

Adaptación y fiabilidad del Cuestionario de Actitudes del Usuario, versión española de *Patient Attitude Questionnaire*



Pablo GARCÍA-CUBILLANA*; Luis FERNÁNDEZ*; Marcelino LÓPEZ*;
Berta MORENO**; Juan de Dios LUNA***; Margarita LAVIANA****

RESUMEN

Introducción: *el objetivo de este artículo es presentar la adaptación española del Patient Attitude Questionnaire (Cuestionario de Actitudes del Usuario, CAU), en su versión comunitaria, cuya fiabilidad se ha analizado en una muestra de personas con trastorno mental severo de Andalucía (España).*

Sujetos y Método: *tras realizar la traducción al español, 30 sujetos residentes en alojamientos protegidos fueron evaluados por dos jueces. Para el análisis estadístico se utilizó el Coeficiente Kappa de Cohen.*

Resultados: *fiabilidad entre jueces: Kappa entre 0,73 y 1,00; consistencia entre instantes: Kappa entre 0,37 y 0,93.*

Discusión y conclusiones: *el CAU es un instrumento de medida que presenta en su conjunto buenas propiedades de fiabilidad, siendo muy buena la concordancia entre evaluadores. Se recomienda su utilización para conocer, de manera directa, la percepción que las personas con trastorno mental severo tienen sobre la atención sociosanitaria que reciben, al demostrarse la capacidad de estas personas para pronunciarse sobre aspectos que afectan a su bienestar, de manera clara y consistente.*

PALABRAS CLAVE: Fiabilidad. Percepción atención recibida. Trastorno mental severo

* Fundación Andaluza para la Integración Social del Enfermo Mental, Sevilla.

** Departamento de Psiquiatría. Universidad de Granada.

*** Departamento de Bioestadística, Universidad de Granada.

**** Área de Salud Mental Hospital «Virgen del Rocío». SAS. Sevilla.

Correspondencia: Pablo García-Cubillana. Fundación Andaluza para la Integración Social del Enfermo Mental. Avda. Las Ciencias, 27, Acc. A. 41020 Sevilla. Correo electrónico: pablo.garciacubillana@juntadeandalucia.es

Recibido: 26-7-05 Aceptado: 30-9-05

SPANISH VERSION AND RELIABILITY OF THE PATIENT ATTITUDE QUESTIONNAIRE

SUMMARY

Introduction: the aims of this paper is to present the Spanish version of the Patient Attitude Questionnaire (Community Version) —PAQ— and its reliability that has been studied on a sample of people with severe mental illness in Andalusia (Spain).

Subjects y Method: once the translation into Spanish was satisfactory, 30 residents in different sheltered homes were assessed by two researchers. For the statistical analysis Kappa coefficient was used.

Results: inter-rate agreement: kappa from 0.73 to 1.00; test-retest agreement: Kappa from 0.37 to 0.93.

Discussion and conclusion: CAU is an assessment instrument with good reliability properties, having excellent inter-rate agreement. Its use is recommended to assess the attitude of people with severe mental illness towards the health and social care that they receive, as it has been demonstrated their ability to give clear and consistent views about aspects related to their welfare.

KEY WORDS: Reliability. Attitude towards services. Severe mental illness.

INTRODUCCIÓN

La exploración de distintos aspectos de la valoración subjetiva que las personas con trastorno mental severo tienen con respecto a los distintos tipos de servicios sanitarios y sociales que utilizan ha ido cobrando importancia de modo progresivo, especialmente en el marco del cambio conceptual que supone el paradigma de la atención comunitaria en salud mental.¹⁻⁶ Aunque el interés por conocer las opiniones de los usuarios es común al conjunto de la atención sanitaria y social, en el campo de la salud mental es especialmente significativo. Hablar, en efecto, de ciudadanos,³⁻⁵ sujetos de derechos y obligaciones, significa reconocer capacidad para opinar y pertinencia de las opiniones, en consonancia con el énfasis en las dimensiones subjetivas que incorporan modelos como los basados en el concepto de «recuperación»⁷⁻⁹ o la perspectiva del *empowerment*,¹⁰ asociados a las orientaciones de rehabilitación psicosocial y atención comunitaria.

Aunque el conocimiento del grado de satisfacción de los usuarios hacia los distintos servicios que reciben presenta, en general, dificultades metodológicas no despreciables, que se señalan abundantemente en la literatura¹¹⁻¹³ y que se agravan en el colectivo de personas con trastornos mentales graves¹⁴⁻¹⁷, dada la naturaleza y repercusiones de su enfermedad, no parece lógico excluirlas *a priori* de un intento de análisis.² De hecho, tal análisis constituye una dimensión indispensable en la planifica-

ción y evaluación de servicios e intervenciones en salud mental y así se recoge en la literatura con un volumen creciente de publicaciones.^{15,17}

Un área específica a este respecto es la del alojamiento, dentro de los programas de apoyo social, área en la que parece evidente la importancia que el grado de satisfacción de los residentes debería tener en la evaluación de dichos programas^{3,18-20} y en su progresiva adecuación a las necesidades de los mismos. Por ello, el estudio desarrollado en Andalucía^{*} sobre el programa residencial de la Fundación Andaluza para la Integración Social del Enfermo Mental (FAISEM)²¹ incluyó, como una dimensión importante para la evaluación del programa, la exploración de las actitudes de los residentes con respecto a distintos aspectos de los alojamientos en que residían.

El estudio utilizó un grupo de instrumentos derivados de los trabajos del TAPS^{17,22-25} y, en el caso de las actitudes de los residentes, tras valorar otras alternativas, se optó por el empleo de una versión del mismo cuestionario utilizado por dicho equipo: el *Patient Attitude Questionnaire* (PAQ), en su versión comunitaria. Aunque, por una parte, hay otros instrumentos de uso más general,^{15,16} y por otra, el PAQ¹⁷ (CAU en las siglas correspondientes a la adaptación española: Cuestionario de Actitudes del Usuario) fue diseñado para un uso muy específico (la comparación entre las estructuras residenciales y el hospital psiquiátrico), que obligaba a introducir modificaciones para nuestro objetivo, valoramos que este último ofrecía la mejor relación entre utilidad y facilidad de uso.

De hecho, una versión parcialmente modificada por el equipo del TAPS fue utilizada en un estudio previo²⁶⁻²⁷ comparativo de algunas estructuras residenciales andaluzas e inglesas, por lo que se partió de dicha versión, reduciendo y modificando las preguntas previas pero sin introducir variaciones substanciales en la estructura del instrumento.

CUESTIONARIO DE ACTITUDES DEL USUARIO (CAU)

La versión original inglesa del citado instrumento fue elaborada por O'Driscoll y Reda.¹⁷ Fue diseñado para medir los cambios en la valoración de los residentes en los procesos de transición desde un hospital psiquiátrico a la comunidad, a través de la evaluación de las actitudes de los usuarios con relación al lugar en el que residen, el hospital del que proceden y hacia el personal que les atiende.

El cuestionario, en la versión utilizada (anexo I), consta de 26 preguntas, de las cuales tres se consideran información previa recogida de los informantes claves y una cuar-

* «Evaluación del Programa Residencial para Enfermos Mentales en Andalucía», cofinanciado por el Fondo de Investigación Sanitaria (Exp. n.º 00/0973) y FAISEM.

ta que sólo se responde si más del 50% de las respuestas han sido «no hay respuesta» o «respuesta no clasificable» (motivo por el cuál no se analiza la información aportada) y se aplica directamente a los usuarios por parte de un encuestador entrenado.

La fiabilidad entre instantes del cuestionario original¹⁷ se calculó con una muestra de 43 pacientes. A dicha muestra se le aplicó el instrumento en dos ocasiones, con un intervalo de seis meses. Las entrevistas fueron realizadas por cuatro evaluadores entrenados, entrevistando cada uno de ellos a una parte de la muestra en las dos ocasiones. Se obtuvo un grado de acuerdo medio entre ambas evaluaciones (Kappa²⁸ de 0,51). La fiabilidad entre jueces se realizó entrevistando a 27 pacientes, siendo estas entrevistas observadas y evaluadas por varios evaluadores. El número de éstos no fue constante para todas las entrevistas, variando entre 2 y 6. Las puntuaciones obtenidas indicaron un alto nivel de concordancia entre evaluadores (Kappa de 0,82). En ambos casos se agruparon las respuestas de los *ítems* con posibilidad de señalar más de una categoría, asignando como criterio de acuerdo presentar al menos una categoría en común entre ambas mediciones. También se agruparon categorías de contenidos similares en algunos ítems.

ANEXO 1: CUESTIONARIO DE ACTITUDES DEL USUARIO (CAU)

Instrucciones

El cuestionario se pasa al usuario directamente. Las preguntas deben hacerse de un modo abierto y explicar todo lo que sea necesario para obtener una respuesta, salvo en los casos donde se indica *sin sugerencia*. Las respuestas se recogerán en la hoja de respuestas, indicando el número correspondiente.

Una respuesta se considera no clasificable cuando no incluye suficiente información relevante para evaluar con exactitud el contenido de la respuesta. Las respuestas no clasificables incluyen los «no sé», el material alucinatorio y/o delirante, etc.

En el caso de usuarios que en el momento de la entrevista presenten alguna sintomatología que dificulte la realización de la misma, preguntar al personal del alojamiento para intentar diferenciar si se trata de una situación habitual o de una afectación temporal. En este último caso, la entrevista podrá volver a intentarse en los 30 días siguientes.

Información previa (preguntar al personal)

0.a. ¿Dónde reside el usuario actualmente? (especificar código del alojamiento)

0.b. Tiempo que lleva residiendo en este lugar en meses.

0.c. ¿Dónde residía el usuario antes de entrar en el programa FAISEM?

1. En un hospital psiquiátrico¹
2. En otra institución sanitaria²
3. En su casa
4. En una institución de servicios sociales

5. En la calle
6. Otros (especificar)
7. No se tiene información

Cuestionario

Como norma general, sustituir la palabra «recurso» por la denominación habitual que el entrevistado utilice para denominar su lugar de residencia: piso, casa, etc. Sustituir la expresión «donde vivía antes» por la residencia especificada en 0.c.

1. Cuando llegó a este recurso, ¿deseaba haber cambiado de residencia?
 0. No hay respuesta
 1. Respuesta no clasificable
 2. No
 3. Sí

2. ¿Dónde le gusta más vivir, aquí o donde vivía antes?
 0. No hay respuesta
 1. Respuesta no clasificable
 2. Prefiero vivir aquí
 3. Preferiría vivir allí

3. ¿Le gustaría volver a vivir allí?
 0. No hay respuesta
 1. Respuesta no clasificable
 2. No
 3. Sí

4. ¿Tiene la sensación de que su vida aquí es muy diferente de la que llevaba antes?
 0. No hay respuesta
 1. Respuesta no clasificable
 2. No
 3. Sí

5. Si es así, en términos generales, diría que es:
 0. No hay respuesta
 1. Respuesta no clasificable
 2. Mucho mejor
 3. Algo mejor
 4. Algo peor
 5. Mucho peor
 9. No aplicable (*si contesta «no» en la pregunta 4*)

¹ Incluye Hospital Psiquiátrico Penitenciario.

² Incluye la permanencia en una institución sanitaria por más de un año.

6. Hablando ahora de su residencia actual, ¿qué es lo que le gusta de vivir aquí?
(puede elegir más de una respuesta)

0. No hay respuesta
1. Respuesta no clasificable
2. No hay nada que me guste
3. Los compañeros (excluido el personal)
4. El entorno exterior
5. El entorno interior
6. La comida
7. El personal (monitores)
8. El régimen de funcionamiento

7. Por el contrario, ¿qué es lo que no le gusta de vivir aquí?
(puede elegir más de una respuesta)

0. No hay respuesta
1. Respuesta no clasificable
2. No hay nada que no me guste
3. Los compañeros (excluido el personal)
4. El entorno exterior
5. El entorno interior
6. La comida
7. El personal (monitores)
8. El régimen de funcionamiento

8. ¿Le gustaría que éste fuese su hogar permanente?

0. No hay respuesta
1. Respuesta no clasificable
2. No
3. Sí

9. Si no es así, ¿dónde le gustaría vivir?

0. No hay respuesta
1. Respuesta no clasificable
2. Solo
3. Con mi familia de origen
4. Con mi pareja/familia propia
5. En otro recurso del Programa Residencial (piso, casa-hogar, pensión)
6. Otros (especificar)
9. No aplicable (*si ha contestado «sí» a la pregunta 8*)

10. Si, por cualquier razón, la opción elegida en la pregunta anterior no fuese posible, ¿en qué otro lugar le gustaría vivir?

0. No hay respuesta
1. Respuesta no clasificable
2. Aquí
3. Solo
4. Con mi familia de origen
5. Con mi pareja/familia propia

6. En otro recurso del Programa Residencial (piso, casa-hogar, pensión)
 7. Otros (especificar)
 9. No aplicable (*si ha contestado «sí» a la pregunta 8*)
11. Volviendo a hablar de su vida aquí, ¿tiene usted actividades organizadas y/o obligaciones habituales? (puede elegir más de una respuesta)
0. No hay respuesta
 1. Respuesta no clasificable
 2. No tiene actividades organizadas ni obligaciones habituales
 3. Realiza tareas domésticas (incluye compras, cuidado de jardines, etc.)
 4. Actividades de tipo ocupacional
 5. Actividades sociales y/o juegos
 6. Reuniones de grupo
12. Si las tiene (respuestas 3-6 a la pregunta anterior), en general ¿le parecen beneficiosas o no?
0. No hay respuesta
 1. Respuesta no clasificable
 2. No beneficiosas
 3. Beneficiosas
 4. Unas beneficiosas y otras no (especificar)
 9. No aplicable (*si contesta 0-2 en la pregunta 11*)
13. ¿Habitualmente realiza actividades o trabaja fuera? (puede elegir más de una respuesta)
0. No hay respuesta
 1. Respuesta no clasificable
 2. No
 3. Tiene un empleo
 4. Acude a actividad ocupacional
 5. Acude a algún programa sanitario (Hospital de Día, Comunidad Terapéutica, Unidad de Rehabilitación)
 6. Participa en actividades de voluntariado
 7. Participa en actividades de ocio, club social, etc.
 8. Participa en actividades de formación
14. Si las realiza (respuestas 3-8 a la pregunta anterior), en general ¿le parecen beneficiosas o no?
0. No hay respuesta
 1. Respuesta no clasificable
 2. No beneficiosas
 3. Beneficiosas
 4. Unas beneficiosas y otras no (especificar)
 9. No aplicable (*si contesta 0-2 en la pregunta 13*)

15. ¿Le gustaría participar en otras actividades organizadas? (sin sugerencias)
(puede responder más de una)
0. No hay respuesta
 1. Respuesta no clasificable
 2. No, en ninguna
 3. Trabajo retribuido
 4. Actividad ocupacional
 5. Trabajo voluntario
 6. Programas de día de carácter sanitario
 7. Actividades sociales/ocio
 8. Vacaciones
 9. Otras (especificar)
16. Desde que vive aquí, ¿ha notado algún cambio en relación con su enfermedad?
0. No hay respuesta
 1. Respuesta no clasificable
 2. Ningún cambio
 3. Cambio a peor
 4. Cambio a mejor
17. Desde que vive aquí, ¿ha notado algún cambio en relación con su vida en general?
0. No hay respuesta
 1. Respuesta no clasificable
 2. Ningún cambio
 3. Cambio a peor
 4. Cambio a mejor
18. Si alguna otra persona le preguntara por este lugar u otro parecido o de estas características, ¿se lo recomendaría como un buen sitio para vivir?
0. No hay respuesta
 1. Respuesta no clasificable
 2. No
 3. No éste, pero sí otro de las mismas características
 4. Sí
19. Durante su vida aquí, ¿se le ha presentado algún problema importante para cuya solución habría necesitado la ayuda de otra persona?
0. No hay respuesta
 1. Respuesta no clasificable
 2. No
 3. Sí (especificar)
20. Si así fue, ¿pidió ayuda a alguien? (puede elegirse más de una respuesta)
0. No hay respuesta
 1. Respuesta no clasificable
 2. No

3. Al profesional de salud mental responsable de su atención
 4. A otro profesional de salud mental
 5. A un familiar
 6. A un amigo no residente
 7. A otro residente
 8. A algún trabajador del alojamiento
 9. No aplicable (*si contesta «no» a la pregunta 19*)
 10. A otro trabajador de la red no sanitaria
 11. A otros (especificar)
21. ¿Tuvo dificultades para obtener ayuda de alguno de ellos?
0. No hay respuesta
 1. Respuesta no clasificable
 2. No
 3. Del profesional de salud mental responsable de su atención
 4. De otro profesional de salud mental
 5. De un familiar
 6. De un amigo no residente
 7. De otro residente
 8. De algún trabajador del alojamiento
 9. No aplicable (*si contesta «no» a la pregunta 20*)
 10. De otro trabajador de la red no sanitaria
 11. De otros (especificar)
22. Como conclusión general y teniendo en cuenta tanto lo bueno como lo malo, ¿le gusta vivir aquí?
0. No hay respuesta
 1. Respuesta no clasificable
 2. No
 3. Sí
23. En el caso de que la mayoría de las respuestas (más del 50%) hayan sido «no hay respuesta» o «respuesta no clasificable», sería por:
1. No quiere responder
 2. Lenguaje incoherente
 3. Desconocimiento del castellano
 4. Mutismo
 5. Otras razones (especificar)
 9. No aplicable

Observaciones:

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

SUJETOS Y MÉTODO

Sujetos

Los sujetos seleccionados para el estudio de fiabilidad fueron 30 usuarios alojados en casas-hogar, que cumplieran los criterios de inclusión en el citado estudio: tener un diagnóstico de enfermedad mental severa, de larga evolución y estar residiendo en los dispositivos residenciales específicos de FAISEM (pisos y casas-hogar). Ver en tabla 1 las características sociodemográficas de la muestra.

TABLA 1: CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS DE LA MUESTRA

N		30
EDAD	<i>Edad media</i> < 35 años 35-50 años > 50 años	44,1 años 14% 69% 17%
SEXO	Hombre Mujer	83% 17%
ESTADO CIVIL	Soltero Casado/con pareja de hecho Separado, divorciado, viudo	80% 3% 17%
NIVEL EDUCATIVO	Sabe leer y escribir sin estudios Estudios primarios, EGB, Bachiller Elemental Bachiller Superior, FP o similar Estudios universitarios	24% 59% 14% 3%
DIAGNÓSTICO CIE-10	F2 (esquizofrenia, trastornos esquizotípicos y trastornos de ideas delirantes) F1 (trastornos mentales y del comportamiento debido a consumo de sustancias psicótropas) F6 (trastornos de la personalidad y del comportamiento de la edad adulta)	93% 3,5% 3,5%
EVOLUCIÓN DE LA ENFERMEDAD	Duración media	18,7 años
ESTANCIA EN EL PROGRAMA RESIDENCIAL	Estancia media	3,2 años

Procedimiento

El citado cuestionario fue traducido del inglés al castellano, siendo la traducción revisada por varios profesionales de salud mental para detectar posibles incoherencias entre la versión española y la original, e identificar aspectos que pudieran plantear dificultades de comprensión en la población española.

Sobre la traducción se realizaron algunos cambios. Como se detalla con anterioridad, el instrumento original estaba pensado, como la mayoría de los utilizados en el TAPS,²²⁻²⁵ para medir los cambios en la valoración de los residentes en los procesos de transición desde un hospital psiquiátrico a la comunidad, y por ello varios de sus *ítems* tuvieron que ser modificados para nuestro objetivo, aunque se conservaron algunas preguntas comparativas con la situación previa, que era en nuestro caso más diversa que aquella que pretendían analizar los trabajos del TAPS.

Esta tarea se llevó a cabo en varias sesiones, en las cuales se discutieron diferentes alternativas, eligiéndose las más adecuada para la finalidad del estudio.

Posteriormente, se procedió a realizar el estudio de fiabilidad. Un encuestador debidamente entrenado entrevistó en un primer momento a cada uno de los integrantes de la muestra.

La fiabilidad entre jueces se realizó con la ayuda de un segundo evaluador debidamente entrenado, que sin intervenir de manera activa en las entrevistas anteriores observaba y puntuaba de manera independiente las respuestas emitidas por los usuarios.

Para calcular la consistencia entre instantes, el mismo encuestador volvió a entrevistar a 27 de los 30 usuarios 45 días más tarde. Se había producido un fallecimiento tras las primeras entrevistas y dos de las personas a entrevistar por segunda vez no quisieron responder a las preguntas.

Al igual que en la versión original, se agruparon las respuestas de los *ítems* con posibilidad de señalar más de una categoría, asignando como criterio de acuerdo presentar al menos una categoría en común entre ambas mediciones (*ítems* 6, 7, 11, 13, 15 y 20). Además se agruparon las categorías 0 y 1 en todos los *ítems*.

Método estadístico

Con objeto de estudiar la concordancia entre observadores y la concordancia entre instantes, se llevó a cabo el cálculo del estadístico Kappa²⁸ para cada uno de los *ítems*, recodificados como se dijo anteriormente. Cada uno de los estadísticos Kappa calculados fue acompañado de un intervalo de confianza exacto para el mismo al nivel de confianza del 95%; los diferentes valores obtenidos fueron etiquetados según la clasificación clásica de Landis y Koch.²⁹ El estadístico Kappa presenta un problema grave de dependencia de los marginales de la tabla, de manera que cuando el porcentaje de presentación de una categoría es muy alto, frente a las otras categorías, el valor

del estadístico resulta muy bajo aún cuando la concordancia sea grande; este problema, que ya ha sido descrito por diferentes autores,^{30,31} se planteó en múltiples ocasiones en nuestro trabajo y lo hemos solucionado empleando la aproximación de Cichetti y Feinstein.^{32,33} Los paquetes estadísticos empleados para los cálculos fueron SPSS 12,0 y StatXact 4,0.

RESULTADOS

En relación a la fiabilidad entre observadores, el coeficiente Kappa se sitúa entre 0,73 y 1,00, obteniendo un valor por encima de 0,81 el 95,5% de los ítems (tabla 2); y en relación a la estabilidad temporal de las puntuaciones, entre 0,37 y 0,93, obteniendo un valor por encima de 0,81 el 36,4% de los ítems, entre 0,61 y 0,81 el 31,8%, entre 0,41 y 0,61 el 27,3%, y entre 0,20 y 0,40 el 4,5% (tabla 3).

TABLA 2: FIABILIDAD ENTRE OBSERVADORES

ÍTEM	KAPPA	IC KAPPA	
		INFERIOR	SUPERIOR
1	0,93	0,80	1,00
2	0,92	0,76	1,00
3	1,00	—	—
4	0,90	0,75	0,97
5	0,73	0,56	0,87
6	0,89	0,68	1,00
7	1,00	—	—
8	0,94	0,82	1,00
9	0,91	0,78	1,00
10	0,87	0,73	1,00
11	0,90	0,75	0,97
12	1,00	—	—
13	0,93	0,80	0,99
14	0,95	0,84	1,00
15	0,97	0,84	1,00
16	1,00	—	—
17	1,00	—	—
18	1,00	—	—
19	1,00	—	—
20	0,97	0,84	1,00
21	0,94	0,83	1,00
22	1,00	—	—

TABLA 3: FIABILIDAD ENTRE INSTANTES

ÍTEM	KAPPA	IC KAPPA	
		INFERIOR	SUPERIOR
1	0,85	0,68	0,95
2	0,81	0,64	0,92
3	0,85	0,68	0,95
4	0,85	0,68	0,95
5	0,52	0,32	0,71
6	0,63	0,43	0,80
7	0,37	0,20	0,57
8	0,78	0,59	0,90
9	0,67	0,46	0,83
10	0,48	0,29	0,68
11	0,74	0,54	0,89
12	0,70	0,50	0,85
13	0,56	0,36	0,73
14	0,63	0,43	0,80
15	0,52	0,32	0,71
16	0,93	0,78	0,99
17	0,93	0,78	0,99
18	0,89	0,71	0,97
19	0,63	0,43	0,80
20	0,44	0,27	0,64
21	0,52	0,32	0,71
22	0,85	0,68	0,95

DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES

Los resultados del análisis de fiabilidad entre evaluadores (valores por encima de 0,81 en el 95,5% de los ítems) indica una muy buena concordancia entre evaluadores, siendo este valor incluso superior a los obtenidos por los autores de la versión original (Kappa de 0,82).¹⁷

Aunque los procedimientos utilizados han sido similares en ambas situaciones, si pretendemos comparar los resultados, estamos obligados a realizar un análisis más profundo de la metodología utilizada. Por ejemplo, en la versión original, las entrevistas fueron observadas por hasta seis evaluadores en algunos casos, sin que ninguno de ellos ejerciera el papel de entrevistador. En la versión adaptada, un juez entrevistaba y evaluaba al mismo tiempo y un segundo juez evaluaba observando la entrevista realizada por el primero de manera simultánea.

En relación a la consistencia entre instantes, el 68,2% de los *ítems* obtienen un nivel de acuerdo bueno o muy bueno, el 27,3% un nivel de acuerdo moderado y tan sólo el 4,5% un nivel mediocre, siendo estos resultados similares a los obtenidos por los autores de la versión original (Kappa de 0,51), si bien en ese caso la muestra utilizada y el intervalo de tiempo entre ambas mediciones fue mayor (43 usuarios y seis meses respectivamente).

El hecho de que con diferentes periodos de tiempo (45 días o seis meses) se obtengan resultados similares, ambos moderados, respalda la consistencia de las actitudes de los usuarios a través del tiempo, condición necesaria para la validación del instrumento. Los *ítems* en los que aparecen índices de acuerdos moderados suelen ser aquellos en los que predominan preguntas con múltiples opciones de respuestas (entre 5 y 10), a diferencia del grupo de *ítems* con mejores concordancias, en los que predominan respuestas con pocas opciones (por ejemplo, «no», «sí» y «no hay respuesta/no clasificable»). Se da la circunstancia que el único *ítem* con un índice de acuerdo mediocre hace referencia a valoraciones negativas de una serie de características, a diferencia del *ítem* que valora las mismas características pero de manera positiva, con una buena concordancia.

Por otro lado, el problema que presenta el estadístico Kappa al que se hizo referencia en el método estadístico,²⁸ nos ha llevado a emplear una aproximación,^{32,33} lo que puede haber sobreestimado algo el tamaño del índice de concordancia. No obstante, los límites inferiores de los intervalos son lo suficientemente altos como para justificar que las concordancias de la mayoría de los *ítems* son bastante aceptables; la anchura de los intervalos es muy grande en la mayoría de los casos debido al tamaño de muestra, pero aún así los valores del intervalo reflejan en muchos *ítems* que la concordancia entre observadores y entre instantes es muy alta.

Teniendo en cuenta lo anteriormente expuesto, el CAU aparece como un instrumento de medida que, en su versión española y adaptada, presenta buenas propiedades de fiabilidad, resaltando su excelente índice de acuerdo entre evaluadores. Además, se acredita su utilización para conocer, de manera directa, la percepción que las personas con trastorno mental severo tienen sobre la atención sociosanitaria que reciben, al quedar demostrada su capacidad para dar su opinión de manera clara y consistente,² lo que permite que las percepciones de los propios usuarios sean tenidas en cuenta a la hora de planificar y evaluar los servicios en los que reciben atención.

BIBLIOGRAFÍA

1. López M, Laviana M, García-Cubillana P, Fernández L, Moreno B, Maestro JC. Evaluación del programa residencial para personas con trastorno mental severo en Andalucía (I): Descripción general del programa y del estudio. *Rehabilitación Psicosocial*. 2005;2(1):2-11.
2. López M, García-Cubillana P, López A, Fernández L, Laviana M, Moreno B. Evaluación del programa residencial para personas con trastorno mental severo en Andalucía (V): actitudes y grado de satisfacción de los residentes. *Rehabilitación Psicosocial*. 2005;2(2):56-63.
3. López M, Lara L, Laviana M, Fernández L, García-Cubillana P, López A. Los programas residenciales para personas con trastorno mental severo. Revisión y propuestas. *Archivos de Psiquiatría*. 2004;67(2):101-28.
4. López M. Rehabilitación y red asistencial: sistemas de atención a «la cronicidad» en salud mental. En: Verdugo MA, López D, Gómez A, Rodríguez M, editores. *Rehabilitación y salud mental. Situación y perspectivas*. Salamanca: Amarú; 2002; p. 75-105.
5. Saraceno B. *La fine dell'Intrattenimento*. Milano: Etas Libri; 1995.
6. Thornicroft G, Szmulker G. *Textbook of Community Psychiatry*. Oxford: Oxford University Press; 2001.
7. Anthony W. Recovery from mental illness: the guiding vision of the mental health service system in the 1990's. *Psychosoc Rehabil J*. 1993;16(4):11-23.
8. Turner-Crowson J, Wallcraft J. The recovery vision for mental health services and research: a British perspective. *Psychiatr Rehabil J*. 2002;25(3):245-54.
9. Davidson L, Stayner DA, Nickou C, Styron TH, Rowe M, Chinman ML. «Simply to be let in»: inclusion as a basis for recovery. *Psychiatr Rehabil J*. 2001;24: 375-88.
10. McLean AH. From ex-patient alternatives to consumer options: consequences of consumerism for psychiatric consumers and the ex-patient movement. *Int J Health Serv*. 2000;30(4):821-47.
11. Camprubí J. La satisfacción del cliente: singularidades de los servicios sanitarios. En: Del Llano J, Ortín V, Martín JM, Millán J, Gené J, editores. *Gestión sanitaria. Innovaciones y desafíos*. Barcelona: Masón; 1999; p. 333-48.
12. Donabedian A. La calidad de la atención médica. México: Prensa Científica Mexicana; 1984.
13. Phillips C, Palfrey C, Thomas P. *Evaluating Health and Social Care*. London: McMillan; 1994.
14. Goldman HH, Rachuba L, Van Tosh L. Methods of assessing mental health consumers' preferences for housing and support service. *Psychiatr Serv*. 1995; 46: 169-72.
15. Ruggeri M. Patients' and relatives' satisfaction with psychiatric services: the state of the art of its measurement. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*. 1994; 29:212-27.
16. Tanzman B. An overview of Surveys of mental health consumers' preferences for housing and support services. *Hospital Community Psychiatry*. 1993;44(5): 450-5.
17. Thornicroft G, Gooch C, O'Driscoll C, Reda S. The TAPS project 9: the reliability of the Patient Attitude Questionnaire. *Br J Psychiatry*. 1993;162Suppl19:25-9.
18. Fakhoury WK, Murray A, Shepherd G, Priebe S. Research in supported housing. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*. 2002;37:301-5.
19. Pyke J, Lowe J. Supporting people, not structures: changes in the provision of housing support. *Psychiatr Rehabil J*. 1996;19(3):5-12.
20. De Girolamo G, Bassi M. Residential facilities as the new scenario of long-term psychiatric care. *Current Opinion Psychiatry*. 2004;17:275-31.
21. Lara L, López M. La provisión de recursos de apoyo social en Andalucía. En: García J, Espino A, Lara L, editores. *La psiquiatría en la España de fin de siglo*. Madrid: Díaz de Santos; 1998; p. 213-24.
22. Leff J. *Care in the Community: Illusion or Reality?* London: Wiley & Sons; 1997.
23. Leff J, Trieman N, Knapp M y Hallam A. The TAPS project. A report on 13 years of research, 1985-1998. *Psychiatr Bull R Coll Psychiatr*. 2000; 24: 165-168.
24. Leff J, Dayson D, Gooch C, Thornicroft G y Wills W. Quality of life of long-stay patients discharged from two Psychiatric institutions. *Psychiatr Serv*. 1996; 47 (1): 62-67.
25. Leff J, Trieman N y Gooch C. Team for the Assessment of Psychiatric Services (TAPS) Project 33: prospective follow-up study of long-stay patients discharged from two psychiatric Hospitals. *Am J Psychiatry*. 1996; 153: 1318-1324.
26. Maestro JC, Torres F, Laviana M, Moreno B, Trieman N y Rickard C. Estudio de las alternativas residenciales para pacientes desinstitutionalizados en Granada y Sevilla. *Anales de Psiquiatría*. 2001; 17 (4): 143-152.
27. Rickard C, Trieman N, Torres F, Laviana M et al. Residential care for mentally ill people in Andalusia and London-a comparison of care environments, user's attitudes and cost of care. *J Ment Health*. 2002; 11 (3): 327-333.
28. Cohen J: A coefficient of agreement for nominal scales. *Educ Psychol Meas*. 1960; 20: 37-46.
29. Landis RJ, Koch GG. The measurement of observer agreement for categorical data. *Biometric*. 1977; 33: 159-174.
30. Byrt T, Bishop J, Carlin JB. Bias, prevalence and Kappa. *J Clin Epidemiol*. 1993; 46: 423-424.
31. Martín A, Luna del Castillo JD. *Bioestadística para las Ciencias de la Salud*. Madrid: Ediciones Norma-Capitel; 2004.
32. Feinstein AR; Cicchetti DV. High agreement but low kappa I. The problems of two paradoxes. *J Clin Epidemiol*. 1990;43:543-9.
33. Cicchetti DV, Feinstein AR. High agreement but low kappa II. Resolving the paradoxes. *J Clin Epidemiol*. 1990;43:551-8.