



Revista de la Asociación Española de  
Neuropsiquiatría

ISSN: 0211-5735

aen@aen.es

Asociación Española de Neuropsiquiatría  
España

Lascorz Fierro, David; Serrats Alabau, Eva; Pérez Solá, Víctor; Ruiz Fornós, Bibiana; Vegué Grilló,  
Joan

Validación de la Escala de valoración de los Niveles de Atención Residencial, para personas con  
Trastorno Mental Severo (ENAR-CPB).

Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría, vol. 32, núm. 115, 2012, pp. 481-498  
Asociación Española de Neuropsiquiatría  
Madrid, España

Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=265024527004>

- Cómo citar el artículo
- Número completo
- Más información del artículo
- Página de la revista en redalyc.org

redalyc.org

Sistema de Información Científica  
Red de Revistas Científicas de América Latina, el Caribe, España y Portugal  
Proyecto académico sin fines de lucro, desarrollado bajo la iniciativa de acceso abierto

# Validación de la Escala de valoración de los Niveles de Atención Residencial, para personas con Trastorno Mental Severo (ENAR-CPB).

Validation of Scale for the Assessment of Residential Attention Levels, for people with Severe Mental Disorder (ENAR-CPB).

David Lascorz Fierro <sup>a</sup>, Eva Serrats Alabau <sup>b</sup>, Víctor Pérez Solá <sup>c</sup>, Bibiana Ruiz Fornós <sup>d</sup>, Joan Vegué Grilló <sup>e</sup>.

<sup>a</sup>Fundación Salud Mental CPB, <sup>b</sup>Fundación Salud Mental CPB, <sup>c</sup>Hospital de la Santa Creu i Sant Pau-CIBERSAM-UAB, <sup>d</sup>Fundación Salud Mental CPB, <sup>e</sup>Centre Psicoteràpia Barcelona, Serveis de Salut Mental.

Correspondencia: David Lascorz (dlascorz@cpbssm.org)

Recibido: 12/08/2011; aceptado con modificaciones: 27/01/2012

**RESUMEN:** Introducción: En Cataluña se están creando, desde el año 2000, residencias para personas con trastornos de salud mental como un servicio de la Administración pública. Tras casi una década de funcionamiento se dispone ya de una evidencia acumulada sobre la utilidad de las residencias en la mejora de la rehabilitación de personas con Trastorno Mental Grave (TMG).

El objetivo del presente trabajo es presentar la escala elaborada para medir el tipo de necesidades de atención que precisan los usuarios de programas residenciales para personas con TMG.

Método: Tras realizar una búsqueda sistemática de diferentes escalas validadas se objetivó la necesidad de definir una nueva escala más específica para poder valorar los niveles de atención en el colectivo de usuarios beneficiarios del programa residencial.

El instrumento final consta de una total de 24 ítems, formulados como enunciados, con 5 posibles respuestas, que se valoran de 0 a 4 (de menor a mayor necesidad de atención). Los ítems están agrupados en 6 apartados, de 4 preguntas cada uno: 1. Dimensión física, 2. Dimensión clínica, 3. AVD (Actividades de la Vida Diaria), 4. Autonomía y autogobierno, 5. Relaciones interpersonales y 6. Bienestar personal e integración en el entorno. La escala es complementada por parte de los profesionales del centro, a partir de la observación estructurada y conocimiento del usuario.

Una vez definida la Escala en su totalidad, se realizó una primera evaluación a los 44 residentes en activo, durante los meses de mayo y junio de 2007 y una segunda 9 meses después, en enero y febrero de 2008.

Los datos obtenidos se analizaron mediante el paquete estadístico SPSS y se realizaron los siguientes análisis: estudio de validez interna (estructura factorial) a través

**ABSTRACT:** Introduction: Since the year 2000 residences for people with mental disorders have been created in Catalonia as a service of public Administration. After operating for almost a decade evidence has finally become available about the usefulness of these residences in improving the rehabilitation of people with SMD (Severe Mental Disorder).

The work consists to present a specific scale to assess the levels of attention/dependency of those who live in these residences that have TMS, and to monitor their progress.

Method: After systematically searching for different validated scales and testing some of them, it was decided that a new, more specific scale was needed to evaluate the levels of attention amongst those who live in the residences.

A total of 24 items were defined, four for each of the six dimensions, with values between 0 and 4 (0 being lower and 4 being higher need of attention). Taking into consideration six dimensions (1.physical dimension, 2.clinical dimension, 3.AVD, 4.autonomy and self-governance, 5. interpersonal relations and 6. personal well-being and integration in the environment), through structured retrospective observation, by the professionals of the centre.

Once the Scale is completely defined, it is filled out by 44 active residents, during the months of May and June 2007. It is filled out once again 9 months later, in January and February 2008.

The obtained data was analysed with the statistics pack SPSS and the following analyses were made: internal validity study (factor structure) through an analysis of main components, estimation of internal consistency through the Cronbach

de un análisis de componentes principales, estimación de la consistencia interna a través del coeficiente  $\alpha$  de Cronbach, fiabilidad entre evaluadores mediante el coeficiente de correlación interclase, sensibilidad al cambio comparando las puntuaciones basales y en una segunda evaluación transcurrido 9 meses.

Resultados: La Escala ENAR-CPB presenta una muy buena consistencia interna (alfa de Cronbach 0,916). Con un test-retest en el tiempo (basal y a los 3 años) de correlación 0,810, y un correlación Interevaluadores de 0,938. El análisis factorial identificó cuatro factores que explican una varianza total del 62,89 %.

Conclusiones.- La Escala ENAR-CPB muestra un muy buen comportamiento, tanto en el grado de consistencia interna, como en la correlación entre variables, entre evaluadores y en la correlación test-retest entre el valor basal y a los 3 años; siendo una escala aceptable como elemento de medida para definir el nivel de necesidad de atención que precisan los usuarios de residencias para personas con TMG y su evolución. PALABRAS CLAVE: Escala, Valoración funcionalidad, Trastorno Mental Grave, Programa Residencia.

a coefficient, evaluator reliability with the inter-class correlation coefficient, sensitivity to change comparing base scores with those of Scales filled out 9 months later.

Results: The ENAR-CPB scale presents very good internal consistency (Cronbach alpha of 0,916). With a correlation time test-retest (base and 3 years later) of 0,810, and a Interrater between evaluators of 0,938. Factorial analysis identified four factors that explain a total variance of 62,89 %.

Conclusions. The ENAR-CPB Scale performs well, both in terms of internal consistency as well as in the correlation between variables, evaluators and test-retest, 3 years later; it is acceptable as a measuring element for defining the level of attention needed by those who live in residences that have TMS, as well as being useful for monitoring their progress.

KEY WORDS: Scale, psychosocial function, Severe mental illness, residential program.

## AGRADECIMIENTOS

*Nuestro agradecimiento a todas aquellas personas que han hecho posible, con su colaboración que esta escala haya llegado a buen puerto. A todas ellas, compañeros durante muchos años de trabajo en la residencia, gracias a: Cristina Borés, Cristina Buenaventura, Elena Sancho, Eugeni Nieto, Dr.Llorenç Marc, Marina Font, Montse Vila, Natalia Suárez, Quino Melchor, Sandra Gasca, Sergi Pascual, Tania Gilabert y Vanesa Palleruelo.*

## Introducción

Las personas con Trastornos Mentales Grave (TMG) muestran grandes dificultades en el desarrollo de sus capacidades funcionales en relación a aspectos de la vida diaria, tales como: higiene personal, autocuidado, autocontrol, relaciones interpersonales, interrelaciones sociales, aprendizaje, actividades recreativas y de ocio, trabajo, etc.; que dificultan el desarrollo de su autosuficiencia y comporta que muchas de estas personas hayan estado hospitalizadas en algún momento de sus vidas, variando la duración según los casos (Goldman, Gatozzi y Tanbe, 1981) (1). Así mismo la baja cobertura de la necesidad de alojamiento en los TMG contribuye a generar un uso inadecuado de la atención hospitalaria, que se pone de manifiesto en el aumento de los reingresos (por el incremento del fenómeno de “puerta giratoria” o continuas recaídas al retornar al domicilio habitual) y una prolongación

de los ingresos más allá de la compensación clínica por razones psicosociales y su dificultad de externalización.

Como alternativa a esta situación, desde el “Departament d’Acció Social i Ciutadania” de la Generalitat de Catalunya, se está potenciando en los últimos años la creación de recursos residenciales, con el objetivo de integración social, normalización y desarrollo de la autonomía del usuario, posibilitando la recuperación de sus capacidades comunitarias, tal y como se definen desde el propio “Departament” (Documents de suport, els serveis d’acolliment residencial per a persones amb malaltia mental: llar residències i llars amb suport, Generalitat de Catalunya, 2001) (2). Las residencias suponen un elemento clave para asegurar la permanencia activa de la persona en la comunidad, el usuario recupera el rol de ciudadano activo y autónomo, contrarrestando así con el rol de enfermo, pasivo y dependiente.

Al dar cobertura a todo un conjunto de necesidades básicas de la vida diaria como son la vivienda, la manutención, las relaciones interpersonales significativas (relaciones con el personal y otros residentes) y determinados cuidados básicos, como la higiene personal, cuidado de la salud, toma de la medicación y organización de la vida cotidiana, se favorece que el residente tenga la posibilidad de una participación más activa en la vida social.

En Cataluña (entre otras Comunidades Autónomas) se han creado, desde el año 2000, residencias para personas con trastornos de salud mental como un servicio de la Administración pública. Tras casi una década de funcionamiento se dispone ya de una evidencia acumulada sobre la utilidad de las residencias en la mejora de la rehabilitación de personas con TMG (López et al. 2005 (3); Lascorz et al. 2009 (4)); en diferentes aspectos, como la estabilidad clínica, las redes sociales, la calidad de vida, el grado de satisfacción de los usuarios y el funcionamiento personal y social, aunque sólo sea mediante el aprendizaje in vivo de conductas útiles para la vida comunitaria.

A lo largo de los 6 primeros años de funcionamiento de la Residencia Roger de Llúria-Fundación Salud Mental CPB se ha podido observar una gran heterogeneidad en el colectivo de residentes, pudiéndose considerar que se trata de recursos relativamente jóvenes y que inicialmente se han podido acoger a algunos usuarios que no corresponden con el perfil adecuado tal y como está definido el tipo de asistencia que se ofrece y los recursos humanos y presupuestarios con los que se cuenta, incluyendo a pacientes candidatos a recursos sanitarios y de mayor contención.

La tipología de usuarios dados de baja del recurso nos muestra claramente diferentes grupos de residentes con grandes dificultades de adaptación: un primer subgrupo correspondería a personas que presentan combinaciones diversas de sintomatología grave: conductas disruptivas (que no necesariamente violentas, pero sí distorsionantes de la convivencia) y dificultades continuadas en el manejo en diferentes dispositivos comunitarios y también en la residencia. Otros dos subgru-

pos de pacientes que muestran especiales dificultades de vinculación al programa residencial, tal y como se define desde la Generalitat de Catalunya, serían los pacientes psicóticos con inestabilidad sintomatológica y aquellas personas con una importante patología somática asociada, que añadida al bajo nivel de autonomía en la autocuidado personal comporta una tendencia a una mayor dependencia de atención sanitaria. (Datos extraídos del estudio de evaluación evolutiva del Programa Residencial en la Residencia Roger de Llúria (2002-2005)).

Por ello se consideró oportuno plantearnos la necesidad de establecer un mecanismo de valoración de la evolución y necesidad de atención que precisen los residentes, mediante la observación estructurada, por parte de los profesionales del centro.

Considerando que la evolución del estado de los residentes es un proceso dinámico y multicausal, debemos tener en cuenta las diferentes variables que se ponen de manifiesto en esta evolución (estado físico, estado clínico-psiquiátrico, capacidades de realización de las AVD y capacidades relacionales y de integración en el entorno). En una población mayoritariamente integrada por trastornos psicóticos, con una evolución crónica, una escala que valore el cambio debe ser sensible al cambio (al poco cambio) y este valor se debe realizar sobre aspectos valorables objetivamente. Lo que contrasta con la dificultad de valoración en otras escalas, donde la mayoría se movían entre los valores intermedios (ligera/moderada; ocasional/raramente), quedando muchas veces bajo el criterio subjetivo del evaluador.

De las escalas validadas ya existentes unas dan respuesta a muchos de los temas previstos pero es excesivamente extenso (SIP -Sickness Impact Profile – (8)) y queda fuera de valoración la dimensión física y clínica psiquiátrica. Otras escalas están focalizadas sólo en la clínica del paciente (HoNOS (9), BPRS (10)). Otras escalas valoran sólo aspectos relacionales e interpersonales (SASS -Escala autoaplicada de Adaptación Social- (11) , Escala de Funcionamiento Social (Birchwood) (12). Las hay que están focalizados en problemas en las capacidades físicas (KATZ) (13), o centrada sólo en AVD instrumentales (PGC-IADL -Índice de actividades instrumentales Lawton y Brady- (14)). Por último, hay escalas cuyos valores son muy generales (Strauss Carpenter (15), Cuestionario de Salud EuroQol-5D (16)).

Esta realidad plantea la necesidad de definir una escala específica que sea útil como elemento de medida del nivel de necesidad de atención que precisen los usuarios atendidos en residencias para personas con TMS y a su vez permita la evaluación de su evolución, las necesidades concretas de atención y consecuentemente la toma de decisiones relacionada con el tipo de recurso residencial que precisen.

## *Método*

### *Metodología de creación de la Escala.*

Para el desarrollo de la escala se realizó una evaluación, a través de la revisión bibliográfica, de las diferentes escalas validadas como instrumentos de evaluación del estado clínico y nivel de funcionamiento general y calidad de vida. Como resultado de la revisión se elaboró una primera versión resultado de la selección de las preguntas contenidas en las diferentes escalas valoradas subdivididas en las diferentes dimensiones (1.dimension física, 2.dimension clínica, 3.AVD, 4.autonomía y autogobierno, 5. relaciones interpersonales y 6. bienestar personal e integración en el entorno), concretándose en una primera recogida de 83 ítems, que acabaron redefiniéndose en un total de 24, cuatro por cada uno de las 6 dimensiones. Cada pregunta será contestada mediante unas respuestas cerradas, cuyos valores oscilan entre 0 y 4 (de menor a mayor necesidad de atención).

### *Sujetos*

El estudio se realiza a partir de una muestra de 45 residentes ingresados en la "Llar-residencia Roger de Llúria"-Fundación Salud Mental CPB, de la ciudad de Barcelona y perteneciente al programa de acceso a la vivienda para personas con trastorno mental, del "Departament d'Acció Social" de la Generalitat de Catalunya, durante todo el año 2007.

La población estaba formada por 31 hombres y 14 mujeres, con un promedio de edad de 51,5 años y diagnosticados de Esquizofrenia Paranoide (22), Esq. Desorganizada (3), Esq. Esquizapectiva (3), Esq. Inespecífica (5), Esq. Residual (5), Psicosis atípica (1), Trastorno afectivo bipolar (2), Estados psicóticos orgánicos mixtos paranoide y afectivo (1), Síndrome delirante (1), Trastorno esquizofrénico de la personalidad (1) y Trastorno mental orgánico inespecífico (1).

De estas 45 personas un total de 43 cumplen con el criterio de haber estado vinculadas al centro por un período mínimo de 1 año, durante el 2007. Tiempo necesario para poder evaluar la evolución del residente a lo largo de todo el año.

### *Procedimiento y Evaluadores*

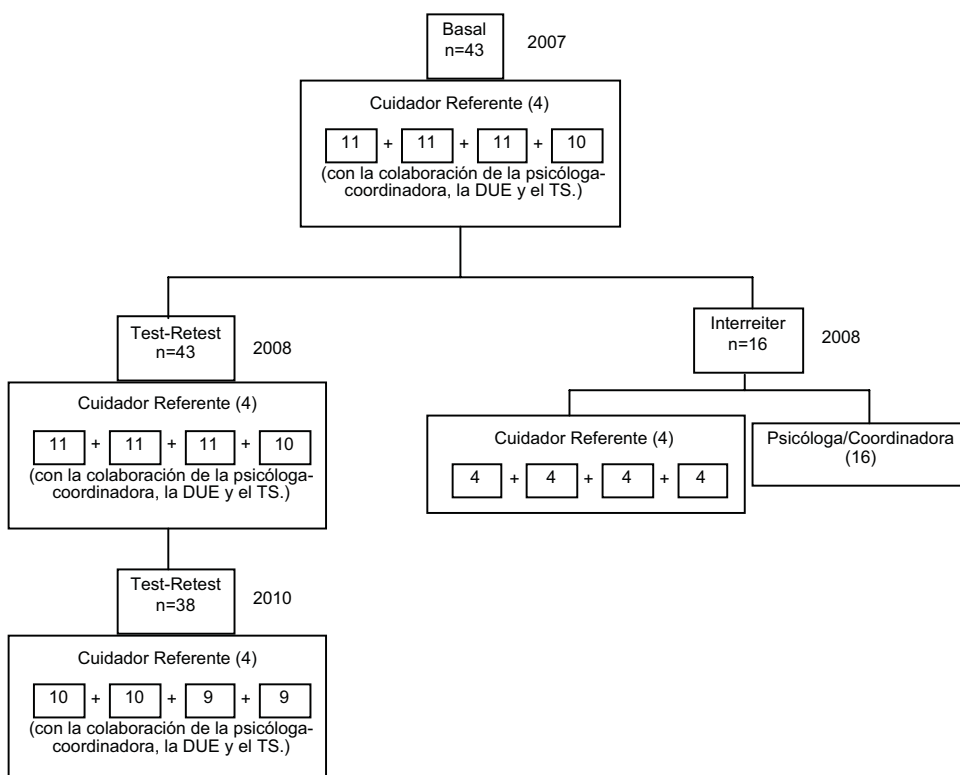
Se procedió a realizar las primeras evaluaciones en grupo multidisciplinar, contando con la colaboración de psicóloga, psiquiatra, enfermera, trabajador social y auxiliares/cuidadores, consensuando la pregunta y dando respuesta según el caso concreto y buscando la mayor concreción en las posibles opciones de respuesta. Así se fueron modificando los enunciados, matizando algún aspecto en la medida que se iban rellenando.

Una vez definida la Escala en su totalidad, se realizó una primera pasación a los 43 residentes en activo, durante los meses de mayo y junio de 2007. Las encuestas fueron rellenadas por los correspondientes cuidadores-referente de cada

residente (un total de 4), contando con la colaboración, según los ítems a complementar, de la psicóloga coordinadora, la enfermera y el trabajador social del centro.

Para evaluar la concordancia inter evaluadores se realizó una segunda pasación (enero/febrero 2008) sobre un muestreo aleatorio de 16 residentes (4 por cuidador referente) cuya escala fue complementada paralelamente por la psicóloga –coordinadora del centro, con el objetivo de estudiar la fiabilidad entre evaluadores. (gráfico 1)

Gráfico 1  
Diagrama organizativo.



La estabilidad o fiabilidad test-retest se valoró mediante el Coeficiente Correlación Intraclass (CCI), entre la medición basal y la medición realizada 9 meses después. Dicho coeficiente, basado en el análisis de la variancia, es apropiado para reflejar tanto los cambios en los valores medios como la correlación entre las distintas medidas.

En la segunda pasación se observó que el cambio reflejado en los residentes era poco significativo (muy posiblemente propio de las características psicopatológicas de la muestra), por lo que se decidió realizar una nueva pasación dos años más tarde (enero 2010) y comparar los resultados con la escala de Impresión Clínica Global (ICG) (4) en su subescala de mejoría del cuadro clínico, rellena esta última de forma conjunta por todo el equipo asistencial.

#### *La Escala ENAR-CPB*

El instrumento final consta de una total de 24 ítems (anexo 1), formulados como enunciados, con 5 posibles respuestas, que se valoran de 0 a 4 (de menor a mayor necesidad de atención). Los ítems quedan subdivididos en 6 apartados: 1.dimensión física, 2.dimensión clínica, 3.AVD, 4.autonomía y autogobierno, 5. relaciones interpersonales y 6. bienestar personal e integración en el entorno; cada uno con cuatro preguntas distintas. Por lo que existe un valor intermedio por cada apartado (de 0 a 16, resultado del sumatorio de las cuatro respuestas del apartado) y un valor total (de 0 a 96, resultado del sumatorio del total de respuestas). Dado el sentido de las preguntas, 0 representa el menor nivel de atención precisada y 96 supone el peor estado posible.

#### *Escala de referencia*

Se decidió realizar una pasación sistemática de dos escalas ya validadas: EEAG (Escala de evolución de la actividad global) (6) y LSP (Life Skills Profile) (7).

EEAG (Escala de evaluación de la actividad global). Se ha administrado regularmente una vez al año (2005, 2006 y 2007). Y se considera que da una puntuación demasiado global para las necesidades de un recurso residencial, donde se hace necesario valorar a fondo las dimensiones clínicas, sociales y laborales, para poder adecuar el proyecto individual según unas necesidades concretas de intervención. Una limitación que valoramos de la Escala es que, según se especifica en la ella, no se debe tener en cuenta las alteraciones de la actividad debidas a “limitaciones físicas y ambientales” cuando éstas son constantes o crónicas, pero es imposible no tenerlas en cuenta cuando éstas influyen en la evaluación, así como el entorno habitual, que también influye en la puntuación, según sea vivido por el paciente, como algo contenedor/estabilizador o excitante/estresor. Sobre todo cuando la tipología de los usuarios de las residencias evidencian una suma de discapacidades propias de la enfermedad mental con otras derivadas de patologías somáticas



(en algunos casos directamente relacionadas con dificultades en el cuidado de su propia salud, causa de un déficit por la enfermedad mental).

**LSP (Life Skills Profile).**- Se compone de cinco subescalas, que valoran el autocuidado, comportamiento social interpersonal, comunicación y contacto social, comportamiento social no personal y vida autónoma. Inicialmente parecía una buena escala, complementada con aspectos más clínicos de la HoNOS. Se decidió pasar la LSP a todos los residentes, en 3 ocasiones durante 2005 y 2006. Presentó algunas dificultades a la hora de poder discernir la respuesta, ya que la mayoría se movía entre los valores intermedios (ligera/moderada; ocasional/raramente). Una puntuación alta en cada escala o para el total del LSP indicaría un nivel de funcionamiento alto, moviéndose en valores entre 39 y 156. Los valores finales de los residentes se movían entre 85-155 (que inicialmente parecerían muy altos).

#### *Análisis estadístico*

Los datos obtenidos se analizaron mediante el paquete estadístico SPSS y se realizaron los siguientes análisis: estudio de validez interna (estructura factorial) a través de un análisis de componentes principales, estimación de la consistencia interna a través del coeficiente  $\alpha$  de Cronbach, fiabilidad entre evaluadores mediante el coeficiente de correlación interclase, y sensibilidad al cambio comparando las puntuaciones basales y en una segunda pasación trascurridos 9 meses y a los 3 años, y comparando el cambio (en valor numérico) entre la primera y la última pasación con los valores de la escala ICG.

### *Resultados*

Un total de 43 sujetos permanecieron ingresados durante los 9 meses en los que fueron realizadas las dos evaluaciones de la Escala ENAR-CPB. La tabla 2 describe las características sociodemográficas y clínicas de la muestra utilizada para llevar a cabo este estudio.

Tabla 1  
*Validez convergente de la Escala ENAR-CPB / LSP.*

ENAR-CPB	LSP
TOTAL	-0,654
E.Clínica	-0,620
D.Física	-0,487
AVD	0,439
Autonomía	-0,404
Re.Interp.	-0,552
B.Personal	-0,605

Tabla 2.  
Datos socio-demográficos y diagnóstico.

Sexo Hombre	72%
Promedio Edad	51,5
Estado Civil Soltero Separado Divorciado Viudo	72% 24% 2% 2%
Estudios Sin Estudios Primarios No Acabados Primarios F.P. Bachillerato Superiores	7% 14% 51% 19% 7% 2%
Laboral No ha trabajado Nunca Sin Trabajo actual Activo	19% 74% 7%
Diagnóstico Principal Esq.Paranoide Otras Esquizofrenias Psicosis atípica T.A.Bipolar Otras Psicosis T.P. Esquizofreniforme T.mental orgánico inespecífico	47% 48% 2% 5% 4% 2% 2%
Años de Evolución (promedio)	23 años
Tiempo de estada en la Residencia	5 años

La consistencia interna de los ítems se evaluó mediante el estadístico alfa de Cronbach, con valor 0,916.

Se consideró oportuno comparar los datos extraídos de la primera pasación de la Escala ENAR-CPB con los datos de la Escala LSP, donde también se valoró el autocuidado, comportamiento social interpersonal, comunicación y contacto social, comportamiento social no personal y vida autónoma. Se realizó un estudio

de validez convergente entre el valor total de la Escala ENAR-CPB y sus valores intermedios, según subapartados, con el valor total de la Escala LSP. Como resultado (tabla 1) se observa una correlación en el valor total de 0,654.

Para establecer el índice de homogeneidad se estudia la correlación entre las puntuaciones de cada pregunta y las puntuaciones totales, donde las puntuaciones por debajo de 0,4 reflejan falta de relación de la pregunta en cuestión con el resto de preguntas de la escala. En el caso que nos ocupa, la puntuación más baja sería 0,442, por consiguiente, los valores obtenidos indican una adecuada homogeneidad entre las preguntas de la encuesta para cada área. (tabla 3)

Tabla 3.  
Análisis de los ítems de la Escala ENAR-CPB.

Ítems	Correlación entre ítems							Media	Desviación típica
	TOTAL	E.Clinica	D.Física	AVD	Autonomía	Rel.Interp.	B.Personal		
TOTAL	1	0,712	0,840	0,814	0,834	0,794	0,751	39,74	16,776
E.Clinica	0,712	1	0,539	0,489	0,507	0,486	0,422	3,51	3,127
D.Física	0,840	0,539	1	0,655	0,666	0,599	0,482	7,65	4,076
AVD	0,814	0,489	0,655	1	0,731	0,472	0,507	4,84	3,450
Autonomía	0,834	0,507	0,666	0,731	1	0,590	0,466	7,47	3,541
Re.Interp.	0,794	0,486	0,599	0,472	0,590	1	0,660	7,21	3,075
B.Personal	0,751	0,422	0,482	0,507	0,466	0,660	1	9,07	3,888
Alfa de Cronbach					0,916				

El análisis de componentes principales de la Escala ENAR-CPB muestra una solución a cuatro factores. La tabla 4 muestra las cargas factoriales de los diferentes ítems para cada factor. El primer factor, con 35,5% de la varianza, agrupa seis de los 24 ítems de la escala: capacidad para realizar gestiones; capacidad de comprensión, atención y memoria; capacidad de planificación y realización de compras; capacidad para asistir y realizar el seguimiento del tratamiento en diferentes centros de salud; práctica de hábitos saludables; y sintomatología psiquiátrica. El segundo factor aporta un 9,7% a la varianza y está formado por cuatro ítems: frecuencia en la necesidad de tomar medicación extra; capacidad en el manejo en situaciones de estrés; tiempo de hospitalización psiquiátrica; y el tipo de relación familiar. El tercer factor aporta un 8% y está formado por 5 ítems: cumplimiento con la toma de medicación; capacidad de planificación y realización de compras; respeto a las normas; cumplimiento con las prescripciones médicas; y el tipo de relación familiar. Y el cuarto, que aporta un 7,7% está formado por 5 ítems: tiempo que acostumbra a pasar solo; cumplimiento con la toma de medicación; cumpli-

Tabla 4.  
Análisis factorial exploratorio de la Escala ENAR-CPB.

	Factor 1	Factor 2	Factor 3	Factor 4
4.4. Capacidad para realizar gestiones administrativas personales	0,784			
4.2. Capacidades de comprensión, atención, memoria...	0,750			
3.4. Capacidad para la planificación y realización de compras	0,743			
2.3. Capacidad para asistir y hacer seguimiento de su tratamiento	0,726			
2.4. Práctica de hábitos saludables.	0,715			
1.3. Sintomatología psiquiátrica	0,700			
1.4. Frecuencia en la toma de medicación extra		0,649		
4.1. Capacidad en el manejo en situaciones de estrés		0,583		
1.1. Tiempo de hospitalización psiquiátrica		0,533		
5.1. Relación familiar		0,503		
1.2. Cumplimiento de la toma de medicación			0,480	
3.4. Capacidad para la planificación y realización de compras			0,473	
5.3. Respeto a las normas.			0,382	
2.2. Cumplimiento de las prescripciones médicas			0,379	
5.1. Relación familiar			0,359	
6.2. Tiempo que acostumbra a pasar solo.				0,559
1.2. Cumplimiento de la toma de medicación				0,551
2.2. Cumplimiento de las prescripciones médicas				0,491
5.2. Relaciones de amistad				0,438
6.3. Utilización del tiempo libre				0,419

miento con las prescripciones médicas; las relaciones de amistad que establece; y la utilización del tiempo libre.

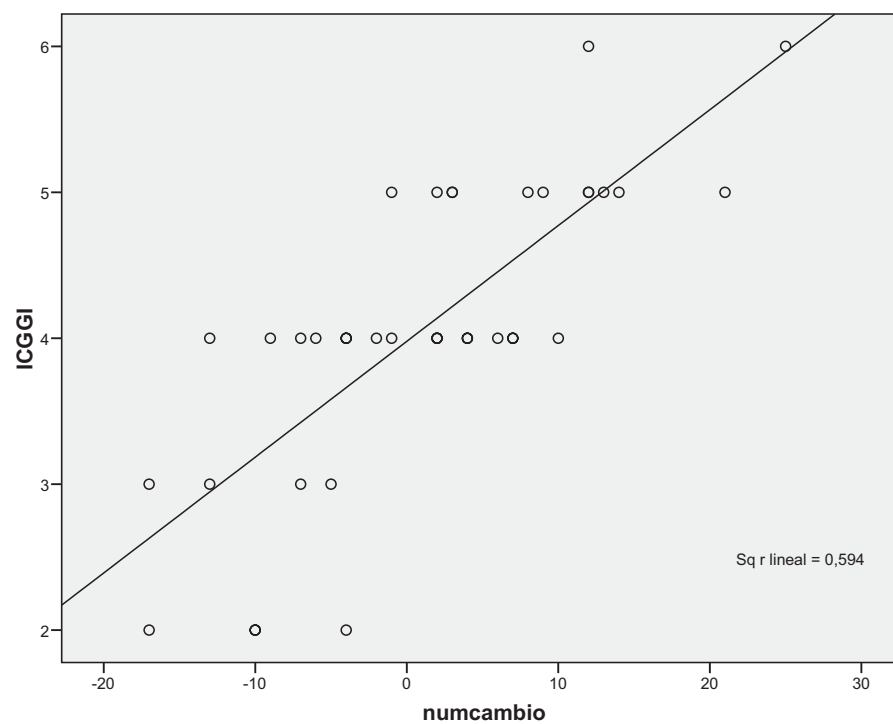
Comparando las puntuaciones obtenidas por los dos investigadores, en el valor total y por cada uno de los subapartados, obtenido en la puntuación global de correlación la escala una correlación de 0,938 (tabla 5).

La estabilidad o fiabilidad test-retest se valoró mediante el Coeficiente Correlación Intraclases (CCI), con un valor 0,932. Esta alta correlación ponía en entredicho si la escala es un buen elemento para valorar el cambio o si los 9 meses es un tiempo reducido para evaluar dicho cambio. Por esta razón se decidió realizar un nuevo estudio de fiabilidad test-retest entre los valores obtenidos en 2007 y el 2010, utilizando como valor de comparación la ICG (Impresión Clínica Global, en su subescala de Mejoría Global) (gráfico 2).

Tabla 5.  
Correlaciones.

	General	E.Clinica	D.Física	AVD	Autonomia	Rel.Interp.	B.Personal
Test Retest basal y a los 9 meses	<b>0,932</b>	0,665	0,946	0,926	0,893	0,881	0,919
Test Retest basal y a los 3 años	<b>0,769</b>	0,457	0,448	0,730	0,812	0,633	0,816
Interrater	<b>0,938</b>	0,869	0,825	0,893	0,844	0,907	0,917

Gráfico 2.  
Sqr lineal entre el valor de cambio (2007-2010) y ICG



### *Discusión*

Los resultados del presente estudio reflejan que la Escala ENAR-CPB muestra una buena consistencia interna y alta fiabilidad entre evaluadores. Presenta una clara consistencia interna y guarda una sólida relación con otros instrumentos de medida similares, en particular con la LSP. Aunque debemos destacar que la información que se recoge en la Escala ENAR-CPB no se recoge en ninguna otra escala ya existente, al unificar aspectos clínicos, cuidados de la salud general, autonomía en la actividad diaria, relaciones personales e integración en la comunidad.

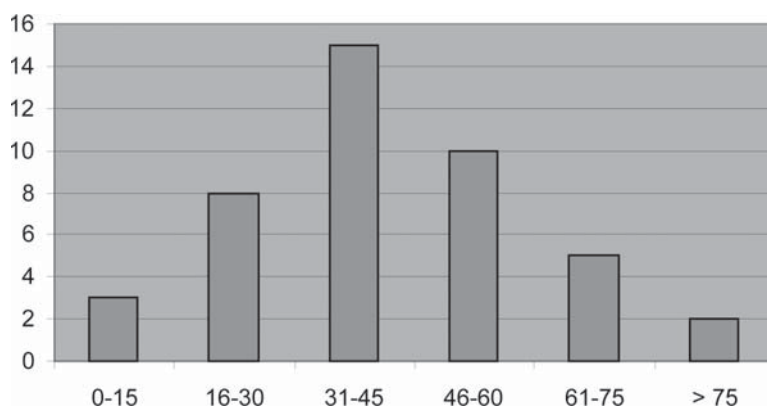
De las diferentes subescalas, la que hace referencia a la estabilidad clínica muestra una relación más baja respecto a las otras subescalas (AVD: 0,489, Relaciones Interpersonales: 0,486 y Bienestar Personal: 0,422). La inclusión de la dimensión clínica pretende medir en qué medida la presencia de sintomatología afecta al funcionamiento diario del usuario. Muy probablemente la estabilidad clínica de los residentes (dentro de su cronicidad) hace que la correlación con otras subescalas sea menor. Posiblemente si se quiere medir más específicamente la estabilidad clínica sería necesario utilizar otras escalas más específicas.

Si bien las primeras evidencias sugieren que la Escala ENAR-CPB es un instrumento útil a la vez que psicométricamente consistente para medir el nivel de atención que precisan los usuarios de residencias para personas con TMS, existen algunas limitaciones inherentes a la propia naturaleza de la Escala que exige contar con un informante o cuidador que cuente con un conocimiento muy exhaustivo de los residentes. Indudablemente la falta de esta información podría variar los valores totales. Al contar con nuevas evaluaciones 3 años después de la primera se ha observado su consistencia y capacidad para valorar la evolución, incluso contando con nuevos evaluadores no presentes en el proceso de creación de la escala.

Una clara limitación de la presente escala es que está pensada exclusivamente para usuarios de recursos residenciales, quedando aplazado a un nuevo trabajo la posibilidad de modificarla parcialmente para ser utilizada indistintamente en la población general con TMG.

Por otro lado los resultados extraídos en la pasación de la Escala ENAR-CPB (gráfico 3) pone de manifiesto la gran diversidad de población atendida en la residencia Roger de Llúria-Fundación CPB, en relación a los muy dispares niveles de atención precisada. Estos datos expresan una necesidad de diversificar los dispositivos y programas residenciales que permitan adecuar la variabilidad de los perfiles entre los usuarios. Se tendría que definir diferentes tipologías de lugares de vida, graduados según los niveles de soporte, con diferentes niveles de autonomía/dependencia. La oferta de dispositivos se debe adaptar a los diferentes momentos y necesidades de los usuarios.

Gráfico 3.  
*Resumen puntuación total de la Escala ENAR-CPB, por intervalos.*



Esto significa hablar de dispositivos o programas de lugares de vida con diferentes niveles de soporte (atención en la propia casa, pisos asistidos, pensiones sociales, mini-residencias, residencias asistidas...) como de lugares de hospitalización a medio y largo plazo. También se debería pensar en una conexión de los servicios sociales con servicios especializados en salud mental y de salud en general, programas para personas mayores, teniendo siempre en consideración la búsqueda prioritaria de una mayor calidad de vida para los pacientes con TMG.

La Escala ENAR-CPB es un buen instrumento de medida para valorar las necesidades de atención en los usuarios de residencias para personas con trastorno mental grave (TMG) y cuyo valor puede servir como orientación en la definición del recurso más adecuado para dar respuesta a estas necesidades de atención en los TMG.

## ORIGINALES Y REVISIONES

## Anexo 1

## Escala ENAR-CPB, de valoración de los niveles de atención residencial para personas con TMS.

<p><b>ESTABILIDAD CLÍNICA (Valores:0-16)</b></p> <p>1.- Duración del tiempo de No Hospitalización</p> <p>0.- No hospitalizado en el pasado año.</p> <p>1.- Hospitalizado menos de 30 días en el pasado año.</p> <p>2.- Hospitalizado entre 30 y 60 días en el pasado año.</p> <p>3.- Hospitalizado entre 60 y 100 días en el pasado año.</p> <p>4.- Hospitalizado más de 100 días en el pasado año.</p> <p>2.- Cumplimiento en la toma de medicación prescrita</p> <p>0.- Cumple de forma responsable y autónoma.</p> <p>1.- Cumple de forma regular si se le recuerda.</p> <p>2.- Cumple de forma irregular, saltándose tomas por no estar presente.</p> <p>3.- En ocasiones se niega a tomar la medicación.</p> <p>4.- Se niega a tomar la medicación de forma reiterada.</p> <p>3.- Sintomatología y evolución reciente; se valora tanto los síntomas positivos (delirios, alucinaciones, ideación paranoide, trastorno del curso del pensamiento, pensamiento incoherente, fuga de ideas, comportamiento agresivo...), como los síntomas negativos (falta de empatía, respuesta ambivalente o limitada, aplanamiento afectivo, comportamiento reprochado, anhedonia...)</p> <p>0.- No hay síntomas o signos apreciables.</p> <p>1.- Signos y síntomas leves durante la mayor parte del tiempo evaluado o moderados en raras ocasiones.</p> <p>2.- Moderados signos o síntomas durante poco tiempo.</p> <p>3.- Signos y síntomas severos de forma esporádica o moderados de forma continuada.</p> <p>4.- Signos y síntomas severos de forma continuada.</p> <p>4.- Con qué frecuencia ha precisado medicación extra durante el último mes</p> <p>0.- No ha precisado tomar nunca.</p> <p>1.- Ha precisado tomar medicación extra alguna vez, de forma muy puntual.</p> <p>2.- Ha precisado tomar medicación extra algunas veces, de forma oscilante.</p> <p>3.- Ha precisado tomar medicación extra de forma regular, en periodos concretos.</p> <p>4.- Precisa tomar medicación extra de forma regular casi cada día.</p> <p><b>DIMENSIÓN FÍSICA (Valores:0-16)</b></p> <p>1.- Identificación y comunicación de signos y síntomas de alerta.</p> <p>0.- Sabe identificar y explicar los síntomas de su malestar, de forma espontánea.</p> <p>1.- Sabe identificar los síntomas de su malestar, de forma espontánea, pero no sabe describirlos.</p> <p>2.- Sabe identificar los síntomas de su malestar solo cuando se le pregunta.</p> <p>3.- Expresa su malestar pero de forma inespecífica, y cuando se le pregunta.</p>	<p>4.- No sabe identificar ni explicar los síntomas de su malestar, aunque se le pregunte.</p> <p>2.- Es responsable del cumplimiento de las prescripciones médicas?</p> <p>0.- Se informa, comprende y sigue sin problemas las indicaciones terapéuticas y el tratamiento establecido.</p> <p>1.- Comprende y sigue el tratamiento establecido pero precisa de seguimiento y supervisión.</p> <p>2.- Acepta el tratamiento, pero queda pasivo, precisando un apoyo intensivo.</p> <p>3.- Reticente al tratamiento, precisa de un control exhaustivo.</p> <p>4.- Hostil y reticente a las indicaciones terapéuticas y el tratamiento establecido.</p> <p>3.- Capacidad para asistir y hacer el seguimiento de su tratamiento en los diferentes servicios de salud (fuera de la atención específica en salud mental)</p> <p>0.- Con capacidad para ir de forma autónoma a las visitas médicas y responsabilizarse del seguimiento (visitas y tratamiento).</p> <p>1.- Con capacidad para ir de forma autónoma a las visitas médicas pero precisa supervisión en la organización del seguimiento.</p> <p>2.- Con capacidad para ir de forma autónoma a las visitas médicas pero precisa control en su seguimiento.</p> <p>3.- Precisa acompañamiento esporádico en las visitas y control en el cumplimiento de las consultas y pruebas programadas.</p> <p>4.- Precisa acompañamiento en las visitas y control en el cumplimiento de las consultas y pruebas programadas.</p> <p>4.- Identificación de hábitos de vida saludable, en relación a la práctica del deporte, dieta, consumo de tabaco y estimulantes.</p> <p>0.- Es consciente de la importancia de unos hábitos de vida saludable, los conoce y tiene capacidad para organizarse y llevarlos a cabo.</p> <p>1.- Es consciente de la importancia de unos hábitos de vida saludable, pero precisa de un apoyo en la planificación para poderlos llevar a cabo.</p> <p>2.- Precisa de un apoyo en la planificación de actividades que forman parte de los hábitos de vida saludable y supervisión en su ejecución; o mantiene unos hábitos saludables pero sin demasiada consciencia de la repercusión sobre su salud, sinó más bien de forma pasiva.</p> <p>3.- Cumplimiento irregular en la ejecución de actividades que forman parte de los hábitos de vida saludable, a pesar de su supervisión.</p> <p>4.- No mantiene ningún hábito de vida saludable, ya sea de forma voluntaria o por desconocimiento.</p>
--	--



**CAPACIDADES DE REALIZACIÓN AVD.**

1.- Capacidades básicas de independencia en los hábitos higiénicos y cuidado personal.

0.- Totalmente válido y autónomo en este aspecto.

1.- Con algunas dificultades, precisando seguimiento y apoyo organizativo.

2.- Con moderadas dificultades, precisando apoyo y supervisión directa.

3.- Con graves dificultades precisando un control exhaustivo y apoyo "in situ".

4.- Incapaz de realizar por sí mismo la higiene personal, ni con apoyo.

2.- Cuidado del espacio personal. Mantiene limpia y ordenada su habitación; cama, armario, estantería, mesita, bajo-cama...

0.- Totalmente válido y autónomo en este aspecto.

1.- Con algunas dificultades, precisando seguimiento y apoyo organizativo.

2.- Con moderadas dificultades, precisando apoyo y supervisión continuada

3.- Con graves dificultades precisando un control exhaustivo y apoyo "in situ"

4.- Incapaz de realizar por sí mismo, ni con apoyo el orden de su espacio personal.

3.- Cuidado de su aspecto físico.

0.- Se preocupa por su aspecto físico y mira siempre de ir bien vestido, limpio, afeitado/depilado...

1.- Muestra leves dificultades en el cuidado de su aspecto físico, aceptando orientación y acompañamiento.

2.- Con moderadas dificultades, precisando apoyo y supervisión continuada.

3.- Con graves dificultades precisando un control exhaustivo y apoyo "in situ"

4.- No muestra ningún interés por su aspecto físico. Va siempre sucio, desaliñado, no se preocupa por el estado de su ropa, ni escucha las indicaciones.

4.- Planificación y realización de compras personales: útiles de higiene, renovación de ropa...

0.- Realiza todas las compras necesarias de forma autónoma.

1.- Puede realizar de forma autónoma pequeñas compras, pero precisa apoyo para planificar otras más importantes.

2.- Precisa de apoyo en la planificación de cualquier compra, siendo autónomo para ir a comprarlas.

3.- Precisa acompañamiento para realizar todas sus compras, fuera de las habituales.

4.- Completamente incapaz de realizar ninguna compra, si no es acompañado.

**DESARROLLO PERSONAL Y SOCIAL****Autonomía y autogobierno**

1.- Capacidad para el manejo de situaciones de estrés

0.- Reconoce los factores estresantes que lo pueden descompensar y actúa sobre ellos

1.- Reconoce los factores estresantes que lo pueden descompensar y pide ayuda para actuar sobre ellos.

2.- Reconoce los factores estresantes que lo pueden descompensar pero le cuesta pedir ayuda.

3.- No reconoce los factores estresantes pero pide ayuda si se encuentra mal.

4.- No reconoce los factores estresantes que lo pueden descompensar ni pide ayuda.

2.- Capacidades básicas de adaptación: comprensión, atención, memoria, orientación, lenguaje, cálculo y juicio.

0.- Sin problemas cognitivos significativos.

1.- Con problemas menores de memoria, comprensión o falta de atención.

2.- Con déficits leves: confusión ocasional en relación a toma de decisiones simples, olvidos ocasionales de dónde ha olvidado algún objeto, no acordarse de trayectos habituales...

3.- Marcada desorientación en el tiempo, espacio o con las personas: desconcierto ante acontecimientos cotidianos, lenguaje en ocasiones incoherente, enlentecimiento mental.

4.- Desorientación severa (p.e. incapacidad para conocer a familiares), riesgo de accidentes, habla incomprensible, obnubilación o estupor.

3.- Economía

0.- Se administra autónomamente sin problemas

1.- Se administra autónomamente con algunos problemas o precisa de un acompañamiento o supervisión con buena administración autónoma

2.- Se administra con dificultades, precisando de un seguimiento y control, que cumple sin problemas.

3.- Con muchos problemas para administrarse; precisa de un control exhaustivo que puede cumplir sin mayor problema.

4.- Precisa de un control exhaustivo y aún así hay problemas en la administración; o tiene graves problemas para administrarse pero no acepta ningún tipo de ayuda.

4.- Capacidad para la realización de gestiones administrativas personales (renovación del DNI, tarjetas de transporte público, ir al banco...)

0.- No precisa ayuda para realizar cualquier tipo de gestión.

1.- Con capacidad para realizar pequeñas gestiones de forma autónoma pero precisa orientación.

2.- Precisa de apoyo en la planificación de sus gestiones, y acompañamiento esporádico o apoyo en su realización.

3.- Precisa acompañamiento para realizar sus gestiones.

4.- Completamente incapaz de realizar ningún tipo de gestión, ni acompañado.

**Relaciones interpersonales****1.- Relación Familiar**

0.- Mantiene una relación regular con encuentros semanales.

1.- Mantiene una relación regular con encuentros quincenales o mensuales.

## ORIGINALES Y REVISIONES

<p>2.- Mantiene una relación de forma esporádica y puntualmente.</p> <p>3.- Se relaciona solo telefónicamente.</p> <p>4.- No tiene familia o no mantiene contacto con ella.</p> <p>2.- Relaciones Sociales</p> <p>0.- Mantiene relaciones de amistad (fuera de la Residencia), de forma regular (semanalmente o quincenal)</p> <p>1.- Mantiene relaciones de amistad (fuera de la Residencia), de forma esporádica (como mucho una vez al mes).</p> <p>2.- Participa de algún club social o asociación, sin establecer relaciones de amistad con los otros socios.</p> <p>3.- Solo se relaciona con compañeros de la Residencia, con buena relación e iniciativa.</p> <p>4.- Solo se relaciona con compañeros de la Residencia, con actitud pasiva o estableciendo relaciones inadecuadas.</p> <p>3.- Respecto a las normas sociales, de “buena educación”, convivencia, cumplimiento de las tareas internas, fricciones con otros compañeros, destrucción de propiedades.</p> <p>0.- Buena capacidad de integración en el colectivo.</p> <p>1.- Aceptable integración en el colectivo, con puntuales incumplimientos normativos o fricciones con los compañeros.</p> <p>2.- Con habituales incumplimientos normativos o fricciones con los compañeros.</p> <p>3.- Muchas dificultades para cumplir con las normas sociales establecidas, con integración inadecuada al colectivo con fricciones regulares con los compañeros.</p> <p>4.- Incapacidad total para aceptar cualquier tipo de normativa ni relación de convivencia con otras personas.</p> <p>4.- Habilidades sociales; repertorio conductual necesario para interactuar con los otros: iniciar, seguir y cerrar una conversación, hacer peticiones de forma concreta y correcta, dar su opinión sin crear conflictos...</p> <p>0.- Con suficientes habilidades sociales que le permitan interactuar con los otros sin mayores problemas.</p> <p>1.- Con leves problemas de habilidades sociales pero que le permite manejarse en las relaciones personales.</p> <p>2.- Con moderadas carencias de habilidades sociales.</p> <p>3.- Con graves carencias en habilidades sociales.</p> <p>4.- No tiene ninguna habilidad social, cosa que le comporta graves problemas relacionales o una total inhibición.</p> <p>Bienestar personal e integración en el entorno social</p> <p>1.- Tiempo ocupado de forma organizada y planificada (se contabiliza el tiempo ocupado en el desplazamiento)</p>	<p>0.- Se mantiene ocupado gran parte del día (más de 5 horas diarias)</p> <p>1.- Participa en actividades que le mantienen ocupado entre 10-25 horas semanales.</p> <p>2.- Participa en actividades que le mantienen ocupado entre 5-10 horas semanales.</p> <p>3.- Solo participa regularmente en las actividades internas de la Residencia, o está ocupado en actividades externas muy esporádicas, que implican menos de 5 horas semanales.</p> <p>4.- No hace ninguna actividad organizada.</p> <p>2.- Cuántas horas diarias acostumbra a pasar solo: en la habitación, andando, escuchando música, radio, mirando la televisión... (se calcula a partir de 12h diarias, restando las horas de dormir y comidas)</p> <p>0.- Entre 1 y 2 h/diarias.</p> <p>1.- Entre 2 y 4 h/diarias.</p> <p>2.- Entre 4 y 6 h/diarias.</p> <p>3.- Entre 6 y 8 h/diarias.</p> <p>4.- Prácticamente todo el tiempo del día. Más de 8 h/diarias.</p> <p>3.- Utilización del tiempo libre. Realiza actividades tales como: tocar un instrumento musical, realizar actividades artísticas, juegos de mesa, ir al cine, visitar exposiciones o museos, charlas, participar de alguna asociación, salir con los amigos... (no se contabilizan las actividades que estén programadas o pautadas)</p> <p>0.- Realiza alguna de estas actividades de forma regular, prácticamente cada día.</p> <p>1.- A veces (mínimo una vez a la semana).</p> <p>2.- De forma ocasional (mínimo una vez al mes)</p> <p>3.- De forma muy puntual o extraordinariamente.</p> <p>4.- Nunca.</p> <p>4.- Capacidad para establecer objetivos según sus deseos y necesidades y llevarlos a buen fin.</p> <p>0.- Se plantea objetivos realistas y concretos y tiene capacidad para su realización</p> <p>1.- Se plantea objetivos realistas y concretos a corto plazo, pero precisa de ayuda para poder llevarlos a cabo.</p> <p>2.- Se plantea planes vagamente definidos y poco realistas, con dificultades en su ejecución, precisando ayuda en la elaboración y realización de los objetivos.</p> <p>3.- Capaz de cumplir con las demandas de vida rutinaria, pero con falta de motivación para plantearse otros objetivos, o con objetivos irrealistas o delirantes.</p> <p>4.- Incapaz de cumplir con las rutinas diarias.</p>
--	---

## BIBLIOGRAFÍA:

- (1) Goldman, H.H.; Gatozzi, A.A.; Tanbe, C.A. Defining and counting the chronically mentally ill. *Hospital and Community Psychiatry* 1981; 32,22.
- (2) Grupo de Trabajo Departament de Benestar Social. Els serveis d'acolliment residencial per persones amb malaltia mental: llars residències i llars amb suport. Documents de suport: serveis 1. Generalitat de Catalunya, Departament de Benestar Social. 2001;
- (3) López M, Lavinia M, Fernández L, García-Cubillana P, Moreno B, Maestro JC A. Evaluación del programa residencial para personas con trastorno mental severo en Andalucía. *Rehabilitación psicosocial*, 2005; 281:2-15
- (4) Lascorz D, Serrats E, Pérez V, Fábregas J, Vegué J. Estudio comparativo coste/eficacia de un dispositivo residencial para enfermos con trastorno mental severo. *Rev Asoc Esp Neuropsiquiatr*. 2009;103(1):191-201.
- (5) Guy W. Early Clinical Drug Evaluation (ECDEU). Assesorament Manual. Rockville. National Institute Mental Health, 1976.
- (6) American Psychiatric Association, 1987. Escala de Evaluación de la Actividad Global – EEAG. DSM-III-R. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Washington, 1987.
- (7) Bulbena Vilarrasa A, Fernández de Larrinoa Palacios P & Dominguez Panchón AI. Adaptación castellana de la Escala LSP (Life Skills Profile) Perfil de Habilidades de la Vida Cotidiana. *Actas Luso - Españolas de Neurología y Psiquiatría*. 1992. 20(2): 51-60.
- (8) Bergner M, Bobbitt RA, Carter WB, Gilson BS. The sickness impact profile: Development and final revision of health status measure. *Med Care* 1981; 19: 787-805.
- (9) Bebbington, P., Brugha, T., Hill, T., et al. Validation of the Health of the Nation Outcomes Scales. *British Journal of Psychiatry*, 1999; 174, 389-394
- (10) Overall J.E, Gorham D.R. Escala Breve de Evaluación Psiquiátrica –BPRS- The Brief Psychiatric Rating Scale. *Psychological Reports* 1962; 10: 799-812
- (11) Bobes J, González MP, Bascarán MT, Corominas A, Adán A, Sánchez J, Such P. Validation of the Spanish version of the adaptation scale in depressive patients. *Actas Esp Psiquiatr* 1999; 27(2): 71-80.
- (12) Birchwood M, Smith J, Cochrane R, Wetton S & Copestake S. The Social Functioning Scale. The development and Validation of a New Scale of Social Adjustment for use in Family Intervention Programmes with Schizophrenic Patients . *British Journal of Psychiatry* 1990, 157, 853-859
- (13) Katz, S., Ford, A. B, Moskowitz, R.W, Jackson, B. A., Jaffe, M. A. The index of ADL: A standardized measure of biological and psychosocial function. *JAMA*, 1963; 185: 914-919
- (14) Lawton, M. P. y Brody, E. M., Assessment of older people: selfmaintaining and instrumental activities of daily living, en *Gerontologist*, 9. 1969
- (15) Strauss S. J., Carpenter W.T. The prediction of outcome in schizophrenia: part I. Characteristics of outcome. *Arch Gen Psychiatry* 1972; 27: 739-746.
- (16) EuroQoL Group. EuroQoL – A new facility for the measurement of health-related quality of life. *Health Policy* 1990; 16: 199-208.