesidad de alojamiento el 8% mientras que en otros estudios el porcentaje encontrado es bastante más alto (Phellan 43%, Slade 41%, Hansson 12%,)¹⁻³. Esto respondería fundamentalmente a que desde el punto de vista cultural vivir con la familia de origen en España no se percibe como problema y por tanto no se plantea como una necesidad. También influye que la muestra estudiada corresponde a población asistida, lo que reduce la posibilidad de que se incluyan en la misma personas que tendrían problemas de esta índole como son los vagabundos.

Finalmente, un problema común a la mayoría de los cuestionarios de evaluación en uso, y que comparte este instrumento, es que no tiene suficientemente resuelta la forma en que los investigadores han de presentar sus datos para que sean inteligibles y útiles a terceros, sobre todo a planificadores y políticos.

Tras los resultados expuestos podemos concluir que el CAN es un instrumento con una alta fiabilidad entre observadores, aunque ésta disminuye si no se tiene un conocimiento clínico del paciente. El análisis test-retest más bajo para algunos de los ítems individuales puede ser un reflejo del cambio de necesidades entre evaluaciones.

Por otra parte este instrumento es de rápido y sencillo manejo, y viene a cubrir un vacío existente en el estudio de evaluación de necesidades de los enfermos mentales crónicos en nuestro país.

AGRADECIMIENTOS

Al personal de la Unidad de Rehabilitación de Área (URA) de Granada por su colaboración en la realización de las entrevistas a los enfermos.

A todos los profesionales de Salud Mental del Área Granada-Sur por su disponibilidad para este trabajo.

BIBLIOGRAFÍA

1. Phelan M, Slade M, Thornicroft G. The Camberwell Assessment of Needs: the validity and reliability of an instrument to assess the needs of people with severe mental illness. *Br J Psychiatry* 1995;167:589-95.
2. Slade M, Phelan M, Thornicroft G, Parkman S. The Camberwell Assessment of Need (CAN): comparison of assessments by staff and patients of the needs of the severely mentally ill. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 1996;31:109-13.
3. Hansson L, Björkman T, Svensson B. The assessment of needs in psychiatric patients. *Acta Psychiatrica Scandinavica* 1995;0:1-9.
4. Jiménez Estévez JF, Moreno Kustner B, Torres González F. Evaluación de necesidades en enfermos mentales crónicos: el cuestionario de evaluación de necesidades de Camberwell. *Archivos de Neurobiología* 1997;60:113-24.
5. Jiménez Estévez JF, Moreno Kustner B, Rodríguez Linde E, Torres González F. (1995): CAN. Cuestionario de evaluación de necesidades de Camberwell. Grupo de Investigación «Salud Mental Granada-Sur». Universidad de Granada: Edic. española; 1995.
6. Byirt R, Bishop J, Carlin JB. Bias, prevalence and kappa. *J Clin Epidemiol* 1993;46:423-4.
7. Feinstein A, Cicchetti D. High agreement but low Kappa: II Resolving the paradoxes. *J Clin Epidemiol* 1990;43(6):551-8.
8. McCrone P, Leese M, Thornicroft G, Schene AH, Knudsen HC, Vázquez-Barquero JL, et al, and de EP-SILON study group. Reliability of the Camberwell Assessment of need- european version. *Br J Psychiatry* 2000; 177(Suppl 39):34-40.
9. Rosales Varo C. Estudio Geográfico de una población de esquizofrénicos y de sus necesidades. Tesis Doctoral. 1999. Universidad de Granada