



UNIVERSIDAD DE CONCEPCIÓN
DIRECCIÓN DE POSTGRADO
FACULTAD DE MEDICINA
PROGRAMA DE DOCTORADO EN SALUD MENTAL

COMPARACIÓN DE MODELOS EXPLICATIVOS DE PERFILES DE
DISCAPACIDAD EN POBLACIÓN CON TRASTORNOS MENTALES
GRAVES DE TRES PAÍSES DE SUDAMÉRICA



ELVIS SIPRIAN CASTRO ALZATE

Tesis presentada a la Facultad de Medicina – Doctorado en Salud Mental de la Universidad
de Concepción para optar al grado académico de Doctor en Salud Mental

Profesora Guía: Dra. Sandra Saldivia Bórquez
Facultad de Medicina
Universidad de Concepción

Octubre 2019
Concepción, Chile

© 2019, Elvis Siprian Castro Alzate

Se autoriza la reproducción total o parcial, con fines académicos, por cualquier medio o procedimiento, incluyendo la cita bibliográfica del documento.





UNIVERSIDAD DE CONCEPCIÓN
DIRECCIÓN DE POSTGRADO
FACULTAD DE MEDICINA
PROGRAMA DE DOCTORADO EN SALUD MENTAL

COMPARACIÓN DE MODELOS EXPLICATIVOS DE PERFILES DE
DISCAPACIDAD EN POBLACIÓN CON TRASTORNOS MENTALES
GRAVES DE TRES PAÍSES DE SUDAMÉRICA



ELVIS SIPRIAN CASTRO ALZATE

Profesora Guía: Dra. Sandra Saldivia Bórquez
Facultad de Medicina
Universidad de Concepción

Comisión evaluadora:
Dr. Benjamín Vicente Parada
Dra. Pamela Grandón Fernández
Dra. Cristina Jenaro Rio

Octubre 2019
Concepción, Chile

DEDICATORIA

A quienes ya no están, pero durante su corto paso por mi vida aportaron en mi formación como persona de bien y como profesional con expectativas de éxito. Dedico este logro al recuerdo de:

Ramón Antonio Castro González, Ana Eva Alzate Marulanda, Valentina Castro Hernández, Antonio Castro Hernández, Mauricio Albarracín García y Carolina Muñoz.



AGRADECIMIENTOS

Quiero manifestar mi gratitud a aquellas personas que durante estos cuatro años tuve la oportunidad de conocer en tres países y que, de manera desinteresada, aportaron en mi proceso de formación.

En Chile...

En primer lugar, a la Dra. Sandra Saldivia Bórquez, quien me acompañó como Docente Guía, aportándome su punto vista y orientaciones para culminar este proceso.

A los integrantes de la Comisión Evaluadora, Dra. Pamela Grandón Fernández, Dra. Cristina Jenaro y Dr. Benjamín Vicente Parada, por sus críticas que permitieron mejorar la calidad del informe final y que me permiten continuar reflexionando con el horizonte hacia mi futuro profesional.

Al Dr. Claudio Bustos, asesor metodológico, por sus horas de paciencia en la orientación para la consolidación de mis saberes previos.

A mis compañeros de cohorte del Doctorado, por sus aportes en momentos de aula y la acogida en momentos de su vida familiar.

A Alexis Vielma Aguilera y Mery Laura Ballesteros, mis otros compañeros del Doctorado, por las experiencias vividas en la línea de investigación, especialmente las que implicaron la recolección de datos en los proyectos que compartimos.

A los funcionarios del Servicio de Salud de Concepción, especialmente a Olga Riffo del Servicio de Psiquiatría, Carolina Rivas del COSAM de Concepción, Carolina Mercado y su equipo del Hospital de Día de Concepción y Rodrigo Toledo del COSAM de Lota. Gracias a ustedes pude conocer una parte de la realidad de los servicios de salud en Chile.

A la Comisión Nacional de Ciencia y Tecnología que, a través de la beca de Doctorado Nacional folio 21170614, financió parte del proyecto de investigación.

En Ecuador...

A los profesores Marco Gamboa Proaño y Karla Pérez, por su apoyo en la gestión administrativa del proyecto y por la acogida en Quito.

A la Dra. Silvia Mancheno, Ex Decana de la Facultad de Ciencias Psicológicas de la Universidad Central del Ecuador, por su respaldo académico.

A las psicólogas Janneth Jami, Norma Pelagallo y Mónica Guanoluisa, por la recolección y sistematización de los datos de la muestra de Quito.

En Colombia...

A mi familia, Maribel Castro, Beatriz Castro, Juan Carlos Zapata y Viviana Andrea Jiménez, por su incondicionalidad y por ser maestros en mi carrera de vida.

A mi esposa, Hebe Hernández Romero y su familia Berta Elena Romero y Fernando Trureo Contreras, por confirmarme lo valiosa que es la unidad familiar más allá de las fronteras y por la resiliencia ante las situaciones adversas.

A los Epidemiólogos Robinson Pacheco López y Laura Milena Cardona Marín, integrantes del equipo de trabajo, quienes, desde la Maestría en Epidemiología de la Universidad Libre, realizaron la gestión administrativa para la recolección y sistematización de la muestra en Cali.

Finalmente, sin hacer énfasis en el país, a cada una de las personas con trastornos mentales graves y sus familias, por su apertura al participar en el proyecto, por permitirme conocer una parte de sus vidas y por contribuir en mi formación como investigador en Discapacidad y Funcionamiento.

TABLA DE CONTENIDO

ÍNDICE DE TABLAS	9
ÍNDICE DE FIGURAS	11
RESUMEN	12
1. FORMULACIÓN DEL PROBLEMA	15
1.1. Avances en la evaluación de la carga asociada a los trastornos mentales graves y la discapacidad en psiquiatría.....	15
1.2. Desarrollo de la escala de evaluación de discapacidad de la Organización Mundial de la Salud (WHODAS 2.0)	19
1.3. Avances en la evaluación de sistemas y políticas en salud mental	21
1.3.1. Antecedentes de la reforma en Chile	22
1.3.2. Antecedentes de la reforma en Ecuador	25
1.3.3. Antecedentes de la reforma en Colombia.....	27
1.3.4. Comparación de las reformas con el sistema sanitario de Canadá	30
1.4. Discapacidad en Latinoamérica, aproximación a cifras y metodologías para el registro de información.....	32
1.5. Definición del problema	34
2. MARCO TEORICO	38
2.1. Consideraciones conceptuales de los trastornos mentales graves (TMG).....	38
2.2. Definición de trastorno mental grave (TMG).....	39
2.3. La discapacidad como dimensión relevante en el reconocimiento de los TMG	41
2.4. La discapacidad desde una postura biomédica	42
2.5. Propuesta de una visión integradora: El efecto de los factores ambientales y la reciprocidad de los componentes del funcionamiento y la discapacidad	44
2.6. La Clasificación Internacional del Funcionamiento, de la Discapacidad y de la Salud (CIF, 2001)	45
2.7. La nueva clasificación y su desarrollo en el área de salud mental y psiquiatría	48
2.8. Evaluación del funcionamiento y la discapacidad en salud mental a partir de la CIF y el DSM- V.	49
3. HIPÓTESIS DE TRABAJO.....	53
4. OBJETIVOS	54
4.1. Objetivo general	54
4.2. Objetivos específicos.....	54
5. MÉTODO	55
5.1. Tipo de estudio	55

5.2. Universo.....	55
5.3. Muestra	55
5.4. Instrumentos	58
5.4.1. Escala de Evaluación de la Discapacidad de la Organización Mundial de la Salud.....	58
5.4.2. Entrevista Neuropsiquiátrica Internacional (MINI)	59
5.4.3. Mini-Mental State Examination (Mini- Mental)	60
5.5. Variable dependiente	60
5.6. Variables independientes	61
5.7. Procedimiento.....	65
5.8. Plan de análisis	66
5.9. Consideraciones éticas.....	67
6. RESULTADOS	69
6.1. Descripción de las muestras	70
6.1.1. Características sociodemográficas.....	70
6.1.2. Características clínicas de la muestra	74
6.1.3. Características psicosociales de la muestra	78
6.1.4. Niveles de discapacidad según dominios de WHODAS 2.0	80
6.1.5. Análisis de regresión múltiple	85
6.1.6. Análisis de la capacidad predictiva del modelo según parámetros CIF	97
6.1.7. Estimación de modelos explicativos de perfiles de discapacidad por cada país	99
6.2 Estructura Factorial y Confiabilidad del instrumento.....	104
6.2.1. Análisis Factorial Confirmatorio de WHODAS 2.0.....	104
6.2.2. Análisis Factorial Confirmatorio Grupal.....	106
6.2.3. Consistencia interna.....	107
6.2.4. Estabilidad temporal.....	108
7. DISCUSIÓN.....	109
7.1. Perfil sociodemográfico, clínico y psicosocial de la muestra de personas con TMG	110
7.2. Aporte de variables sociodemográficas, clínicas y psicosociales a un modelo multidimensional de discapacidad en personas con TMG	116
7.3. Utilidad de la evaluación de discapacidad a partir de los resultados de WHODAS 2.0	119
7.4. Confirmación de la estructura factorial de WHODAS 2.0	121

7.5. Propiedades psicométricas del instrumento en población con trastornos mentales graves de Chile, Colombia y Ecuador	122
7.6. Limitaciones del estudio	124
7.7. Proyecciones de estudios futuros.....	125
7.8. Conclusiones del estudio	126
8. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	128
9. ANEXOS	137
9.1. Certificado médico de capacidad de consentir (Chile)	137
9.2. Escala de evaluación de la discapacidad de la Organización Mundial de la Salud WHODAS 2.0.....	138
9.3. Módulos episodio depresivo mayor, episodio psicótico y episodio hipomaniaco/maniaco de la Entrevista Neuropsiquiática Internacional (MINI)	144
9.4. Mini-Mental State Examination (Mini- Mental)	149
9.5. Manual de procedimientos operativos estandarizados (POE)	151
9.6. Actas de aprobación de los Comité de ética	160
9.7. Formato de consentimiento informado.....	165



ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1.1. Direcciones estratégicas de la Estrategia de Salud Mental para Canadá (2012).....	32
Tabla 1.2. Prevalencia de discapacidad reportada en países de Latinoamérica.....	33
Tabla 2.1. Dimensiones para la definición de trastornos mentales graves.....	40
Tabla 2.2. Visión de conjunto de la CIF.....	47
Tabla 6.1. Características sociodemográficas de la muestra total y por centro.....	71
Tabla 6.2. Características clínicas de la muestra total y por centro.....	75
Tabla 6.3. Características psicosociales de la muestra total y por centro.....	79
Tabla 6.4. Niveles de discapacidad según dominios de WHODAS 2.0.....	84
Tabla 6.5. Comparación de modelos de acuerdo con las categorías diagnósticas del MINI.....	86
Tabla 6.6. Criterios de comparación y selección de un modelo explicativo de discapacidad en personas con TMG.....	87
Tabla 6.7. Criterios de comparación de modelos explicativos a partir de valores AIC y BIC.....	87
Tabla 6.8. Modelo de análisis multivariado a partir de los datos completos.....	88
Tabla 6.9. Comparación de modelos multivariados a partir de la imputación múltiple.....	90
Tabla 6.10. Importancia de factores predictores de discapacidad a partir de análisis de árboles aleatorios.....	91
Tabla 6.11. Selección de variables relevantes para la estimación del modelo multivariado.....	92
Tabla 6.12. Modelo reducido a partir de variables relevantes.....	93

Tabla 6.13. Modelo reducido a partir de variables relevantes convertido a raíz cuadrada.....	95
Tabla 6.14. Matriz de confusión y probabilidad de clasificación del modelo lineal.....	98
Tabla 6.15. Matriz de confusión y probabilidad de clasificación del modelo de raíz cuadrada.....	99
Tabla 6.16. Modelo de análisis multivariado para Chile.....	100
Tabla 6.17. Matriz de confusión y probabilidad de clasificación del modelo lineal para población de Chile.....	100
Tabla 6.18. Modelo de análisis multivariado para Colombia.....	102
Tabla 6.19. Matriz de confusión y probabilidad de clasificación del modelo lineal para población de Colombia.....	102
Tabla 6.20. Modelo de análisis multivariado para Ecuador.....	103
Tabla 6.21. Matriz de confusión y probabilidad de clasificación del modelo lineal para población de Colombia.....	104
Tabla 6.22. Bondad de ajuste para los modelos (AFC)	106
Tabla 6.23. Bondad de ajuste de los modelos propuestos a partir del AFC grupal.....	106
Tabla 6.24. Comparación de verosimilitud de modelos.....	106
Tabla 6.25. Consistencia interna de WHODAS 2.0 al ser empleada en población con TMG.....	108
Tabla 6.26. Evaluación de la estabilidad temporal de WHODAS 2.0 en la muestra total y por centro.....	108

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 2.1. Modelo continuum espectral.....	39
Figura 2.2. Modelo de las consecuencias de las enfermedades: secuencia de conceptos....	43
Figura 2.3. Modelo relacional del Instituto de Medicina de los Estados Unidos (IOM, 1997).....	45
Figura 2.4. Interacción de conceptos de la CIF.....	47
Figura 6.1. Diagrama de flujo del estudio en los centros participantes.....	69
Figura 6.2. Características del modelo inicial, verificación de supuestos para la regresión.....	89
Figura 6.3. Importancia de factores en la predicción del modelo.....	92
Figura 6.4. Características del modelo reducido, verificación de supuestos para la regresión.....	94
Figura 6.5. Características del modelo reducido (transformación a raíz cuadrada), verificación del supuestos para la regresión.....	96

RESUMEN

Antecedentes

La evaluación de la discapacidad en personas que presentan trastornos mentales graves (TMG) es un proceso que requiere revisión y actualización para la incorporación de los instrumentos derivados de la Clasificación Internacional del Funcionamiento, de la Discapacidad y la Salud (CIF, 2001). Múltiples factores inciden en el escaso desarrollo de procesos de investigación en el área, como la creencia de la relación directa entre la discapacidad y condiciones físicas. Es por esto que los trastornos mentales graves han sido asumidos como condiciones aisladas, susceptibles de ser abordados mediante una postura nosográfica, y desconociendo la interacción entre el contexto y la persona. Esta carencia de evidencia basada en el empleo de métodos objetivos y replicables de evaluación de la discapacidad es similar en el contexto Latinoamericano.

Objetivo

Comparar modelos explicativos de perfiles de discapacidad en una muestra de personas con TMG en contacto con servicios ambulatorios de psiquiatría en Chile, Colombia y Ecuador.

Método

Se realizó un estudio multicéntrico, observacional, de corte longitudinal, en el marco de una cohorte concurrente, a partir de un muestreo probabilístico en Colombia y un muestreo por conveniencia en Chile y Ecuador. La muestra estuvo conformada por 803 adultos con TMG, que fueron evaluados por profesionales de la salud en los servicios ambulatorios de salud mental a los cuales asistían en Concepción (Chile), Cali (Colombia) y Quito (Ecuador), se invitó a participar a cada persona que cumplía los criterios, quienes manifestaron explícitamente su participación mediante la firma del consentimiento

de los tres países participantes. Este modelo base fue empleado para determinar los modelos explicativos en cada uno de los centros participantes.

Adicionalmente, se determinó que WHODAS 2.0 presenta buenas propiedades psicométricas (confiabilidad: $\alpha= 0.79 - 0.96$ y $\omega=0.85 - 0.97$; estabilidad temporal: $r= 0.74 - 0.92$). Se comprobó una adecuada estructura factorial que permite determinar el grado de discapacidad en las dimensiones actividad y participación propuesta en la CIF ($\chi^2=1702.102$; $gl=564$; $\chi^2/gl= 3.01$; CFI=0.947; TLI=0.941; RMSA=0.050).

Conclusiones

La discapacidad en personas con trastornos mentales graves es una variable resultado que involucra la interacción de variables sociodemográficas, clínicas y psicosociales. Sin embargo, los modelos lineales multivariados permitieron identificar la presencia de síntomas actuales como la principal variable en el establecimiento del aporte individual para la determinación de la carga de discapacidad global empleando WHODAS 2.0. En cuanto a las variables psicosociales, la presencia del cuidador es una de las principales variables explicativas de alta carga de discapacidad.

WHODAS 2.0 es una herramienta fiable para la evaluación de la discapacidad en personas con trastornos mentales graves, y su estructura factorial permite determinar el impacto en las dimensiones actividad y participación descritos en la Clasificación Internacional del Funcionamiento, de la Discapacidad y la Salud.

Palabras clave: Trastornos Mentales Graves, Discapacidad, Instrumentos de evaluación, Propiedades psicométricas.

informado. Posterior a esto se administró a cada participante un protocolo de evaluación de discapacidad comprendido por datos socio-demográficos, Minimental, MINI y la Escala de Evaluación de Discapacidad de la Organización Mundial de la Salud (WHODAS 2.0). Se realizó seguimiento al 30% de la muestra en cada uno de los centros, mediante la administración de WHODAS 2.0 con una diferencia de dos semanas posterior a la evaluación inicial. Los datos fueron obtenidos entre julio de 2017 y diciembre de 2018. La investigación fue aprobada por el Comité Ético Científico del Servicio de Salud de Concepción en Chile, el Comité de Ética del Hospital Docente de Calderón en Ecuador y el Comité de Ética de la Universidad del Valle en Colombia, para las muestras respectivas.

La variable de resultado principal fue la presencia de discapacidad, a partir de las alteraciones reportadas por las personas evaluadas en los dominios actividad y participación descritos en la CIF. Para determinar un modelo parsimonioso con la mayor capacidad explicativa, se realizaron análisis univariado, bivariado, y modelos lineales multivariados.

Resultados

El 91.3% de la muestra presentó algún grado de discapacidad. El modelo multivariado final para el total de la muestra incluyó las variables explicativas país (Colombia; $\beta=6.724$; $t=6.454$; $p < 0.001$), edad ($\beta=-0.163$; $t=-2.482$; $p=0.0132$), escolaridad ($\beta=-0.5029$; $t=-2.995$; $p=0.00162$), presencia de episodio depresivo actual ($\beta=23.26$; $t=13.186$; $p \leq 0.01$), presentar episodio psicótico actual ($\beta=4.795$; $t=2.512$; $p=0.0122$); presentar episodio hipomaniaco / maniaco actual ($\beta=7.498$; $t=3.711$; $p \leq 0.00022$), tener práctica religiosa al menos una vez al mes ($\beta=-2.834$; $t=-2.234$; $p=0.0257$) y, tener cuidador ($\beta=10.363$; $t=6.933$; $p \leq 0.01$); obtuvo un coeficiente de determinación de 0.3275 ($F(23, 760) = 16.09$, $p < 0.001$, $R^2\Delta=30.71$), explicando el 32.75% de la discapacidad de las personas con TMG

1. FORMULACIÓN DEL PROBLEMA

1.1. Avances en la evaluación de la carga asociada a los trastornos mentales graves y la discapacidad en psiquiatría

A partir de los resultados de los estudios de carga de enfermedad, los trastornos mentales han cobrado relevancia para los tomadores de decisiones, dado que los indicadores muestran que estos cuadros se encuentran dentro de las primeras causas de años de vida ajustados por discapacidad (AVAD) a nivel mundial (1-3). Este indicador incorpora estimativos del efecto de las condiciones de salud no mortales, determina el impacto de la enfermedad en la calidad de vida de las personas que conviven con trastornos mentales y sus familias, en términos de reducción en la capacidad productiva, ingresos económicos y desempeño de roles socialmente esperados (1, 4). Se estima que la carga asociada a los trastornos mentales y por uso de sustancias se ha incrementado en el mundo cerca de un 37,6% durante el periodo comprendido entre 1990 y 2010, esta transición está relacionada con fenómenos como el crecimiento poblacional y el envejecimiento, y responde a perfiles que varían en función del sexo, la edad y los ingresos.

Al destacar la carga específica de diversos diagnósticos, los trastornos mentales graves (TMG) se caracterizan por presentar altos porcentajes de la carga total estimada, siendo los trastornos depresivos los que presentan mayor contribución con un 40,5%, seguidos por la esquizofrenia (7,4%) y los trastornos bipolares (7%) (1), esta tendencia se ha mantenido en la reciente evaluación de carga a nivel mundial (5).

De acuerdo con las propuestas de reforma para la implementación de programas de salud mental en América Latina, se requiere ofrecer respuestas comprensivas a los problemas y trastornos mentales, mediante la construcción de mecanismos que faciliten el acceso a

servicios especializados en salud mental y atención psicosocial, superando las barreras de acceso y la hegemonía de la prestación de servicios de salud a través de procesos de hospitalización (6, 7). En este contexto, la rehabilitación integral se convierte en un proceso orientado a la inclusión social de la población que presenta algún trastorno mental, por lo que requiere disponer de instrumentos de evaluación que permitan llegar a un diagnóstico fiable, reproducible y comparable en escenarios cotidianos, como el familiar o el comunitario (8).

Desde su aprobación en el año 2001, la Clasificación Internacional del Funcionamiento, de la Discapacidad y la Salud (CIF) (9), no ha sido ampliamente utilizada en escenarios que involucren la atención en psiquiatría (10). Múltiples factores inciden en esta brecha, entre los que destacan el desconocimiento de los profesionales, la escasa articulación con programas de bienestar y la compleja estructura de esta clasificación propuesta por la OMS (10).

En América Latina, la CIF ha sido utilizada principalmente con fines académicos e investigativos en lesiones traumáticas y en condiciones físicas como alteraciones neurológicas y osteomusculares (11, 12). Un estudio con 45 personas con diagnóstico de trauma raquímedular, estableció la capacidad predictiva de un modelo para la evaluación del grado de discapacidad mediante el empleo de la Escala de Evaluación de la Discapacidad de la Organización Mundial de la Salud (WHODAS II), concluyendo que el modelo más parsimonioso incluía variables clínicas como el índice sensitivo, el tiempo de evolución de la lesión, y una variable sociodemográfica que corresponde al desempleo por la lesión (11). Pérez Parra y Henao Lema (2013), establecieron relaciones entre variables clínicas asociadas al trastorno raquímedular y la presencia de discapacidad en 368 personas

con el diagnóstico. El modelo de regresión lineal propuesto por los autores, destaca el efecto de la depresión y del estrés, como principales predictores (12).

Otro antecedente del uso de la CIF incluye la revisión de Neves y Álvarez, realizada en 2014 y que permitió identificar las características sociodemográficas de la discapacidad en 13 países de Latinoamérica (13). Las autoras señalan que al emplear la actual clasificación, la prevalencia de discapacidad general para los países incluidos en el estudio fue de 9,6%, por sobre la obtenida cuando se utilizó la Clasificación Internacional de Deficiencias, Discapacidades y Minusvalías (CIDDDM, 1980), que mostró que la prevalencia estimada fue de 2,4%, por lo que concluyen que se requieren ajustes en la metodología para la determinación de la discapacidad y así evitar el posible efecto de subestimación asociado a la mala clasificación o definición operacional del evento (13).

En el escenario de salud mental, en Colombia es posible destacar avances de investigación con población vinculada a programas de salud mental, circunscritos al observatorio centinela de intento de suicidio de la Secretaría de Salud Pública Municipal de Cali. En este estudio se determinó la carga de discapacidad después de un intento de suicidio, identificándose diferentes niveles de discapacidad, distribuidas en ninguna discapacidad (4,7%), discapacidad leve (41,27%), discapacidad moderada (38,18%) y discapacidad severa (15,9%) (14).

En México, existe un mayor desarrollo de propuestas a partir de la validación de instrumentos derivados, como las listas de chequeo y las adaptaciones de los dominios de limitaciones en la actividad, y restricción en la participación en población con trastornos mentales graves. Robles García et al., en el 2010, evaluaron la funcionalidad, discapacidad y salud para la rehabilitación psicosocial en 205 pacientes asilados con trastornos mentales

graves. Las autoras compararon cada uno de los dominios sugeridos en la CIF con los resultados de la escala de evaluación de la actividad global, encontrando valores de correlación entre 0,51 y 0,67. Igualmente, establecieron la consistencia interna mediante el alfa de Cronbach, con valores entre 0,70 y 0,90 (15).

El estudio adelantado por Tenorio-Martínez et al. (2009), incorporó la evaluación de los dominios actividad y participación mediante el empleo de una lista de chequeo en personas con diagnósticos de ansiedad, depresión y esquizofrenia atendidas en un hospital psiquiátrico de los servicios de salud de la municipalidad de Puebla (México) (16). Entre los resultados destaca que el 59,7% de las personas con diagnóstico de ansiedad y depresión presentaron problemas para el establecimiento de relaciones íntimas; en el caso de las personas con esquizofrenia, las autoras identificaron problemas en actividades que implican ver (39,9%), escuchar (42,9%), comprender tareas simples (60,7%), comunicación y uso fino de la mano (57,1%), usar el transporte (64,3%) y el cuidado de las partes del cuerpo (60,7%) (16).

A partir de lo anterior se evidencia que, aunque existen antecedentes de la evaluación de discapacidad en América Latina, se requieren estudios que permitan determinar perfiles de discapacidad que consideren el aporte de variables sociodemográficas, clínicas y psicosociales, en los que se ofrezca evidencia empírica de la interdependencia de estas en un modelo relacional (17, 18). En este sentido, la construcción de modelos explicativos de discapacidad puede aportar a la generación de mecanismos que promuevan la recuperación de las personas con TMG en el marco del reconocimiento de las necesidades específicas de participación e inclusión social, incorporando una visión ética y cultural, basada en los

enfoques de derechos y de capacidades humanas y que sea compatible con los principios de la rehabilitación psicosocial (19).

1.2. Desarrollo de la escala de evaluación de discapacidad de la Organización Mundial de la Salud (WHODAS 2.0)

El desarrollo de una escala de evaluación de discapacidad fue una respuesta ante una de las principales falencias de la más reciente clasificación propuesta por la OMS (20). La CIF como herramienta incorpora una lista amplia de elementos que en términos operativos resultan de difícil manejo para profesionales de la salud y relacionados, siendo la construcción de listas de chequeo a partir del interés de profesionales y grupos de investigación una de las principales alternativas para generar evidencia (10, 21).

La OMS propuso una iniciativa para el desarrollo de un instrumento denominado World Health Organization: Disability Assessment Schedule 2.0 (WHODAS 2.0), que permitiera guiar las intervenciones y comprender la experiencia vivida por las personas, independiente del diagnóstico (14, 20, 22, 23). La versión en castellano de este instrumento fue validada con población española y sus propiedades psicométricas fueron determinadas mediante metodologías cualitativas (consenso de expertos y entrevistas cognitivas) y metodologías cuantitativas, basadas en la teoría clásica de la medición. La población de referencia incluyó muestras de población con antecedentes de problemas relacionados con drogas, con el alcohol, problemas de salud mental y otras condiciones de salud, tanto en escenarios comunitarios como en escenarios de hospitalización, razón por la cual uno de los principales retos a futuro es difundir su empleo e incorporarlo en procesos de evaluación en

múltiples ámbitos relacionados con la prestación de servicios de salud, incluidos los programas de desarrollo social (14, 20).

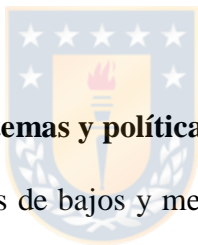
Iniciativas como esta pueden aportar a la toma de decisiones en procesos de evaluación e intervención en programas de rehabilitación psicosocial, respondiendo a las recomendaciones de la OMS, orientadas a la reducción de brechas de atención en salud mental (6, 24) y a la necesidad de implementar estrategias efectivas para la prevención del impacto negativo de las enfermedades mentales en la calidad de vida de las poblaciones y comunidades (4, 6, 25).

Entre los antecedentes del proceso de evaluación de discapacidad mediante instrumentos de la OMS se encuentra el World Health Organization Psychiatric Disability Assessment Schedule, derivado de la Clasificación Internacional de Deficiencias, Discapacidades y Minusvalías. Este instrumento fue reconocido por las siglas DAS, fue específico para su uso en psiquiatría, pero no guarda relación con el instrumento derivado de la CIF (20). Una segunda versión fue reconocida como DAS II, en ella se incorporó el efecto del ajuste social de la persona, el comportamiento general y el desempeño de roles, de acuerdo con el contexto social y cultural de la persona con trastorno mental evaluada. Sin embargo, Vásquez-Barquero et al., (2002), concluyeron que este instrumento no correspondía al producto de un proceso de revisión que incorporara la perspectiva multidimensional de la discapacidad propuesta en la CIF (20).

Existe una versión previa de WHODAS 2.0, que corresponde a la primera iniciativa nacida de un trabajo colaborativo. En 2002 se adelantó el proceso de adaptación y validación del “Cuestionario de evaluación de discapacidad de la Organización Mundial de la Salud”. El borrador inicial constaba de 96 ítems. Posteriormente, a partir del juicio de expertos, se

generó una versión de 36 ítems y una versión reducida de 12 ítems. Este instrumento fue reconocido como WHODAS II y se caracterizaba por su complejidad en la obtención de la puntuación global de discapacidad. Fue validado en español en el año 2002 por Vásquez-Barquero et al., y sirvió de base para los ajustes metodológicos empleados en la versión actual de WHODAS 2.0 (20).

A pesar de los antecedentes del uso de la CIF y sus instrumentos de evaluación en Latinoamérica, WHODAS 2.0 no ha sido formalmente validado para ser empleado en personas con TMG en Chile, Colombia y Ecuador, países que presentan diferentes niveles de implementación de reformas a sus políticas de salud mental y que requieren avances en la evidencia de las intervenciones en las últimas décadas (6, 7).



1.3. Avances en la evaluación de sistemas y políticas en salud mental

Durante las últimas décadas en países de bajos y medianos ingresos, incluida la región de las Américas, se han desarrollado una serie de reformas en los sistemas sanitarios (26). Dichas propuestas incluyen alternativas para incorporar la salud mental como una dimensión de relevancia para la reducción de brechas en la atención en el área y reducir la carga creciente asociada a las enfermedades mentales (27). Lo anterior implica reconocer la necesidad de determinar el estado actual de los servicios ofrecidos a las poblaciones, con el propósito de proveer atención de salud mental, definir la forma y distribución de los recursos asignados y establecer los avances en las normativas y estrategias empleadas para responder a las necesidades de la población (26, 27). Para ello, la OMS propuso un instrumento para la evaluación de los sistemas de salud mental, conocido como WHO – AIMS por su sigla en inglés (26). Mediante esta propuesta se recopila información básica

sobre indicadores en aspectos como: política y marco legislativo, servicios de salud mental, salud mental en atención primaria, recursos humanos, educación del público, vínculo con otros sectores y monitoreo e investigación. Esta información aporta datos consolidados del alcance de los sistemas de salud en función de la implementación de reformas, además de permitir comparaciones regionales (26, 27).

Con relación a la prestación de servicios en países de bajos y medianos ingresos, como los de Sudamérica, la OMS estimó que la prevalencia de atención entre la población que la requiere corresponde al 0,67%, y esta cifra se reduce al 0,16% cuando se trata de población menor de edad (26). En el caso de la financiación de los sistemas y de los recursos empleados en salud mental, estos se caracterizan por la escasez, la distribución inequitativa y su uso ineficiente. En el estudio de referencia, se estableció que la mediana de profesionales de salud mental es cercana a los 6 por cada 100.000 habitantes; y los recursos per cápita corresponden a 0,30 dólares. En el caso de personas que presentan un trastorno mental grave, como la esquizofrenia, solo recibe atención 1 de cada 3 personas que lo presentan (26).

1.3.1. Antecedentes de la reforma en Chile

Después de la década de los 90's, Chile se enfrentó a una serie de cambios políticos y sociales, por lo que las políticas sanitarias fueron objeto de modificaciones con el propósito de garantizar su fortalecimiento (6). Los principales elementos a considerar se relacionan con la iniciativa de incrementar el presupuesto de salud pública para incorporar el componente de salud mental y la implementación de políticas que transformaron de manera radical los servicios de psiquiatría en el país (28). La reforma del sistema consideró la

estrategia de atención primaria en salud como la puerta de entrada en la prestación de servicios, con capacidad resolutive e interdependencia con otros niveles de especialidad (6, 28).

En 2014, el Ministerio de Salud presentó el informe de evaluación del sistema de salud mental de Chile (WHO-AIMS) (27). Entre los principales resultados destacan los avances en la implementación del Plan Nacional de Salud Mental de 2001; la inclusión de mecanismos para la regulación de derechos y deberes de los usuarios mediante la Ley 20.584 que garantiza la dignidad, la autonomía y la igualdad de las personas en contacto con los servicios de salud; el Decreto 201 de 2008 que promulga la Convención de las Naciones Unidas sobre los Derechos de las personas con discapacidad y la Ley 20.422 que establece directrices para lograr la igualdad de oportunidades y la inclusión social de las personas con discapacidad (27).

Entre las limitaciones identificadas se menciona el no reconocimiento de la capacidad jurídica de las personas con discapacidad mental, que incluye la posibilidad de declarar la interdicción de ella (27).

Las cifras de financiación del sistema correspondían al 2,16% del presupuesto asignado a salud. De este porcentaje, el 20% se destinaban a la financiación de programas en APS. Lo anterior implica que en Chile se invierte cerca de la mitad del porcentaje en salud mental de la cantidad que se invierte en países de altos ingresos (27).

Con relación a la prestación de servicios, se presenta un incremento en la cobertura que pasó de 0,88 en el año 2004 a 1,82 en el año 2012; igualmente, se ha logrado mejorar en indicadores de calidad y oportunidad en la atención, lo que permite un impacto positivo en procesos de rehabilitación psicosocial y en la cobertura en la entrega de medicamentos.

Hacia el futuro, los principales indicadores a mejorar se concentran en disminuir la oportunidad en la atención, que en el informe se encuentra en 48,3 días y disminuir las diferencias existentes en la cobertura entre la Región Metropolitana y las demás regiones del país (27, 28).

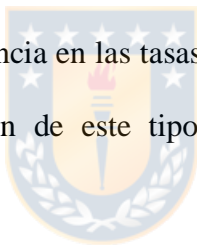
En 2017, fue presentado el tercer Plan Nacional de Salud Mental 2017 – 2025, conformado por siete líneas de acción (29):

1. Regulación y derechos, centrada en la formulación de normativas que promuevan el respeto por los derechos humanos, el reconocimiento de la salud como derecho y la generación de espacios de participación en los que las personas con trastornos mentales exijan su respeto y cumplimiento.
2. Provisión de servicios, enmarcados en el Modelo de Atención Integral en Salud Familiar, con capacidad resolutoria desde la estrategia de APS articulada con los niveles de mayor complejidad, con predominio del componente comunitario y atención ambulatoria.
3. Financiación, que tiene como propósito la asignación de recursos para la implementación de acciones costo-efectivas desde la atención sanitaria hasta los procesos de gestión y administración.
4. Gestión de la calidad, centrada en la prevención y resolución de problemas que reduzcan los beneficios o que generen daños en los usuarios durante la prestación de servicios.
5. Sistemas de información e investigación, centrados en la administración, organización, interpretación y uso de datos, que permitan la generación de conocimiento científico en salud mental.
6. Recursos humanos y formación, centrado en la generación de competencias profesionales a partir de la implementación de estrategias de capacitación, mejoramiento de

condiciones laborales y dotación, para la consolidación de las intervenciones y mejorar el impacto en la calidad de vida de la población consultante

7. Participación e intersectorialidad, centrado en cambios culturales en los que los usuarios y familiares sean parte activa de la toma de decisiones, estableciendo una red con los servicios orientada a alcanzar la inclusión social. Lo anterior implica la vinculación de representantes de otros ámbitos de la comunidad, diferentes a salud.

Con relación a los recursos humanos, para 2012 se estimó una tasa de 41,5 profesionales y técnicos dedicados a salud mental por cada 100.000 habitantes. Existía mayor participación de psicólogos con una tasa de 171,5 por 100.000 habitantes, mientras que psiquiatras, enfermeras, trabajadores sociales y terapeutas ocupacionales presentaban tasas de 7,0; 2,0; 1,9 y 3,0 respectivamente. Esta tendencia en las tasas de profesiones es similar a las que se observan en las tasas de graduación de este tipo de profesionales por cada 100.000 habitantes (27, 28).



1.3.2. Antecedentes de la reforma en Ecuador

En el caso de Ecuador, la evaluación del sistema de salud mental más reciente corresponde al informe presentado en 2008 (30). Los resultados responden a la necesidad de realizar un diagnóstico que sirviera de línea de base para orientar futuras intervenciones, además de servir de referencia para el monitoreo de los indicadores relacionados con la salud mental de la población ecuatoriana (30).

El sistema de salud del Ecuador se caracteriza por la segmentación en la prestación de servicios, lo que genera políticas separadas de planes y programas para la población general, a cargo del Sistema de Salud Pública; los trabajadores formales, a cargo del

sistema de seguridad social; para las fuerzas armadas y la policía; para la población con diagnóstico de cáncer, a cargo de una institución privada financiada con recursos públicos; y para la población con mayor capacidad económica, a través de los servicios de atención privada. El presupuesto general asignado al sistema público de salud corresponde al 6% del presupuesto nacional y de este, el 1,46% está destinado a las acciones de salud mental, con predominio de financiamiento de los servicios prestados en hospitales psiquiátricos (30).

De acuerdo con el informe, las principales líneas políticas y estratégicas se encuentran definidas por el Plan Nacional de Salud Mental de 1999, que plantea la incorporación de mecanismos de promoción y prevención y establece la articulación de servicios de salud mental en toda la estructura de servicios (7). Las principales limitaciones descritas en el informe se relacionan con la inexistencia de una ley de salud mental; la pobre articulación con organismos encargados de velar por los derechos humanos; la carencia de educación en derechos humanos por parte de los profesionales asistenciales; y la financiación del sistema, que destina el 59% de los recursos a los hospitales psiquiátricos (30).

La cobertura en salud mental ha sido uno de los principales logros de la reforma en el sistema de salud de Ecuador. La tasa de atención de los servicios ambulatorios corresponde a 239 por cada 100.000 habitantes; mientras que la tasa en los hospitales psiquiátricos es de 113 por cada 100.000 habitantes, este último indicador contrasta con la cantidad de camas en estos establecimientos, que se encuentra en 12 por cada 100.000 habitantes. El Ministerio de Salud establece este indicador como elemento relevante de la gestión en la prestación de servicios, pero reconoce la importancia de implementar mecanismos de referencia – contrareferencia entre la atención ambulatoria y los hospitales para continuar respondiendo a las necesidades de la población consultante (30). La cobertura en la entrega

de medicamentos está concentrada en los hospitales psiquiátricos y cubre un amplio espectro de psicofármacos. Una tarea pendiente corresponde a aumentar la disponibilidad de tratamiento farmacológico en servicios de atención ambulatoria (30).

Con relación a los recursos humanos, la tasa de profesionales alcanza a 8 por cada 100.000 habitantes, predominando la participación de psicólogos, y aunque se reporta baja participación de otros profesionales, como trabajadores sociales y terapeutas ocupacionales, esta situación no se fundamenta con datos específicos. La educación formal de médicos especialistas es baja, el informe reporta tasas de graduación de 3 psiquiatras por cada 100.000 habitantes (30).

1.3.3. Antecedentes de la reforma en Colombia

En el caso de Colombia, el sistema de salud ha sido objeto de propuestas de reforma y actualización durante las dos décadas que han transcurrido del nuevo siglo. En el país, los antecedentes del conflicto armado, la necesidad de desarrollar estrategias para la reducción del consumo de sustancias psicoactivas y las iniciativas para combatir el narcotráfico, fueron ejes dinamizadores para el establecimiento de planes y políticas relacionadas con salud mental (31). Con base en lo anterior, predominó una postura biomédica, centrada en elementos que asocian la salud a la presencia de signos y síntomas, que se convirtió en un referente estructural para la propuesta de reforma orientada hacia el posicionamiento del abordaje comunitario, con el propósito de rescatar la estrategia de atención primaria en salud (APS) (32).

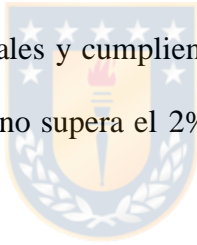
A partir de los requerimientos de la Ley de Salud Mental de Colombia –Ley 1616 de 2013-, se reformuló la Política Nacional de Salud Mental. Mediante la Resolución 4886 de 2018,

que derogó la Resolución 2358 de 1998, se implementó la Política de Salud Mental que se incorpora a la agenda prioritaria del país, orientando los programas y servicios a la intersectorialidad, con el propósito de garantizar la capacidad resolutoria desde el nivel primario de atención, y la implementación de acciones desde la estrategia Rehabilitación Basada en Comunidad –RBC-(33).

Los elementos estructurales que han justificado la necesidad de realizar cambios en las políticas de salud se fundamentan en los cambios sociales, económicos y políticos que el país ha vivido en las últimas décadas. Dichos elementos convergen en una realidad que apunta a la construcción de la visión de un país en un escenario de postconflicto, definen parámetros para el ordenamiento de las necesidades en salud desde dimensiones, respondiendo a criterios de integralidad e incorporando la visión de los determinantes sociales de la salud (DSS). En este sentido, con la formulación e implementación del Plan Decenal de Salud Pública 2012 – 2021 (32), la convivencia y la salud mental se convierten en una dimensión que trasciende las acciones curativas vinculando la salud mental como un derecho, en una visión transversal que retoma características individuales, familiares y comunitarias, en el marco de la prestación de servicios institucionales en salud, estableciendo los ámbitos para el desarrollo de estrategias dirigidas a poblaciones prioritarias, como es el caso de niños, mujeres, población víctima del conflicto y adultos mayores (32, 33).

El sistema de salud se caracteriza por la prestación de servicios de acuerdo con la capacidad de pago de los afiliados. Existen varias modalidades que predominan en marco del Sistema General de Seguridad Social. En el caso de la población trabajadora, es de obligatorio cumplimiento estar afiliado a una Empresa Promotora de Salud (EPS), que puede ser

pública o privada, y se financia con los aportes o cotizaciones que se realizan mensualmente. En el caso de la población de bajos ingresos, sin capacidad de pago, existe el régimen subsidiado, que es financiado principalmente por el estado a través del Fondo de Solidaridad y Garantía (FOSYGA). Una modalidad adicional corresponde al régimen especial en el cual se encuentran los miembros de las fuerzas armadas, la policía, los trabajadores de la Empresa Colombiana de Petróleos (ECOPETROL), algunas universidades y el magisterio. Igualmente existe la alternativa de acudir a servicios privados, en los que el usuario asume el 100% del valor de la atención (7, 32). De acuerdo con la ley de salud mental de Colombia, se proyecta que el 10% del presupuesto total de salud sea destinado a programas y servicios en salud mental, esta meta aún no ha sido evaluada mediante mecanismos formales y cumpliendo con las tendencias en Sudamérica, se estima que la inversión en el área no supera el 2% de los recursos asignados al sistema de salud (7).



La cobertura en salud mental entre las personas que solicitan los servicios varía de acuerdo a la etapa del proceso vital en el caso de la población infantil se atiende el 92,7%, en adolescentes se atiende al 88,5%, en población adulta hasta los 44 años se atiende el 94% y en población mayor de 44 años se atiende el 88,9% (7, 34). Sin embargo, a pesar de la alta cobertura, existen brechas en la atención en salud, siendo las principales causas de esta la idea de no considerar necesaria la atención y el descuido, con porcentajes cercanos al 55% y el 24% respectivamente (34).

Con relación a la cobertura en la entrega de medicamentos, en promedio las Instituciones Prestadoras de Servicios (IPS) tardan 8,9 días para la entrega de medicamentos, mientras que las empresas administradoras presentan una oportunidad de 8 días. Lo anterior se

convierte en un elemento clave para ser incorporado en la nueva política, y así garantizar la disponibilidad de tratamiento farmacológico en servicios de atención ambulatoria (34).

Con relación a la disponibilidad de recursos humanos, en existen 2,1 psiquiatras por cada 100.000 habitantes. La legislación actual contempla la organización de equipos interdisciplinarios conformados por profesionales de psiquiatría, enfermería, trabajo social, psicología, terapia ocupacional y eventualmente profesionales de rehabilitación basada en comunidad (7).

La investigación y gestión de la información en el área se caracteriza por la escasez de recursos; de acuerdo con López Jaramillo, la investigación en salud mental en Colombia no es una prioridad, por lo que los investigadores pertenecientes a los grupos de universidades, entes territoriales y organizaciones no gubernamentales deben entrar en una competencia por un presupuesto equivalente al 0,19% del Producto Interno Bruto del País, administrado por el Departamento Administrativo de Ciencia, Tecnología e Innovación (Colciencias), o acudir a departamentos de financiación por cooperación internacional (35).

1.3.4. Comparación de las reformas con el sistema sanitario de Canadá

En las políticas de los tres países subyace la intención de establecer el vínculo de la prestación de servicios de salud mental con la estrategia de APS, la que enfatiza acciones de promoción y prevención (7). Sin embargo, persisten diferencias con relación a las políticas de salud mental de países de altos ingresos de la región, como es el caso de Canadá. El principal indicador a tener en cuenta para considerar este país se relaciona con la asignación de recursos que provienen del Estado al igual que Chile, Ecuador y Colombia.

Mientras que estos tres últimos reportan invertir del presupuesto destinado a salud cifras de 2.16% (27), 1.46% (30) y menos de 2% (7), respectivamente, Canadá en su estrategia de Salud Mental definió que la financiación corresponde a una obligación de los gobiernos provinciales y territoriales, asignando el 7% del presupuesto total del sistema de salud (36). Dicha estrategia contempla la recuperación y el bienestar como fundamentos transversales en la planeación y suministro de servicios de salud; y se caracteriza por incluir seis directrices en las que se determinaron elementos para proponer cambios, asumiendo la salud mental como factor esencial para la calidad de vida y para la reducción del efecto de barreras que afectan la participación social de las personas con algún trastorno mental. La tabla 1.1 resume las principales características de las directrices propuestas por la Comisión de Salud Mental de Canadá (2012) (36).

De acuerdo con las estadísticas oficiales en Canadá la capacidad resolutive en el nivel primario de atención es alto, reportando que cerca del 57% de las personas con necesidades de atención acuden a profesionales de medicina general o medicina familiar; el 22% acude a un profesional de trabajo social; el 22% a servicios de psicología, el 17% es atendida por especialista en psiquiatría, y el restante 12% acude a otros profesionales (37)

La estrategia para Canadá contempla la definición y seguimiento de indicadores de salud mental, entre los que destaca la noción de salud mental positiva, que incluye información sobre la autopercepción de la salud mental, indicadores de felicidad, satisfacción con la vida, bienestar psicológico y bienestar social (38). Lo anterior implica que los países con menores ingresos, como los países sudamericanos, deban continuar estableciendo mecanismos para garantizar la reorganización de sus sistemas de salud, que permitan la

reducción de brechas de atención en salud mental, facilitando procesos de inclusión social y el goce efectivo de derechos (7, 24).

Tabla 1.1. Direcciones estratégicas de la Estrategia de Salud Mental para Canadá (2012)

Promover la salud mental a lo largo de la vida en los hogares, las escuelas y los lugares de trabajo, y prevenir la enfermedad mental y el suicidio cuando sea posible.	La reducción del impacto de los problemas y las enfermedades mentales de la población, requiere esfuerzos de promoción y prevención en escenarios cotidianos, donde el impacto potencial es mayor.
Fomentar la recuperación y el bienestar de las personas, de todas las edades, con problemas y enfermedades mentales, y defender sus derechos.	La clave para la recuperación es ayudar a las personas para encontrar la combinación correcta de servicios, tratamientos y apoyos, y la eliminación de la discriminación para remover barreras para la participación en el trabajo, la educación y la vida en comunidad.
Proveer acceso a la combinación correcta de servicios, tratamientos y apoyos, cuando y donde las personas los necesiten.	Una amplia gama de servicios, tratamientos y apoyos, requiere atención primaria en salud, servicios especializados y basados en comunidad, apoyo de pares, apoyo a la vivienda, la educación y el empleo.
Reducir las disparidades en factores de riesgo y acceso a servicios de salud mental, y fortalecer la respuesta a las necesidades de las diversas comunidades y los habitantes del Norte.	La salud mental debería ser tenida en cuenta mediante actuaciones para mejorar las condiciones de vida en general, y responder a las necesidades específicas de grupos como nuevos canadienses, los habitantes del Norte, y comunidades remotas.
Trabajar con pueblos originarios, Inuit y Métis para responder a sus necesidades en salud mental, de acuerdo con sus distintas circunstancias, derechos, y culturas.	Al solicitar el acceso a los servicios de salud mental culturalmente seguros, la Estrategia de Salud Mental para Canadá puede contribuir a la verdad, la reconciliación y la curación de los traumatismos intergeneracionales.
Movilizar el liderazgo, mejorar el conocimiento y fomentar la colaboración en todos los niveles.	El cambio no puede ser posible sin el acercamiento de todo el gobierno a la política de salud mental, sin el fomento del liderazgo de roles de las personas que viven con problemas y enfermedades mentales, y sus familias, y sin la construcción de una fuerte estructura de registro de datos, investigación y desarrollo de recursos humanos.

Fuente: Mental Health Commission of Canada (32)

1.4. Discapacidad en Latinoamérica, aproximación a cifras y metodologías para el registro de información

La OMS cuenta con una familia internacional de clasificaciones, dentro de las cuales se encuentran la Clasificación Estadística Internacional de Enfermedades (CIE-10) y la Clasificación Internacional del Funcionamiento, de la Discapacidad y la Salud (CIF), ambas son complementarias y son categorizadas como clasificaciones de referencia (9, 20, 23). Uno de los principales propósitos de la CIF corresponde a la sistematización de

información para comparar perfiles de discapacidad entre países y entre diferentes condiciones de salud. Sin embargo, se ha establecido que el desarrollo en salud mental ha sido escaso y, específicamente en América Latina, las principales experiencias de su uso obedecen a iniciativas académicas en escenarios de investigación formal y formativa; y en la práctica clínica (10, 13, 14).

Algunos avances en el empleo de la CIF pueden ser destacados en las iniciativas nacionales para establecer la prevalencia de discapacidad en Latinoamérica (13, 39). Aunque persisten limitaciones en el registro y sistematización de información, la prevalencia de discapacidad varía en función de la metodología empleada, razón por la cual los resultados de los informes han sido cuestionados por el posible efecto de subestimación del evento (13).

La OMS estima la discapacidad en la población mundial en un 15% y en Latinoamérica alcanzaría a una población cercana a los 85 millones de personas. En el estudio realizado por Neves-Silva y Álvarez-Marín en 2014, se reunió información de 13 países de la región, de los cuales ocho emplearon metodologías basadas en la CIF y cinco emplearon metodologías basada en la Clasificación Internacional de Deficiencias, Discapacidades y Minusvalías de 1980 (CIDDM) (13).

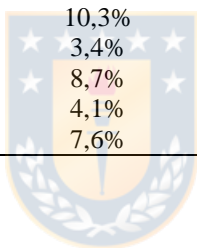
Al emplear la CIF, las prevalencias son cercanas a las proyecciones de discapacidad de la OMS, las mayores prevalencias fueron reportadas en Brasil (14,5%); Chile (12,9%), Ecuador (12,1%) y Nicaragua (10,3%), existiendo diferencias regionales que involucran perfiles rurales, de mayor predominio en Ecuador y países de Centroamérica, y perfiles urbanos más frecuentes en países de Suramérica como Argentina, Brasil, Chile y Uruguay (13). El informe también identifica características de la población con discapacidad en función de las deficiencias predominantes. En el caso de las deficiencias mentales, la mayor

prevalencia se encuentra en El Salvador (36%), seguido por Paraguay (25,5%), Chile (16,8%), Argentina (16,4%) y Ecuador (14,7%). En el caso de Colombia, los datos para las deficiencias mentales no están disponibles. La tabla 1.2 describe las prevalencias de discapacidad y las prevalencias de deficiencias mentales en América Latina, de acuerdo al estudio de referencia (13).

Tabla 1.2. Prevalencia de discapacidad reportada en países de Latinoamérica

País	Discapacidad	Discapacidad mental
Argentina	7,1%	16,4%
Brasil	15,5%	8,3%
Chile	12,9%	16,8%
Colombia	6,4%	Sin dato
Ecuador	12,1%	14,7%
El Salvador	1,5%	36,0%
Guatemala	3,7%	13,0%
Honduras	2,1%	3,9%
Nicaragua	10,3%	Sin dato
Paraguay	3,4%	25,5%
Perú	8,7%	Sin dato
República Dominicana	4,1%	12,0
Uruguay	7,6%	5,4%

Fuente: Neves-Silva, Álvarez-Marín (13)



1.5. Definición del problema

Con las propuestas de reforma en los planes y programas de salud mental, y a partir del establecimiento de lineamientos para la articulación con programas comunitarios, en Latinoamérica se ha justificado la necesidad de reorientar los programas de rehabilitación psicosocial basados en procedimientos caracterizados por la institucionalización, hacia el desarrollo de propuestas que faciliten la participación social de las personas con trastornos mentales graves. Es por ello que los integrantes de los equipos interdisciplinarios deben diseñar, gestionar y ejecutar programas de intervención acogiéndose a las directrices nacionales, teniendo en cuenta la necesidad de elaborar un diagnóstico situacional que se ajuste a las necesidades percibidas por las personas. En el caso específico de Chile, la

incorporación de la salud mental en el contexto del sistema público en salud se fortalece en la Estrategia Nacional de Salud 2011 – 2020, que plantea como una de sus metas la disminución de la discapacidad en personas con trastorno mental a través de la estrategia de detección temprana y tratamiento oportuno en APS y establecer vínculos con servicios sanitarios de mayor complejidad (6).

En algunos países de la región, como es el caso de Colombia y Ecuador, se han presentado iniciativas para implementar cambios; sin embargo, aún predomina la prestación de servicios especializados y la atención en crisis (7, 34, 40).

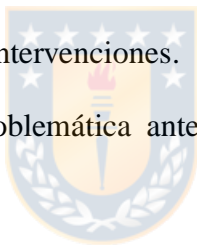
En los programas de rehabilitación psicosocial, pese a que en la actualidad se dispone de una amplia gama de procesos de evaluación, existen múltiples barreras que limitan el uso de instrumentos que gocen de propiedades psicométricas que garanticen validez y precisión, y que sean de fácil uso en la práctica clínica y en los programas comunitarios. Adicionalmente, se han identificado barreras que limitan el dominio por parte de los profesionales, entre las cuales destacan las poblaciones de referencia con las cuales han sido validadas, habitualmente, española o anglosajonas; los costos para su aplicación; las limitaciones jurídicas y contractuales para el otorgamiento de licencias para el uso del instrumento; y el desconocimiento de metodologías para la elaboración de protocolos orientados a la validación y adaptación cultural, de acuerdo con las características de la población Latinoamericana (41).

Para los profesionales que están vinculados a programas de rehabilitación psicosocial, contar con instrumentos que garanticen indicadores de fiabilidad, es una condición que ayuda a definir los criterios de intervención, determinar el impacto de las actividades

implementadas y responder a necesidades sociales y ocupacionales de la población beneficiaria de los servicios (8).

Los antecedentes del uso de instrumentos para procesos de evaluación basados en la Clasificación Internacional del Funcionamiento, de la Discapacidad y la Salud (CIF, 2001) se circunscriben principalmente a escenarios clínicos relacionados con condiciones físicas (11, 12) y, al trascender al escenario comunitario, se centran en el uso de escalas diseñadas de acuerdo con criterios definidos por una persona u organización particular sin garantizar criterios de rigurosidad en los mecanismos para su desarrollo, por lo que generalmente pueden convertirse en una limitante para la sistematización, interpretación, la construcción de modelos explicativos de los perfiles de discapacidad y la generalización de los resultados para ser empleados en las intervenciones.

A partir de la descripción de la problemática anterior, se plantean como preguntas de investigación en el presente estudio:



Para responder al objetivo general:

¿Cuál es el aporte de las variables sociodemográficas, clínicas y psicosociales a la construcción de modelos explicativos de perfiles de discapacidad en una muestra de personas con trastornos mentales graves atendida en servicios sanitarios de tres países de Sudamérica?

Para responder a los objetivos específicos:

¿Cuáles son las diferencias y variables asociadas a los perfiles de discapacidad obtenidos en una muestra de personas con trastornos mentales graves atendida en servicios sanitarios de Chile, Colombia y Ecuador?

¿Cuáles son las características psicométricas de la escala de la evaluación de la discapacidad de la OMS al ser empleada como herramienta de evaluación en una muestra de personas con trastornos mentales graves atendida en servicios sanitarios de Chile, Colombia y Ecuador?



2. MARCO TEORICO

2.1. Consideraciones conceptuales de los trastornos mentales graves (TMG)

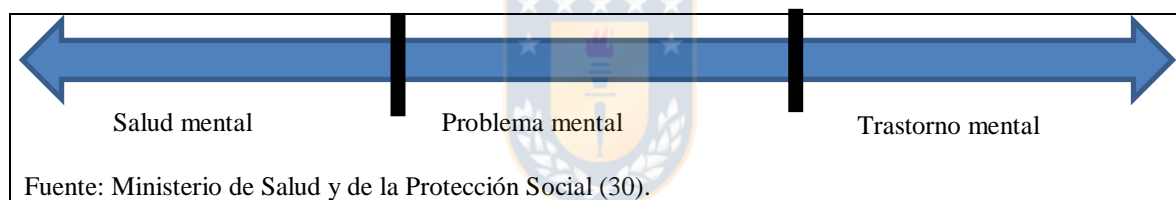
En el escenario mundial, el interés por determinar el impacto de las condiciones neuropsiquiátricas ha sido creciente, teniendo en cuenta particularmente los aspectos económicos relacionados con la asignación de recursos en los sistemas sanitarios (4, 5, 42).

Desde los inicios de la medición de la carga atribuida a la enfermedad, los trastornos mentales se han caracterizado por encontrarse dentro de las primeras diez causas de discapacidad a nivel mundial (25, 43); lo anterior implica una reducción en la capacidad productiva del individuo y, por ende, se genera un fenómeno circular que engloba la presencia de la enfermedad, procesos de exclusión social y una fuerte asociación con las condiciones de pobreza (34). Los resultados no mortales de los trastornos mentales, y particularmente aquellos caracterizados por una larga evolución, llaman la atención de los tomadores de decisiones interesados en implementar medidas costo – efectivas orientadas a mejorar las condiciones de calidad vida y el bienestar, a partir de la estimación de la magnitud del problema bajo parámetros objetivos y replicables (2, 25).

A pesar de los esfuerzos por realizar una aproximación al impacto de los trastornos mentales, persisten limitaciones para la medición, fundamentadas en la ausencia de acuerdos para la definición del evento, el uso de diferentes estrategias para el registro de la información e incluso factores relacionados con la temporalidad de las investigaciones. La naturaleza de los fenómenos asociados a la salud mental puede ser abordada mediante un continuum que incorpora tres componentes que aportan a la construcción de definiciones operacionales (14, 34). El primero de los componentes es aquel que engloba aspectos positivos, en él se destacan las capacidades humanas para el dominio y ajuste ante las

demandas cotidianas, por lo que engloba el concepto de salud mental; el segundo componente corresponde a los problemas de salud mental, definidos como los síntomas o las conductas que no constituyen un diagnóstico clínico pero que generan malestar emocional y disfunción para relacionarse con los otros y que requieren apoyo social y clínico; finalmente, el tercer componente corresponde a los trastornos mentales entendidos como la presencia de un cuadro clínico que responde a criterios diagnósticos definidos generalmente por el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM – IV TR) o la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE – 10). La figura 2.1, representa el continuum del espectro entre salud mental y los trastornos mentales (34).

Figura 2.1. Modelo continuum espectral



2.2. Definición de trastorno mental grave (TMG)

La comprensión del concepto de trastorno mental grave conlleva identificar una serie de factores determinantes que lo condicionan tradicionalmente a la presencia de un cuadro clínico complejo, que involucra la interacción de dimensiones biológicas, psicológicas y sociales, y que implica una etiología multifactorial. Ruggieri et al., concluyeron que no existe un consenso internacional para hacer una definición de los trastornos mentales graves (44); sin embargo, a partir de investigaciones previas concluyeron que la definición en la que existe mayor consenso es la propuesta por el Instituto Nacional de Salud Mental de los Estados Unidos (National Institute of Mental Health – NIMH); que identifica tres criterios claves para determinar la presencia de un TMG (44, 45).

- El diagnóstico de una psicosis no orgánica o trastorno de personalidad.
- La duración en términos de presentar una enfermedad prolongada y un tratamiento de largo curso.
- La discapacidad, que puede variar en términos de gravedad de acuerdo al impacto funcional social y ocupacional.

Según Wiersma (46), la prevalencia de los TMG puede variar en función de la definición conceptual u operacional y sugiere incluir dentro de los criterios anteriormente descritos, la actual perspectiva de discapacidad propuesta por la Organización Mundial de la Salud (OMS) en la Clasificación Internacional del Funcionamiento, de la Discapacidad y la Salud (CIF, 2001). Esta incorpora la influencia de factores contextuales y factores personales como elementos que dinamizan la complejidad de la capacidad y desempeño de las personas que conviven con estos diagnósticos (47). Lo anterior redundaría en la necesidad de construir perfiles de discapacidad a partir del aporte de variables sociodemográficas, clínicas y psicosociales, e implementar mecanismos de evaluación objetiva mediante instrumentos que incluyan los dominios de discapacidad y funcionamiento como un eje independiente de los criterios diagnósticos empleados en la actualidad (23).

Slade et al., en su definición de TMG, plantean incluir elementos contextuales, como el soporte social de otras personas que hacen parte de su vida cotidiana, mediante el establecimiento de redes formales e informales (48), trascendiendo los criterios diagnósticos e incorporar el efecto relacional a partir de un marco de referencia acorde a las dimensiones descritas en la tabla 2.1.

Tabla 2.1. Dimensiones para la definición de trastornos mentales graves

Seguridad	Autolesiones no intencionales, autolesiones intencionales, seguridad hacia otros, abuso de otros (físico, sexual, emocional, financiero)
Apoyo social formal e informal	Incluye el apoyo de cuidadores informales, amigos y familiares y el apoyo de servicios formales como centros día, profesionales remunerados, servicios de voluntariado, tratamiento hospitalario y uso de medicamentos
Diagnóstico	Trastornos psicóticos, demencia, trastornos neuróticos severos, trastornos de personalidad y trastornos del desarrollo
Discapacidad	Empleo y recreación, cuidado personal, habilidades domésticas y relaciones interpersonales
Duración	De cualquiera de los criterios previos por periodos que pueden variar entre seis meses y dos años

Fuente: Slade M. Powell R. y Strathdee G. (43)

2.3. La discapacidad como dimensión relevante en el reconocimiento de los TMG

La discapacidad ha sido asumida como una dimensión que facilita el reconocimiento de los TMG (48). Esta dimensión puede ser objetivable en la perspectiva personal; por ejemplo, teniendo en cuenta las limitaciones en actividades de la vida diaria como las dificultades que puede presentar la persona para cuidar su higiene personal y, en la perspectiva social, aquellos que podrían ocurrir en la interacción con otras personas o en la comunidad, a modo de ejemplo las dificultades para buscar y mantener un empleo. En este sentido la discapacidad se convierte en un constructo relevante en términos de salud mental, puesto que permite llegar a conclusiones en el diagnóstico desde el punto de vista del desempeño actual en las actividades de la vida diaria, las actividades de ocio, las actividades productivas y las actividades que implican la participación social (23, 46). En términos de indicadores complejos, se ha incorporado el concepto de carga de discapacidad, que corresponde a una metodología que establece ponderaciones específicas para la duración y gravedad de condiciones clínicas, la esperanza de vida y el sexo, y como resultado determina el cambio en actividades de la vida diaria y en las actividades productivas. Sin embargo, las principales limitantes de este mecanismo corresponden a la falta de

actualización de la información en los países, razón por la cual, es necesario hacer ajustes en los procesos de cuantificación para garantizar la comparabilidad entre regiones (9, 13).

Es pertinente tener en cuenta los antecedentes históricos con relación a los procesos adelantados para la clasificación de la discapacidad bajo una herramienta de carácter universal y culturalmente adaptada a los países pertenecientes a la OMS. Se pueden destacar las aproximaciones desarrolladas durante las últimas dos décadas del siglo XX y la primera del siglo XXI, con las que se han transformado los modelos imperantes para entender y abordar la discapacidad e incorporarla en políticas sociales y en programas de salud pública (18, 49).

Los modelos que se han desarrollado en este periodo de tiempo se caracterizan por hacer una interpretación desde perspectivas opuestas entre sí; por una parte, la perspectiva propuesta desde el enfoque biomédico y, por otra, la que representa la transformación mediante la incorporación de un enfoque relacional, compatible con las actuales tendencias de programas dirigidos a promover la salud mental y los programas que incorporan procesos de rehabilitación psicosocial (9, 18).

2.4. La discapacidad desde una postura biomédica

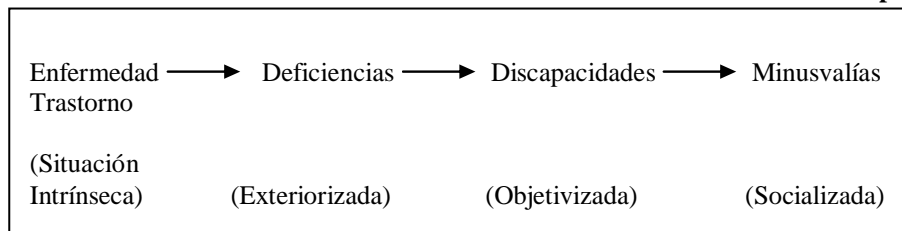
Bajo la conceptualización del modelo biomédico, las enfermedades generaban como producto final deficiencias en el funcionamiento del individuo que le inhabilitaban para desempeñar una vida normal; tales consecuencias conllevaban a una discapacidad en la que predominaba tanto una visión reduccionista de problemáticas individuales, como una connotación centrada en el impacto negativo directo de la enfermedad sobre las capacidades de la persona abarcando todas las esferas del desarrollo; bajo esa mirada, las

actuaciones de los profesionales debían estar dirigidas hacia la implementación de medidas compensatorias para dar respuesta a las situaciones de desventaja en las que podían estar inmersas las personas con alguna discapacidad. En la década de los 80's, la Clasificación Internacional de Deficiencias, Discapacidades y Minusvalías (CIDDM, 1980) de la OMS, representó una secuencia de la manifestación de la enfermedad, que buscó abarcar las esferas del individuo desde los niveles bio- fisio-psicológico, personal y social, en la cual fue posible identificar tres conceptos fundamentales, que podían ser consecuencia de la enfermedad (9, 18).

- Deficiencias: anomalías que se presentan en las estructuras corporales y la apariencia y en la función de un órgano o sistema, cualquiera que sea su causa, representa trastornos a nivel orgánico.
- Discapacidad: refleja las consecuencias de las deficiencias desde el punto de vista de rendimiento funcional y de la actividad del individuo, por lo que representan trastornos a nivel de la persona.
- Minusvalía: determina las desventajas que experimenta el individuo como consecuencia de las deficiencias y las discapacidades, representa la adaptación del individuo al entorno.

En la figura 2.2 se representa la secuencia lineal de los conceptos anteriormente descritos y que fundamenta el modelo biomédico o de las consecuencias de las enfermedades (33).

Figura 2.2. Modelo de las consecuencias de las enfermedades: secuencia de conceptos



Fuente: Jiménez MT, González P y Martín JM. (47)

La visión de la discapacidad desde un enfoque biomédico, estableció un énfasis en los atributos del diagnóstico clínico y como consecuencia, las acciones de rehabilitación estaban enmarcadas en el sector salud y fundamentadas en las decisiones establecidas por el profesional tratante (47). Lo anterior, establece principalmente elementos derivados de la función corporal y es posible afirmar que las características del contexto desempeñaban un papel secundario; por lo tanto, las acciones de los profesionales de la salud estaban centradas en la generación de mecanismos de ajuste desde el individuo hacia el contexto (9, 18, 47).

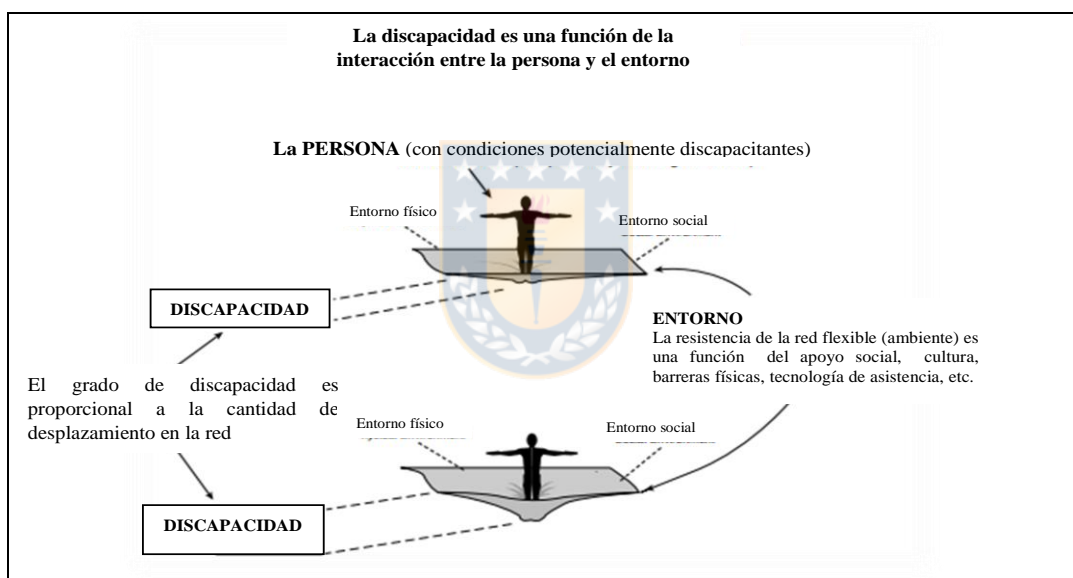
2.5. Propuesta de una visión integradora: El efecto de los factores ambientales y la reciprocidad de los componentes del funcionamiento y la discapacidad

Una de las principales debilidades del modelo biomédico fue el pobre reconocimiento del efecto del contexto para la comprensión de la discapacidad, por ello las problemáticas de la discapacidad recaían directamente sobre la persona y su familia. Brand y Pope (1997), en el modelo desarrollado para el Instituto de Medicina de los Estados Unidos (IOM), propusieron rescatar la influencia del entorno físico y social de las personas, introduciendo una visión compleja que incorpora el efecto relacional, en la que el proceso discapacitante se representa mediante una matriz tridimensional que incluye la interacción de la persona, el entorno y la discapacidad, con lo cual el énfasis está puesto en las múltiples dimensiones del ser humano, destacando la importancia relativa de factores externos que pueden diferir en diferentes tipos de actividades (17). El modelo propuesto define la discapacidad como *“el resultado de la interacción entre la persona y el ambiente... el grado de discapacidad puede ser medido de manera proporcional al desplazamiento de la matriz”* (17).

El entorno desde la perspectiva relacional incorpora dos categorías generales (figura 2.3):

- Entorno psicológico y social, que incluye aspectos como la discriminación, el acceso a los servicios de salud, el acceso a la tecnología, el empleo, la familia, las organizaciones de la comunidad, las características de personalidad, las actitudes y los estados emocionales, los servicios educativos, la espiritualidad y la independencia, entre otros.
- Entorno físico, que incluye la arquitectura, el transporte, el clima, la tecnología apropiada, la geografía y el tiempo.

Figura 2.3. Modelo relacional del Instituto de Medicina de los Estados Unidos (IOM, 1997)



Fuente: Tomado de Brandt, E. N. y Pope, A. M. (17)

2.6. La Clasificación Internacional del Funcionamiento, de la Discapacidad y de la Salud (CIF, 2001)

A partir de los resultados de la revisión de la CIDDM y con la promulgación de la Clasificación Internacional del Funcionamiento, de la Discapacidad y la Salud (CIF) (9), la OMS sugirió implementar cambios en la forma en la que se interpreta y se conceptualiza la discapacidad, tanto en escenarios hospitalarios como comunitarios. Lo anterior redundó en

la transición de la estructura lineal anteriormente descrita, a una estructura compleja, que establece la interdependencia entre las características del individuo y las características del medio que lo rodea (18, 50). Con esta herramienta se propone el uso de una terminología de carácter neutral, que permite describir el proceso del funcionamiento - discapacidad y establece alternativas para determinar las relaciones bidireccionales existentes entre un individuo con una condición de salud y los factores contextuales (4, 19, 47, 50), incorporando la propuesta planteada en el modelo del Instituto de Medicina de los Estados Unidos (17).

En la CIF, la OMS define el funcionamiento como “un término genérico que incluye funciones corporales, estructuras corporales, actividades y participación. Indica los aspectos positivos de la interacción entre un individuo (con una condición de salud) y sus factores contextuales (factores ambientales y personales). Igualmente, define la discapacidad como “un término genérico que incluye déficits, limitaciones en la actividad y restricciones en la participación. Indica los aspectos negativos de la interacción entre un individuo (con alguna condición de salud) y sus factores contextuales (factores ambientales y personales)” (9, 50).

Esta visión relacional asume la discapacidad no solo como la consecuencia de las deficiencias del individuo, sino como la resultante de un conjunto de condiciones, actividades y relaciones interpersonales en las que los factores ambientales ejercen un efecto de barrera (18).

La discapacidad es asumida como un hecho social en el que las características del individuo tienen tan solo relevancia en la medida en que evidencian la capacidad o incapacidad del medio social para dar respuesta a las necesidades derivadas de sus déficits (50, 51). A diferencia de la clasificación anterior, vincula la influencia positiva o negativa del contexto

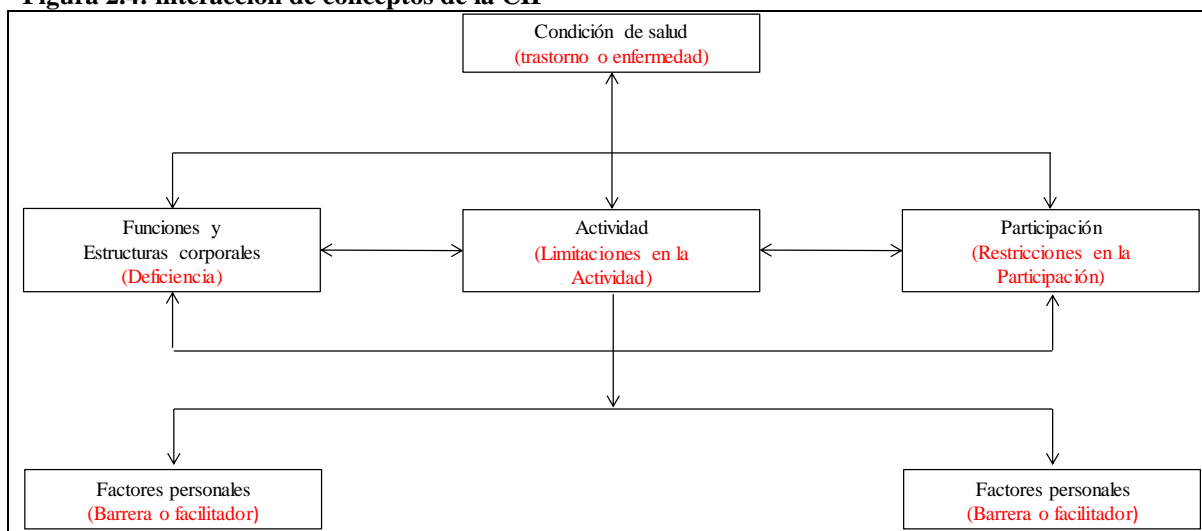
en el que se desenvuelve el individuo, por lo que trasciende de un modelo unicausal a la complejidad de un conjunto de elementos que incluyen una amplia gama de determinantes de la salud como un fenómeno multidimensional y de carácter universal (47). La tabla 2.2 y la figura 2.4 resumen la estructura planteada por la OMS en la nueva clasificación.

Tabla 2.2. Visión de conjunto de la CIF

	Parte 1: Funcionamiento y Discapacidad		Parte 2: Factores Contextuales	
Componentes	Funciones y Estructuras Corporales	Actividades y participación	Factores Ambientales	Factores personales
Dominios	Funciones corporales Estructuras corporales	Áreas vitales (tareas – acciones)	Influencia externas sobre el funcionamiento y la discapacidad	Influencias internas sobre el funcionamiento y la discapacidad
Constructos	Cambios en las funciones corporales (fisiológicos) Cambios en las estructuras del cuerpo (anatómicos)	Capacidad Realización de tareas en un entorno uniforme Desempeño / Realización Realización de tareas en un entorno real	El efecto facilitador o de barrera de las características del mundo físico, social y actitudinal	El efecto de los atributos de la persona
Aspectos positivos	Integridad funcional y estructural	Actividades y participación	Facilitadores	No aplicable
Aspectos negativos	Deficiencias	Limitación en la actividad Restricción en la participación	Barreras /Obstáculos	No aplicable
		Discapacidad		

Fuente: Jiménez, González y Martin (47)

Figura 2.4: interacción de conceptos de la CIF



Fuente: Organización Mundial de la Salud (9)

Desde este punto de vista, mediante el empleo de la CIF se propone un mecanismo para la comprensión no solo de los trastornos físicos sino también de los trastornos mentales, como se ha propuesto en los últimos años (50). Estos pueden ser incorporados como un eje independiente de los cuadros clínicos, por lo que son de utilidad en las estrategias de evaluación de la carga de morbilidad en las enfermedades mentales tanto en el nivel individual como societal (20, 23, 49).

2.7. La nueva clasificación y su desarrollo en el área de salud mental y psiquiatría

La importancia de la CIF radica en la calidad de la información que aporta para la construcción de indicadores de interés en términos de salud pública, con el propósito de complementar los indicadores tradicionales de mortalidad y frecuencia de los trastornos mentales. Sin embargo, en salud mental y psiquiatría persisten vacíos conceptuales, metodológicos y empíricos para la implementación del uso de la CIF y sus instrumentos derivados. Según Álvarez (2012), existen razones que explican el escaso desarrollo en el área entre los que destacan (10, 50):

- Lo novedoso de la herramienta y el predominio de un modelo médico.
- La creencia que la discapacidad se relaciona solo con las condiciones físicas.
- La influencia de los medicamentos sobre la capacidad y el desempeño.
- La estructura compleja de la clasificación.
- Limitaciones intrínsecas de la clasificación, relacionadas particularmente con el escaso desarrollo de los factores personales.

- Limitaciones en la accesibilidad de la clasificación para algunos profesionales médicos.

Lo anterior sugiere que los profesionales de rehabilitación y de ciencias sociales tienen mayor conocimiento y acercamiento de la CIF en los escenarios profesionales.

La vinculación de la CIF a los procesos de evaluación, intervención y seguimiento de las personas con trastornos mentales graves facilita la comprensión del impacto social y ocupacional de la patología, además de orientar acciones hacia las personas que ofrecen cuidados formales e informales para reducir la carga asociada al cuadro clínico (10, 50).

2.8. Evaluación del funcionamiento y la discapacidad en salud mental a partir de la CIF y el DSM- V.

El empleo de la CIF exige tener conocimiento y dominio de las categorías y constructos que la conforman. Como herramienta resulta poco práctica en el momento de vincularla al ejercicio clínico o a los programas sociales dirigidos a la población con trastornos mentales, por lo que una de las principales alternativas es implementar mecanismos de evaluación con instrumentos derivados y que estén en concordancia con la estructura multidimensional planteada por la OMS (20, 23), cada función de un individuo debe ser evaluada desde el nivel del cuerpo (función o estructura), de la persona (actividad) o de la sociedad (participación) y, en términos operacionales, la discapacidad como una disminución en cada dominio de funcionamiento (15).

Los principales instrumentos derivados de la CIF son las listas de chequeo (14, 16), que corresponden a listados extensos que incluyen los dominios, factores ambientales y factores personales, y la Escala de Evaluación de la Discapacidad de la Organización Mundial de la Salud conocida como WHODAS 2.0 (World Health Organization Disability Assessment

Schedule 2.0) (22). Este último instrumento corresponde a una escala tipo Likert con puntuaciones entre 0 y 4, que permite realizar la medición independientemente de la condición de salud, y establece seis dominios que reflejan dos dimensiones de la clasificación: *Limitaciones en la actividad* (comprensión y comunicación; movilidad en el entorno, y cuidado personal) y *Restricciones en la participación* (relacionarse con otras personas; actividades de la vida diaria —quehaceres del hogar y del trabajo—, y participación en sociedad) (14, 16, 22, 52, 53).

Se trata de un instrumento de dominio público que ha sido validado en varios idiomas, que dispone de alta consistencia interna con valores de alfa de Cronbach de 0,93, tanto para la escala global de trabajo como para la escala global de no trabajo, y en cada uno de los dominios este valor oscila entre 0,71 y 0,96 (16, 20, 22).

Los resultados posibles de la escala se encuentran en un intervalo comprendido entre 0 y 100, con categorías definidas a partir de puntuaciones directas transformadas en porcentajes, de la siguiente manera: ninguna discapacidad entre 0 y 4, discapacidad leve entre 5 y 24, discapacidad moderada entre 25 y 49, discapacidad severa / grave entre 50 y 95 y discapacidad extrema entre 96 y 100 (9, 14). Los evaluadores pueden establecer perfiles al determinar dominios con mayor carga y orientar sus intervenciones para implementar planes de tratamiento o programas de intervención social (15, 54).

Alrededor de la evaluación de la discapacidad, se han generado debates orientados a alcanzar acuerdos para definir metodologías compartidas a partir de las herramientas de clasificación utilizadas en el ámbito sanitario. Casas et al., consideran que la discapacidad y el funcionamiento corresponden a las dos caras de la moneda, por lo que los instrumentos derivados de la CIF no hacen un discernimiento entre las definiciones operacionales de

ambos conceptos (8). La pertinencia de los procesos de evaluación radica en la capacidad de los profesionales para garantizar el alcance de los resultados arrojados por el instrumento; a manera de ejemplo, los principios de eficiencia, comparabilidad y redundancia, son elementos que permiten estructurar una guía para la evaluación del funcionamiento, si llegara a emplear cada una de las categorías establecidas en la CIF (54). De acuerdo con los criterios diagnósticos de la cuarta edición del DSM, se incluye la evaluación del funcionamiento a partir de criterios del médico tratante. El instrumento utilizado para llegar a conclusiones es la Escala de Evaluación de la Actividad Global (EEAG), que establece una escala de 100 puntos y corresponde a una escala directamente proporcional entre la puntuación directa obtenida y el nivel del funcionamiento de la persona, teniendo en cuenta la actividad psicosocial y laboral, y excluyendo alteraciones de la actividad debidas a limitaciones físicas o ambientales (8, 15). Lo anterior implica un vacío conceptual puesto que, al desconocer el efecto de aspectos ambientales, se atribuyen las problemáticas de la discapacidad a la presencia de signos y síntomas de la condición clínica o diagnóstica (23).

En la quinta edición del manual (DSM-V) se implementaron cambios en la forma de evaluar el funcionamiento y la discapacidad, por lo que se acogió la recomendación del grupo de expertos de incluir WHODAS 2.0. Esta decisión pretendía garantizar obtener una medida objetiva de cambios en el funcionamiento mediante criterios de la CIF, en un esfuerzo por eliminar el efecto confusor de los signos y síntomas del diagnóstico (53).

Este panorama permite identificar oportunidades para obtener evidencia empírica, a partir de métodos analíticos de investigación, sobre el aporte de variables sociodemográficas, clínicas y psicosociales en la ocurrencia de discapacidad en personas con trastornos

mentales graves a partir de la determinación de una estructura general de un modelo explicativo que permita realizar comparaciones entre países de la región (23, 54).

Adicionalmente, la consolidación de datos relevantes para determinar si WHODAS 2.0 cuenta con propiedades psicométricas moderadas, será útil para detectar variaciones en la estructura factorial y la fiabilidad del instrumento en muestras de población consultante de servicios sanitarios de Chile, Colombia y Ecuador.



3. HIPÓTESIS DE TRABAJO

- Hipótesis 1

Las variables sociodemográficas, clínicas y psicosociales presentan diferentes ponderaciones en su capacidad explicativa de los perfiles de discapacidad, en una muestra de personas con TMG en contacto con servicios ambulatorios de psiquiatría en Chile, Colombia y Ecuador.

- Hipótesis 2

Existen diferencias entre los perfiles de discapacidad de personas con TMG en contacto con servicios ambulatorios de psiquiatría en Chile, Colombia y Ecuador.

- Hipótesis 3

WHODAS 2.0 cuenta con propiedades psicométricas moderadas que permiten evaluar el grado de discapacidad, al ser empleada en una muestra de personas con TMG en contacto con servicios ambulatorios de psiquiatría en Chile, Colombia y Ecuador.



4. OBJETIVOS

4.1. Objetivo general

Comparar modelos explicativos de perfiles de discapacidad en una muestra de personas con TMG en contacto con servicios ambulatorios de psiquiatría en Chile, Colombia y Ecuador.

4.2. Objetivos específicos

1. Describir los perfiles de discapacidad y las variables asociadas, en función de los constructos limitación de la actividad y restricción en la participación, en una muestra de personas con TMG en contacto con servicios ambulatorios de psiquiatría de Chile, Colombia y Ecuador.

2. Determinar las propiedades psicométricas del WHODAS 2.0 al ser empleada en una muestra de personas con TMG en contacto con servicios ambulatorios de psiquiatría de Chile, Colombia y Ecuador.



5. MÉTODO

5.1. Tipo de estudio

Se realizó un estudio observacional, de corte longitudinal, en el marco de una cohorte concurrente (55). Se realizó la evaluación de base, que permitió identificar la carga de discapacidad de la muestra de los tres países.

Para determinar la estabilidad temporal del instrumento, se realizó la evaluación de seguimiento al 30% de la muestra total en un periodo comprendido entre 8 y 15 días después del primer registro.

5.2. Universo

Población con TMG en contacto con servicios ambulatorios de psiquiatría de la provincia de Concepción (Chile), Hospitales Psiquiátricos pertenecientes al Ministerio de Salud Pública del Ecuador (Zona 9 del Distrito Metropolitano de Quito); y servicios ambulatorios de un Centro Hospitalario y centro de día reconocidos por la Secretaría de Salud Pública Municipal (SSPM) de Cali, Colombia.

5.3. Muestra

Se trata de una muestra de 803 personas, entre 18 y 65 años, atendidas en servicios ambulatorios de psiquiatría de la provincia de Concepción, Chile (n= 233, 29%); Cali, Colombia (n=273, 34%); y Quito, Ecuador (n=297, 37%).

Los participantes en Concepción fueron seleccionados a partir de los registros de atención de los servicios de Psiquiatría y Salud Mental pertenecientes al Servicio de Salud de Concepción, mediante muestreo intencional, por recomendación del Comité de Ética. Los datos fueron recolectados entre marzo y diciembre de 2018. Inicialmente, profesionales de

trabajo social, psicología o enfermería de nivel técnico superior de los servicios identificaron dentro del catastro de atención a los usuarios de servicio e informaron de manera verbal el objetivo del estudio en el momento del control.

En caso de aceptar su participación, se acudió al médico tratante para corroborar que la persona cumplía con el plan de manejo terapéutico – farmacológico y se encontraba en condiciones estables. Posteriormente, el profesional encargado de la evaluación de discapacidad entregaba y leía el formato de consentimiento informado, posteriormente se procedía a la aplicación de los instrumentos de evaluación.

Los participantes en Quito fueron seleccionados a partir de los registros de atención de los servicios de Psiquiatría y Salud Mental pertenecientes a la zona 9 del Distrito Metropolitano de Quito. Se acudió a muestreo intencional, por sugerencia del Comité de Ética, a partir del reporte de profesionales en psiquiatría, psicología y terapia ocupacional quienes informaron inicialmente del estudio y establecieron el vínculo con el grupo de evaluadores. Los datos fueron recolectados entre agosto y noviembre de 2018.

Los participantes en Cali fueron seleccionados mediante muestreo aleatorio simple con reemplazo secuencial, a partir de un marco muestral de 5.328 usuarios activos. Para ello, se elaboró un listado que incluía un código secuencial que permitió generar una muestra. En caso de seleccionar un participante de forma repetida, se procedió a invitar al siguiente número en la lista. En total se reclutaron 305 personas, y de estas 273 fueron incluidas en el análisis final. El estudio y sus objetivos fue presentado por una profesional en medicina general con formación en salud mental. Los datos fueron recolectados entre julio y octubre de 2017.

Criterios de inclusión

- Personas con diagnóstico de trastorno afectivo bipolar (códigos 296.xx y 296.89), esquizofrenia (código 295.xx) y trastorno depresivo mayor (código 296.xx), de acuerdo con los criterios definidos en el DSM-IV (Asociación Americana de Psiquiatría, 2000), clínicamente estables, con capacidad de consentir, en el caso de Chile certificada por el médico tratante (Anexo 9.1).
- Personas que consultaron a programas ambulatorios de psiquiatría y salud mental durante el último año.
- Adultos entre 18 y 65 años.

Criterios de exclusión

- Ingreso intrahospitalario en los últimos 30 días
- Condición de salud compatible con un trastorno orgánico o presencia de deficiencia cognitiva.
- Episodios de crisis con agitación psicomotora.

Tamaño de la muestra

Para definir el tamaño de la muestra se acudió a un modelo estructural, basado en la cantidad de variables latentes, y permitió determinar el número mínimo de casos para lograr detectar una correlación mínima (δ) entre k variables, en cierto niveles de significancia (α) y poder ($1 - \beta$), mediante la fórmula (56): $n = f[k, \delta | \alpha, \beta]$

Partiendo de los antecedentes del estudio original de validación del instrumento, que identificó una estructura de dos factores (22), cuya estabilidad ha sido demostrada en estudios de validación en población con TMG (15); en el presente estudio se obtuvieron

correlaciones (δ) superiores a 0,3; con un nivel de significación del 5% y un poder de 95%, por lo que se requirieron 247 personas. Se realizó ajuste por no respuesta considerando un 10% de rechazo, por lo que la muestra requerida para cada centro fue 274 personas.

5.4. Instrumentos

5.4.1. Escala de Evaluación de la Discapacidad de la Organización Mundial de la Salud

Se empleó la versión completa en castellano del instrumento *World Health Organization Disability Assessment Schedule (WHODAS 2.0)*. Es una herramienta genérica, derivada de la CIF, y que permite evaluar el funcionamiento y la discapacidad en población adulta, independientemente del diagnóstico médico. Incorpora seis dominios de la vida: cognición, movilidad, cuidado personal, relaciones, actividades cotidianas y participación (20, 22).

Existen varias versiones del instrumento, que difieren en función de la extensión y el modo de administración. La versión de 36 ítems corresponde al instrumento completo, y la versión de 12 ítems corresponde a la versión abreviada. En ambos casos puede ser administrada por la misma persona evaluada o un cuidador, o puede ser administrada por un entrevistador formado en el uso del instrumento y la CIF (20, 22). No ha sido validado población con trastornos mentales graves en los países que participaron en el estudio.

WHODAS 2.0 incluye un módulo información demográfica y de índole general, en el que se obtiene información concerniente a variables sociodemográficas y condiciones generales de vida de la persona (22). Para complementar los datos que incluyen la presencia de factores ambientales, se incluyeron preguntas a dicho componente del instrumento para obtener información relevante sobre asistencia a programas, e información del cuidador.

Las opciones de respuesta corresponden a una escala tipo Likert, ajustadas a las categorías ninguna [0], leve [1], moderada [2], severa [3], y extrema [4]. El procesamiento de datos permite obtener puntajes complejos por cada uno de los dominios, lo anterior implica realizar la sumatoria de los dominios, y finalmente convertir el puntaje total en una escala comprendida entre 0 (sin discapacidad) y 100 (discapacidad completa) (22) (anexo 9.2).

5.4.2. Entrevista Neuropsiquiátrica Internacional (MINI)

Se emplearon los módulos de episodio depresivo mayor, trastornos psicóticos y trastornos hipomaniacos/maniacos incluidos en la versión en español del instrumento Mini International Neuropsychiatric Interview (MINI). Este instrumento es de uso libre en procesos de investigación para Universidades e investigadores sin ánimo de lucro, se emplea para explorar de manera estructurada la presencia de los principales trastornos psiquiátricos del Eje I de DSM- IV, puede ser administrado por profesionales de la salud clínicos y no clínicos que cuenten con entrenamiento previo. Los estudios de validación en la región reportan estabilidad temporal evaluada mediante test – retest $\geq 0,75$; sensibilidad y especificidad $\geq 0,7$; valor predictivo negativo (VPN) $\geq 0,88$; valor predictivo positivo (VPP) $\geq 0,60$ (57).

A partir de la entrevista, el paciente informa la presencia o ausencia de problemas psicológicos a lo largo de la vida o durante las últimas dos semanas. La respuesta positiva a una o varias preguntas permiten al entrevistador indicar si se cumplen los criterios diagnósticos (57, 58). Se encuentra disponible en 33 idiomas incluido el español, (58, 59),

se trata de una medida más fiable que el reporte mediante historia clínica y ha sido empleado en procesos de investigación en la región, incluido Chile (59-61) (Anexo 9.3).

5.4.3. Mini-Mental State Examination (Mini- Mental)

Se empleó la versión en español del instrumento Mini- Mental State Examination para identificar la presencia de deficiencia cognitiva o trastorno orgánico. El instrumento fue desarrollado por Folstein, Folstein y McHugh (1975); ha sido validado en países de habla hispana como Chile y Colombia, reportando sensibilidad de 0,93; especificidad de 0,46; valor predictivo negativo (VPN) 0,97; valor predictivo positivo (VPP) 0,29 (62-64), y empleado en procesos de rehabilitación cognitiva en población adulta mayor en Colombia (65).

El Mini Mental consta de 30 ítems, permite evaluar cinco áreas: la orientación espacio – temporal; la capacidad de atención, concentración y memoria; abstracción (cálculo); lenguaje y percepción viso-espacial y el seguimiento de instrucciones básicas (62). La puntuación máxima es 30 y el punto de corte para sugerir la presencia de deficiencia cognitiva fue 22 (Anexo 9.4).

5.5. Variable dependiente

	Definición operacional	Tipo de variable	Medidas (Valores posibles)	Fuente de datos (Método de recolección)
Discapacidad	Término genérico que abarca deficiencias, limitaciones de la actividad y restricciones a la participación. Se entiende por discapacidad la interacción entre las personas que padecen alguna enfermedad y factores personales y ambientales (OMS)	Cuantitativa continua	0 – 100 Ninguna: 0 – 4, Leve: 5 – 24, Moderada: 25 – 49, Severa: 50 – 96, Extrema: ≥ 96	WHO – DAS 2.0

5.6. Variables independientes

Variables Sociodemográficas	Definición operacional	Tipo de variable	Medidas (Valores posibles)	Fuente de datos (Método de recolección)
Edad	Edad de la persona en años cumplidos	Cuantitativa continua	18 años a 65 años	Adaptación modulo datos sociodemográficos WHODAS 2.0
Sexo	Característica biológica que clasifica a la población entre hombres y mujeres	Categoría nominal	Hombre Mujer	Adaptación modulo datos sociodemográficos WHODAS 2.0
Escolaridad	Número de años cursados y aprobados por la persona	Cuantitativa continua	n años	Adaptación modulo datos sociodemográficos WHODAS 2.0
Estado Civil	Condición de la persona determinada por su relación de familia, proveniente del matrimonio o del parentesco, que establece derechos y deberes.	Categoría nominal	Soltero (a) Casado (a) o conviviente Separado (a) Divorciado (a) Viudo (a)	Adaptación modulo datos sociodemográficos WHODAS 2.0
Afiliación al Sistema General de Seguridad Social	Vinculación formal a instituciones o servicios de salud, prestados por el estado o institución privada	Categoría nominal	No Si	Adaptación modulo datos sociodemográficos WHODAS 2.0
Dependencia económica	Fuente de ingresos económicos necesarios para la satisfacción de necesidades básicas	Categoría Nominal	De sus propios ingresos De la familia De la ayuda de otras	Adaptación modulo datos sociodemográficos WHODAS 2.0

				personas (incluida caridad) Del Estado De instituciones	
Ocupación	Actividad principal de la persona en los últimos 6 meses	Categoría nominal		Trabajo Estudio Buscando trabajo Oficios del hogar Incapacitado Pensionado Otro, cuál	Adaptación modulo datos sociodemográficos WHODAS 2.0
Sexo del cuidador	Característica biológica que clasifica a la población entre hombres y mujeres	Categoría nominal		Hombre Mujer	Adaptación modulo datos sociodemográficos WHODAS 2.0
Edad del cuidador	Años cumplidos	Cuantitativa continua		18 años a 65 años	Adaptación modulo datos sociodemográficos WHODAS 2.0
Escolaridad del cuidador	Número de años cursados y aprobados	Cuantitativa continua		n años	Adaptación modulo datos sociodemográficos WHODAS 2.0
Relación con la persona con TMG	Vinculo formal de la persona con el cuidador	Categoría nominal		Padre – Madre Esposo – Pareja Hermano Hijo Otro familiar Amigo Persona contratada o voluntaria	Adaptación modulo datos sociodemográficos WHODAS 2.0

Variables Clínicas	Definición operacional	Tipo de variable	Medidas (Valores posibles)	Fuente de datos (Método de recolección)
Diagnóstico clínico	Condición de salud de acuerdo con los criterios del DSM – IV	Categórica Nominal	Trastorno Depresivo Mayor (296.xx), Esquizofrenia (295.xx) y Trastorno Afectivo Bipolar (296.xx y 296.89)	Historia Clínica
Tiempo de evolución del diagnóstico	Número de años transcurridos a partir del primer contacto con el psiquiatra relacionado con el diagnóstico	Cuantitativa continua	n años	Pregunta directa
Tipo de tratamiento	Propósito del medicamento a partir del principio activo	Categórica nominal	Antipsicótico Estabilizador del ánimo Antidepresivo Ansiolítico	Historia clínica Pregunta directa
Presencia de deficiencia cognitiva	Alteración en funciones cognitivas	Cuantitativa continua	0 – 30 Puntos de corte <22 Si 23 – 30 No	Mini Mental Examination Test
Contacto con centros de atención psiquiátrica	Tipo de intervenciones por profesionales de salud mental a los que asiste actualmente	Categórica nominal	Consulta ambulatoria de especialidad Hospital Día Centro día Taller protegido Hogar protegido Otro ¿Cuál?	Adaptación modulo datos sociodemográficos WHODAS 2.0

Variables Psicosociales	Definición operacional	Tipo de variable	Medidas (Valores posibles)	Fuente de datos (Método de recolección)
Práctica religiosa	Participación en actividades religiosas al menos 1 vez al mes	Categoría nominal	No Si	Adaptación modulo datos sociodemográficos WHODAS 2.0
Presencia de un cuidador	Persona encargada de asistir a la persona en el cuidado de la condición de salud	Categoría nominal	No Si	Adaptación modulo datos sociodemográficos WHODAS 2.0
Participación en programas de apoyo	Asistencia a programas dirigidos a la protección de derechos	Categoría nominal	Educación Capacitación laboral Vivienda Servicios de recreación Subsidio Pensión Otro ¿Cuál?	Adaptación modulo datos sociodemográficos WHODAS 2.0



5.7. Procedimiento

Gestiones administrativas

Inicialmente se estableció contacto con autoridades del Servicio de Psiquiatría del Hospital Clínico Regional de Concepción, de la Secretaría de Salud Pública Municipal de Cali y del Hospital Docente de Calderón para obtener la autorización del acceso a la información de los participantes. Durante esta fase, se realizaron las gestiones para la recibir la aprobación del protocolo de investigación por el Comité Ético Científico del Servicio de Salud de Concepción (Chile), el Comité de Ética de la Universidad del Valle (Colombia) y el Comité de Ética del Hospital Docente de Calderón (Ecuador).

Aplicación de los instrumentos de medida

Durante la fase 1, se realizó una aplicación del instrumento al 30% de la muestra establecida usando el método test-retest con una ventana de tiempo comprendido entre 8 y 15 días, con el fin de conocer la estabilidad temporal del instrumento.

En la fase 2, se realizó la aplicación de los instrumentos hasta obtener el total de la muestra. El orden en que los participantes respondieron los instrumentos, después de aceptar participar en la investigación explicado por medio de la firma del consentimiento informado fue: datos socio-demográficos, Minimental, MINI y WHODAS 2.0.

En Chile, los evaluadores fueron una Neuropsicóloga y un Terapeuta Ocupacional; en Colombia, los evaluadores fueron una Médico General y un Terapeuta Ocupacional; y en Ecuador, los evaluadores fueron estudiantes de último semestre de Psicología de la Universidad Central del Ecuador.

Sistematización de la información de los instrumentos de medida

De forma paralela a la recolección de los datos, se realizó el poblamiento de la base de datos en el programa Excel ® asignando un código numérico a cada batería de medida, para después exportar los datos al programa estadístico R Studio compatible con Windows ® (Anexo 9.5: manual de procedimientos operativos estandarizados).

Se acudió a doble digitación, desarrollada por los evaluadores en cada uno de los centros y el investigador principal del estudio, de esta manera se detectaron problemáticas en la calidad del dato y se corrigió acudiendo a la información contenida en el instrumento diligenciado.

5.8. Plan de análisis

Para obtener evidencia sobre las propiedades psicométricas de WHODAS 2.0, se realizó:

- Análisis de confiabilidad: se determinaron valores de índices de alfa de Cronbach (α), Omega jerárquico (ω) (66, 67).
- Estabilidad temporal: se obtuvo mediante el test – retest, determinando la correlación de Pearson (67).
- Análisis Factorial Confirmatorio (AFC): permitió comprobar la existencia de relaciones entre los dominios y los factores resultantes, determinando si se presenta un ajuste teórico entre variables latentes que conforman el índice global de discapacidad. Adicionalmente se realizó el AFC multigrupo para determinar la existencia de la misma estructura factorial en los centros participantes (68).

Para la construcción de un modelo explicativo de los perfiles de discapacidad y las variables asociadas, se acudió a:

- **Análisis Univariado:** con el propósito de comprobar el comportamiento de los datos y hacer una aproximación exploratoria de las variables sociodemográficas, clínicas y psicosociales, se establecieron medidas de tendencia central (medias, medianas), y medidas de dispersión de acuerdo con la naturaleza de los datos. Las variables categóricas se reportaron mediante porcentajes.

- **Análisis bivariado:** con el propósito de identificar posibles relaciones o asociaciones entre las variables independientes y la variable dependiente. Para las variables categóricas se emplearon pruebas como X^2 o prueba de Fisher.

- **Análisis multivariado:** mediante regresión lineal múltiple, se definió como variable dependiente el grado de discapacidad (expresado en puntuaciones directas entre 0 y 100); y como variables independientes las variables sociodemográficas, clínicas y psicosociales.

Se determinó la importancia relativa del aporte promedio de cada una de las variables en el modelo de regresión final a partir del análisis Boruta (69).

Se acudió a imputación de datos perdidos a partir de las variables independientes y se realizó análisis de sensibilidad con la matriz de datos completos para determinar el efecto sobre el modelo de regresión lineal.

La información fue procesada en el paquete estadístico SPSS versión 23, compatible con Windows® y en lenguaje R.

5.9. Consideraciones éticas

Para el desarrollo del estudio, se tuvo en cuenta las consideraciones éticas estipuladas en la Declaración de Helsinki. El estudio fue aprobado por el Comité Ético Científico del Servicio de Salud de Concepción (Chile), por el Comité de Ética de la Universidad del

Valle, y por el Hospital Docente de Calderón (Ecuador) (Anexo 9.6: actas de aprobación del estudio).

De acuerdo con los principios de beneficencia, no maleficencia, justicia y autonomía, se garantizó la participación voluntaria de la población sujeto de estudio mediante la firma del consentimiento informado antes de diligenciar el documento para la recolección de la información. Igualmente, se garantizó a todos los participantes retirarse del estudio en cualquier momento o por cualquier motivo, sin que su decisión tuviera implicaciones sobre la prestación de servicios de salud.

El documento de Consentimiento Informado contenía la descripción general del estudio, los propósitos de la investigación, los procedimientos a realizar, el manejo de la información y los beneficios por participar en el estudio (Anexo 9.7). Únicamente en la muestra de Chile, por exigencia del Comité Ético Científico del Servicio de Salud de Concepción, el médico tratante certificó por escrito que los participantes cumplían con el plan de tratamiento recomendado, estaba estable y contaba con capacidad de consentir (Anexo 9.1)

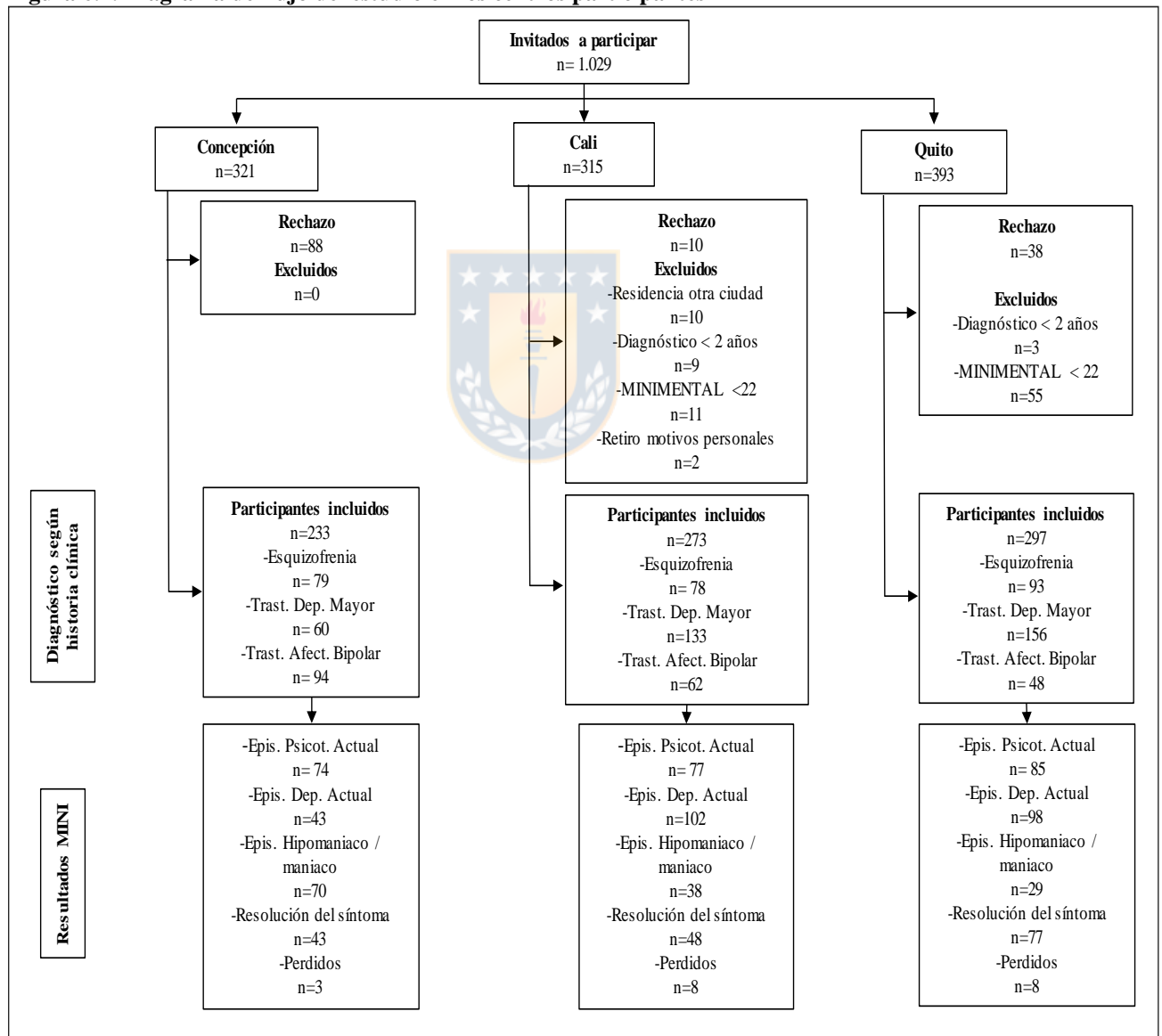
Para garantizar la confidencialidad de la información, a cada persona le fue asignado un código para su identificación, no se permitió el acceso de personas ajenas a la investigación a los datos obtenidos.

Para reducir la probabilidad de riesgos en el estudio, los cuestionarios fueron administrados por profesionales del área con previo entrenamiento de 20 horas en el protocolo de evaluación, certificado por el Departamento de Psiquiatría y Salud Mental de la Universidad de Concepción, este entrenamiento fue desarrollado por el investigador principal del estudio.

6. RESULTADOS

En total se invitó a participar a 1.029 personas con TMG, ciento treinta y seis usuarios rechazaron ser parte del estudio, un 13.3%% de la muestra contactada. Los porcentajes de rechazo de Concepción, Cali y Quito, fueron 27.4% (n=88), 3.2% (n=10) y, 9.7% (n=38), respectivamente. En Cali, después de haber obtenido la información, se excluyeron dos personas más que solicitaron ser retiradas del proceso por motivos personales (figura 6.1).

Figura 6.1. Diagrama de flujo del estudio en los centros participantes



Fuente: elaboración propia a partir de los datos del estudio, 2017 – 2018

6.1. Descripción de las muestras

6.1.1. Características sociodemográficas

En total, participaron en el estudio 803 personas. Respecto al sexo, el 59.9% correspondió a mujeres, se identificaron diferencias estadísticamente significativas entre los tres países ($p=0,001$), fundamentadas en la mayor participación de mujeres en la muestra de Colombia (60.1%) y de Ecuador (67.0%).

La edad promedio fue de 42.3 años (DE=12.8; Rango 18-65). Esta variable fue analizada estableciendo categorías, predominando los grupos con edades comprendidas entre 30 y 39 años (24.2%), entre 40 y 49 años (21.8%), y entre 50 y 59 años (24.4%), no hubo diferencias estadísticamente significativas entre los tres países ($p=0,082$).

Respecto de la escolaridad, el promedio de años cursados y aprobados fue 11.3 (DE=4.02; rango 1-22). Para determinar los niveles educativos, se definieron grupos de acuerdo al número de años por nivel de escolaridad en cada uno de los países. Predominaron la educación media y superior con 42.7% y 28.5%, respectivamente. Se identificaron diferencias estadísticamente significativas, considerando que en la muestra de Chile fue más frecuente el nivel educativo superior ($p=0.000$).

Con relación al estado civil, cerca de la mitad de la muestra era soltera (46.9%), seguida de personas que manifestaron ser casadas o convivir en pareja (38.7%). Se encontraron diferencias estadísticamente significativas entre los tres países, puesto que en la muestra de Colombia predominaron las personas casadas / convivientes ($p=0,001$).

Con relación a la situación ocupacional actual, el 39.9% refirió ser asalariado o trabajador independiente, el 23.9% desempleados, y el 16.2% responsable de las actividades domésticas. Se identificaron diferencias estadísticamente significativas entre los tres países ($p=0,000$), lo anterior considerando que en la muestra de Chile se identificó un mayor porcentaje de

personas con licencia médica (23.6%) y un menor porcentaje de personas desempleadas (17.2%).

Respecto de la dependencia económica, el 56.4% refirió depender de sus propios ingresos, mientras que el 63.6% indicó depender del apoyo de la familia, estas categorías no son mutuamente excluyentes por lo que es posible que los participantes dependan simultáneamente de ambas fuentes de ingresos. Se identificaron diferencias estadísticamente significativas ($p=0,000$), considerando que en Ecuador el 80.1% dependía económicamente de la familia, mientras que en Chile y en Colombia esta condición se presentó con un 60.1% y 48.7%, respectivamente (tabla 6.1).

Tabla 6.1. Características sociodemográficas de la muestra total y por centro

Variable	Total (n=803)		Chile (n=233)		Colombia (n=273)		Ecuador (n=297)		χ^2 (gl)	p
	n	%	N	%	n	%	n	%		
Sexo										
Mujer	481	59.9	118	50.6	164	60.1	199	67.0	14.553 (2)	0.001
Hombre	322	40.1	115	49.4	109	39.9	98	33.0		
Edad										
Menor de 30	156	19.4	41	17.6	44	16.1	71	23.9	13.996 (8)	0.082
30 – 39 años	194	24.2	61	26.2	62	22.7	71	23.9		
40 – 49 años	175	21.8	54	23.2	64	23.4	57	19.2		
50 – 59 años	196	24.4	58	24.9	64	23.4	74	24.9		
Mayor de 60	82	10.2	19	8.2	39	14.3	24	8.1		
Escolaridad										
Básica	181	22.5	21	9.0	70	25.6	90	30.3	60.864 (6)	0.000
Media	343	42.7	102	43.8	112	41.0	129	43.4		
Superior	229	28.5	98	42.1	63	23.1	68	22.9		
Otra	50	6.2	12	5.2	28	10.3	10	3.4		
Estado civil										
Soltero	377	46.9	135	57.9	103	37.7	139	46.8	23.862 (6)	0.001
Casado - conviviente	311	38.7	66	28.3	127	46.5	118	39.7		
Separado - divorciado	99	12.3	29	12.4	35	12.8	35	11.8		
Viudo	16	2.0	3	1.3	8	2.9	5	1.7		
Ocupación actual										
Desempleado	192	23.9	40	17.2	87	31.9	65	21.9	188.637 (10)	0.000
Licencia médica	64	8.0	55	23.6	6	2.2	3	1.0		
Estudiante	59	7.3	20	8.6	16	5.9	23	7.7		
Actividades domésticas	130	16.2	21	9.0	29	10.6	80	26.9		
Asalariado – trabajador	320	39.9	91	39.1	104	38.1	125	42.1		

Tabla 6.1. Características sociodemográficas de la muestra total y por centro

Variable	Total (n=803)		Chile (n=233)		Colombia (n=273)		Ecuador (n=297)		χ^2 (gl)	p
	n	%	N	%	n	%	n	%		
independiente										
Dependencia económica										
Ingresos propios	453	56.4%	170	73.0	140	51.3	143	48.1	62.461 (2)	0.000
Familia	511	63.6%	140	60.1	133	48.7	238	80.1	37.123 (2)	0.000

Fuente: elaboración propia a partir de los datos del estudio (2017 – 2018)

Características sociodemográficas de la muestra en Chile

En Chile, la muestra quedó conformada por 233 participantes, el 50.6% correspondió a mujeres, con edad promedio de 42.6 (DE=11.8; Rango 19-65), predominando los grupos con edades comprendidas entre 30 y 39 años (26.2%), entre 40 y 49 años (23.2%) y entre 50 y 59 años (24.9%).

Respecto de la escolaridad, predominó la educación media y superior con 43.8% y 42.1%, respectivamente. En el momento de la evaluación, la mayoría de la muestra manifestó ser soltera (57.9%), seguida de personas que refirieron estar casadas o convivir en pareja (28.3%).

Con relación a la situación ocupacional actual, el 39.1% refirió ser asalariado o trabajador independiente, el 23.6% manifestó tener licencia médica, y el 16.2% estaba desempleado. El 73% refirió depender de sus propios ingresos, mientras que el 60.1% indicó depender del apoyo de la familia.

Características sociodemográficas de la muestra en Colombia

La muestra en Colombia quedó conformada por 273 participantes, el 60.1% eran mujeres, con edad promedio de 43.4 (DE=13.0; Rango 18-65), predominando los grupos con edades comprendidas entre 30 y 39 años (22.7%), entre 40 y 49 años, y entre 50 y 59 años, ambos con

23.4%. Respecto a la escolaridad predominó la educación media (41%), en un segundo orden la educación básica y la educación superior con 25.6% y 23.1%, respectivamente.

En el momento de la evaluación, la mayoría de la muestra refirió estar casada o conviviendo en pareja (46.5%), seguida de personas que manifestaron ser solteras (37.7%).

Con relación a la situación ocupacional actual, el 38.1% refirió ser asalariado o trabajador independiente, el 31.9% manifestó estar desempleado y el 10.6% correspondió a personas responsables de las actividades domésticas. El 51.3% refirió depender de sus propios ingresos, mientras que el 48.7% (n=133) indicó depender económicamente de la familia.

Características sociodemográficas de la muestra en Ecuador

La muestra en Ecuador quedó conformada por 297 participantes, el 67% fueron mujeres, con edad promedio de 41.1 (DE=13.1; Rango 18-65), predominando los grupos con edades comprendidas entre 18 y 29 años (23.9%), entre 30 y 39 años (23.9%), y entre 50 y 59 años (24.9%). Respecto de la escolaridad, predomina la educación media (43.4%), seguido por la educación básica y superior con 30.3% y 22.9%, respectivamente. En el momento de la evaluación, la mayoría de la muestra refirió ser soltera (46.8%), seguida de personas que manifestaron estar casadas o conviviendo en pareja (39.7%).

Con relación a la situación ocupacional actual, el 42.1% refirió ser asalariado o trabajador independiente, el 26.9% indicó ser responsable de las actividades domésticas, y 21.9% manifestó estar desempleado. El 48.1% refirió depender de sus propios ingresos, mientras que el 80.1% indicó depender económicamente de la familia.

6.1.2. Características clínicas de la muestra

A partir de los reportes de la historia clínica de los participantes, la muestra total quedó conformada por personas con diagnóstico de trastorno depresivo mayor (43.5%), esquizofrenia (31.1%) y trastorno afectivo bipolar (25.4%). Se identificaron diferencias estadísticamente significativas entre los tres países ($p=0.000$), considerando que en Colombia y Ecuador predominaron casos de personas con trastorno depresivo mayor con 48.7% y 52.5%, respectivamente; mientras que en Chile predominaron casos de personas con trastorno afectivo bipolar con 46.7%.

En promedio, el tiempo de evolución del diagnóstico fue 9.4 años (DE 8.7; Rango 2 – 50). Esta variable se analizó mediante el establecimiento de categorías, se identificaron diferencias estadísticamente significativas entre los tres países ($p=0,000$). Predominaron personas con evolución diagnóstica de menos de diez años (63.3%), mientras que las personas con evolución diagnóstica mayor o igual a 30 años presentaron la menor frecuencia (5.4%).

Para caracterizar la condición clínica actual, se emplearon los módulos correspondientes a episodio depresivo, episodio psicótico y episodio hipomaniaco / maniaco, todos incluidos en la Mini Entrevista Neuropsiquiátrica Internacional (MINI). Se identificaron diferencias estadísticamente significativas ($p=0.000$), puesto que, del total de la muestra, el 20.9% reportó haber resuelto el síntoma, el 29.4% presentaba episodio psicótico, el 30.3% presentó episodio depresivo, siendo más frecuentes en la muestra de Colombia y Ecuador; y, el 17.1% presentó episodio hipomaniaco / maniaco, siendo más frecuente en la muestra de Chile.

El total de la muestra reportó el consumo actual de medicamentos de uso psiquiátrico, por lo que se decidió clasificarlos de acuerdo con su función principal. Se identificaron diferencias estadísticamente significativas entre los tres países en el uso de tratamiento antipsicótico y de tratamiento estabilizador del ánimo, ambos de mayor frecuencia en la muestra de Chile

($p=0.000$); mientras que el uso de tratamiento antidepresivo fue más frecuente en las muestras de Colombia y Ecuador, respectivamente. Finalmente, el uso de tratamiento ansiolítico fue más frecuente en la muestra de Colombia ($p=0.000$). La tabla 6.2 describe las características clínicas de la muestra total y por los centros participantes.

Tabla 6.2. Características clínicas de la muestra total y por centro

Variable	Total		Chile		Colombia		Ecuador		χ^2 (gl)	p
	n	%	n	%	n	%	n	%		
Diagnóstico según historia clínica										
TDM	349	43.5	60	25.8	133	48.7	156	52.5	56.554 (4)	0.000
TAB	204	25.4	94	46.1	62	30.4	48	23.5		
EQZ	250	31.1	79	31.6	78	31.2	93	37.2		
Evolución diagnóstico										
Menos de 10 años	508	63.3	114	48.9	177	64.8	217	73.1	57.017 (6)	0.000
Entre 10 y 19 años	183	22.8	56	24.0	71	26.0	56	18.9		
Entre 20 y 29 años	69	8.6	41	17.6	15	5.5	13	4.4		
≥ 30 años	43	5.4	22	9.4	10	3.7	11	3.7		
Síntomas actuales (MINI)										
ESR	168	20.9	43	18.5	48	17.6	77	25.9	55.873 (6)	0.000
EPA	236	29.4	74	31.8	77	28.2	85	28.6		
EDA	243	30.3	43	18.5	102	37.4	98	33.0		
EH/MA.	137	17.1	70	30.0	38	13.9	29	9.8		
Casos perdidos	19	2.4	3	1.3	8	2.9	8	2.7		
Tipo tratamiento										
Antipsicótico	520	64.8	177	76.0	162	59.3	181	60.9	18.229 (2)	0.000
Estabilizador ánimo	252	31.4	103	44.2	68	24.9	81	27.3		
Antidepresivo	444	55.3	86	36.9	203	74.4	155	52.2	73.35 (2)	0.000
Ansiolítico	103	12.8	38	16.3	46	16.8	19	6.4		

TDM= Trastorno depresivo mayor; TAB= Trastorno afectivo bipolar; EQZ=Esquizofrenia

ESR= Episodio con síntomas remitidos; EPA= Episodio psicótico actual; EDA= Episodio depresivo actual;

EH/MA=Episodio hipomaniaco/maniaco actual

Fuente: elaboración propia a partir de los datos del estudio (2017 – 2018)

Características clínicas de la muestra en Chile

De acuerdo con los antecedentes reportados en la historia clínica, la muestra en Chile quedó conformada por personas con diagnóstico de trastorno afectivo bipolar (46.1%), esquizofrenia (31.6%), y trastorno depresivo mayor (25.8%).

En promedio, el tiempo de evolución del diagnóstico fue 13.1 años (DE 10.4; Rango 2 – 50). Predominaron personas con evolución del diagnóstico entre dos y nueve años (48.9%), seguido por personas con evolución del diagnóstico entre diez y diecinueve años (24%).

A partir de los resultados de los módulos de episodio depresivos, episodio psicótico y episodio hipomaniaco / maniaco del instrumento Mini Entrevista Neuropsiquiátrica Internacional (MINI), el 18.5% de la muestra no presentaba síntomas actuales, el 31.8% presentó episodio psicótico, el 18.5% un episodio depresivo, y el 30.0% cumplía criterios para episodio hipomaniaco / maniaco. En todos los casos, el médico tratante corroboró que los participantes estaban estables y tenían capacidad de consentir su vinculación al estudio.

De acuerdo con el tipo de medicamentos de uso psiquiátrico prescritos, el 76.0% manifestó emplear tratamiento antipsicótico, el 44.2% tratamiento estabilizador del ánimo, el 36.9% tratamiento antidepresivo, y el 16.3% empleaba tratamiento ansiolítico.

Características clínicas de la muestra en Colombia

En Colombia, la muestra inicial quedó conformada por personas con diagnóstico de trastorno depresivo mayor (48.7%), esquizofrenia (31.2%), y trastorno afectivo bipolar (30.4%). En promedio, el tiempo de evolución del diagnóstico fue 8.5 años (DE 7.6; Rango 2 – 40). Predominaron personas con evolución del diagnóstico entre dos y nueve años (64.8%), seguido por personas con evolución del diagnóstico entre diez y diecinueve años (26%).

A partir de los resultados de la aplicación de la MINI, el 17.6% refirió no presentar síntomas, el 28.2% cumplió criterios para un episodio psicótico, el 37.4% para episodio depresivo, y el 13.9% cumplió criterios para un episodio hipomaniaco / maniaco.

De acuerdo con el tipo de medicamentos de uso psiquiátrico prescritos, el 59.3% manifestó emplear tratamiento antipsicótico, el 24.9% tratamiento estabilizador del ánimo, el 74.4% tratamiento antidepresivo, y el 16.8% tratamiento ansiolítico.

Características clínicas de la muestra en Ecuador

En Ecuador la muestra quedó conformada por personas con diagnóstico de trastorno depresivo mayor (52.5%), esquizofrenia (37.2%), y trastorno afectivo bipolar (23.5%). En promedio, el tiempo de evolución del diagnóstico fue 7.4 años (DE 7.2; Rango 2 – 37). Predominaron personas con evolución del diagnóstico entre dos y nueve años (73.1%), seguido por personas con evolución del diagnóstico entre diez y diecinueve años (18.9%).

A partir de los resultados de la aplicación de la MINI, el 25.9% de la muestra refirió no presentar síntomas, el 28.6% cumplió criterios para un episodio psicótico, el 33.0% para episodio depresivo, y el 9.8% cumplió criterios para un episodio hipomaniaco / maniaco.

De acuerdo con el tipo de medicamentos de uso psiquiátrico prescritos, el 60.9% manifestó emplear tratamiento antipsicótico, el 27.3% tratamiento estabilizador del ánimo, el 52.2% tratamiento antidepresivo, y el 6.4% tratamiento ansiolítico.

6.1.3. Características psicosociales de la muestra

Con relación a las variables psicosociales incluidas en el presente estudio, el 24.4% de la muestra (n=196) refirió contar con un cuidador. No hubo diferencias estadísticamente significativas entre los países (p=0.124).

El 49.3% (n=396) manifestó practicar alguna religión, realizando alguna actividad al menos una vez al mes. Se identificaron diferencias estadísticamente significativas entre las muestras (p=0.000), dado que las muestras de Colombia y Ecuador presentaron el mayor porcentaje de participación en actividades religiosas.

Con relación a los programas de apoyo, el 3.0% participaba en programas de educación, se encontraron diferencias estadísticamente significativas entre los países (p=0,000), explicadas en la mayor frecuencia en la muestra de Chile (7.7%).

En cuanto a los programas de capacitación laboral, el 12.7% participaba en programas de capacitación laboral. Se identificaron diferencias estadísticamente significativas (p=0,000), dado que en la muestra de Colombia se reportó que el 25.6% de la muestra manifestó ser beneficiario de este tipo de programas.

El 20.2% contaba con programas de vivienda. Se identificaron diferencias estadísticamente significativas (p=0,000) que se explican en la mayor participación de la muestra de Colombia (25.6%).

En relación a la participación en programas de recreación, el 24.9% de la muestra reportó estar vinculado activamente a estos. Se identificaron diferencias estadísticamente significativas puesto que la muestra de Colombia manifestó asistir a estos programas en un 64.8% (p=0,000).

Respecto de ser beneficiario de algún tipo de subsidio, como alimentación transporte o alimentación, el 27.6% manifestó contar con algún tipo de beneficio en dichas áreas. Se

identificaron diferencias estadísticamente significativas ($p=0,000$), que se explican en el contraste de la alta frecuencia (59.7%) de la muestra de Colombia, mientras que en la muestra de Ecuador el porcentaje fue bajo (1.3%).

Finalmente, respecto de contar con ingresos por pensión, el 20.9% de la muestra reportó contar con este beneficio. Se identificaron diferencias estadísticamente significativas fundamentadas en la mayor frecuencia en la muestra de Chile (47.2%), mientras que en la muestra de Colombia este porcentaje fue bajo (8.8%). La tabla 6.3 describe las características psicosociales de la muestra total y de los centros.

Tabla 6.3. Características psicosociales de la muestra total y por centro

Variable	Total		Chile		Colombia		Ecuador		χ^2 o Fisher (gl)	p
	n	%	n	%	n	%	n	%		
Cuidador										
Si	196	24.4	68	29.2	63	23.1	65	21.9	4.168 (2)	0.124
Práctica religiosa										
Si	396	49.3	87	37.3	138	50.5	171	57.6	21.644 (2)	0.000
Programas de apoyo										
Educación*	24	3.0	18	7.7	1	0.4	5	1.7	23.504 (2)	0.000
Capacitación laboral*	102	12.7	28	12.0	70	25.6	4	1.3	85.436 (2)	0.000
Vivienda*	162	20.2	15	6.4	145	53.1	2	0.7	291.188 (2)	0.000
Recreación	200	24.9	16	6.9	177	64.8	7	2.4	353.997 (2)	0.000
Subsidio*	222	27.6	55	23.6	163	59.7	4	1.3	279.113 (2)	0.000
Pensión	168	20.9	110	47.2	24	8.8	34	11.4	137.722 (2)	0.000

Fuente: elaboración propia a partir de los datos del estudio (2017 – 2018)

Características psicosociales de la muestra en Chile

En Chile, el 29.2% refirió contar con un cuidador y el 37.3% manifestó practicar alguna religión al menos una vez al mes. Respecto de los programas de apoyo, el 47.2% recibe una pensión solidaria por discapacidad, el 23.6% manifestó ser beneficiario de algún tipo de subsidio, 12% participaba en programas de capacitación laboral, 7.7% contaba con programas de apoyo en educación, 6.9% asistía a programas de recreación y un 6.4% contaba con programas de apoyo para vivienda.

Características psicosociales de la muestra en Colombia

En Colombia, el 23.1% refirió contar con un cuidador, y el 50.5% manifestó practicar alguna religión al menos una vez al mes. Respecto de los programas de apoyo, el 64.8% asistía a programas de recreación, el 59.7% manifestó ser beneficiario de algún tipo de subsidio, 53.1% contaba con programas de apoyo para vivienda, 25.6% participaba en programas de capacitación laboral, 8.8% contaba con pensión obtenida a partir del reconocimiento de discapacidad y solo 0.4% contaba con programas de apoyo en educación.

Características psicosociales de la muestra en Ecuador

En Ecuador, el 21.9% refirió contar con un cuidador y el 57.6% manifestó practicar alguna religión al menos una vez al mes. Respecto de los programas de apoyo, 11.4% contaba con pensión obtenida a partir de políticas sociales para poblaciones vulnerables, 2.4% asistía a programas de recreación, 1.7% contaba con programas de apoyo en educación, 1.3% asistía a programas de apoyo de capacitación laboral y solo el 0,7% (n=2) contaba con programas de apoyo para vivienda.

6.1.4. Niveles de discapacidad según dominios de WHODAS 2.0

A partir de los criterios definidos por la CIF, se establecieron categorías de discapacidad de acuerdo con las siguientes puntuaciones directas: 0 – 4, ninguna discapacidad; 5 – 24, discapacidad leve; 25 – 49, discapacidad moderada; 50 – 95, discapacidad severa; y, 96 – 100, discapacidad extrema (9). A continuación, se describe la prevalencia de los niveles de discapacidad en la muestra total y por centro, de acuerdo con los dominios del WHODAS 2.0 (tabla 6.4).

Dominio 1: cognición (comprensión y comunicación)

Los resultados indicaron que del total de la muestra el 36.2% (n = 291) presenta discapacidad severa, seguido de discapacidad moderada (26.5%; n = 213) y discapacidad leve (20.4%; n = 164). De acuerdo a los países participantes en el estudio, en la muestra chilena se observa una variación de la distribución de la discapacidad, donde el 32.6% (n = 76) presenta discapacidad leve, seguido por discapacidad moderada (28.3%; n = 66), y discapacidad severa (20.6%; n = 48). En cuanto a la muestra colombiana, el 64,5% (n = 176) presenta discapacidad severa, seguido de discapacidad moderada (19%; n = 52) y discapacidad leve (4.4%; n = 12). Finalmente, en la muestra ecuatoriana el 32% (n = 95) presenta discapacidad moderada, seguida de discapacidad leve (25.6%; n = 76) y discapacidad severa (22,6%; n = 67).

Dominio 2: movilidad en el entorno

Los resultados indicaron que del total de la muestra el 22,3% (n= 179) presenta discapacidad leve, seguido por discapacidad moderada (15.9%; n = 128), y discapacidad severa (11.1%; n = 89). De acuerdo a los países participantes en el estudio, de la muestra chilena el 31.8% (n = 74) presenta discapacidad leve, seguido por discapacidad moderada (21.9%; n = 51), y discapacidad severa (10.7%; n = 25). En cuanto a la muestra colombiana, el 10.6% (n = 29) presenta discapacidad severa, seguido de discapacidad moderada (6.2%; n = 17) y discapacidad leve (5.1%; n = 14). Finalmente, en la muestra ecuatoriana el 30.6% (n = 91) presenta discapacidad leve, seguida de discapacidad moderada (20.2%; n = 60) y discapacidad severa (11.8%; n = 35).

Dominio 3: autocuidado

Los resultados indicaron que del total de la muestra el 25,3% (n= 203) presenta discapacidad leve, seguido por discapacidad moderada (12.8%; n = 103) y discapacidad severa (5.5%; n =

44). De acuerdo a los países participantes en el estudio, de la muestra chilena el 35.2% (n = 82) presenta discapacidad leve, seguido por discapacidad moderada (11.6%; n = 27) y discapacidad severa (3.4%; n = 8). En cuanto a la muestra colombiana, el 8.4% (n = 23) presenta discapacidad moderada, seguido de discapacidad severa (8.1%; n = 22) y discapacidad leve (4.4%; n = 12). Finalmente, en la muestra ecuatoriana el 36.7% (n = 109) presenta discapacidad leve, seguida de discapacidad moderada (17.8%; n = 53) y discapacidad severa (4.7%; n = 14).

Dominio 4: relaciones personales

Los resultados indicaron que del total de la muestra el 32.8% (n= 263) presenta discapacidad severa, seguido por discapacidad moderada (23.9%; n = 192), y discapacidad leve (20.9%; n = 168). De acuerdo a los países participantes en el estudio, de la muestra chilena el 30.5% (n = 71) presenta discapacidad moderada, seguido por discapacidad leve (30%; n = 70) y discapacidad severa (18%; n = 42). En cuanto a la muestra colombiana, el 49.8% (n = 136) presenta discapacidad severa, seguido de discapacidad moderada (13.6%; n = 37) y discapacidad leve (8.1%; n = 22). Finalmente, en la muestra ecuatoriana el 28.6% (n = 85) presenta discapacidad severa, seguida de discapacidad moderada (28.3%; n = 84) y discapacidad leve (25.6%; n = 76).

Dominio 5a: actividades domésticas (AIVD)

Los resultados indicaron que del total de la muestra el 23% (n= 185) presenta discapacidad severa, seguido por discapacidad moderada (17.9%; n = 144), y discapacidad leve (16.1%; n = 129). De acuerdo a los países participantes en el estudio, de la muestra chilena el 26.6% (n = 62) presenta discapacidad severa, seguido por discapacidad leve (20.6%; n = 48) y discapacidad moderada (18%; n = 42). En cuanto a la muestra colombiana, el 24.5% (n = 67)

presenta discapacidad severa, seguido de discapacidad moderada (11%; n = 30) y discapacidad leve (5.5%; n = 15). Finalmente, en la muestra ecuatoriana el 24.2% (n = 72) presenta discapacidad moderada, seguida de discapacidad leve (22.2%; n = 66) y discapacidad severa (18.9%; n = 56).

Dominio 5b: trabajo y estudio

Se consideró únicamente a personas que refirieron tener un rol productivo actual (trabajo remunerado, no remunerado y estudio) (n = 379). Los resultados indicaron que del total de la muestra el 20.8% (n = 79) presenta discapacidad moderada, seguido por discapacidad severa (19.5%; n = 74) y discapacidad leve (15.6%; n = 59). De acuerdo a los países participantes en el estudio, de la muestra chilena el 20.7% (n = 23) presenta discapacidad severa, seguido por discapacidad moderada (17.1%; n = 19) y discapacidad leve (17.1%; n = 19). En cuanto a la muestra colombiana, el 26.7% (n = 32) presenta discapacidad severa, seguido de discapacidad moderada (13.1%; n = 16) y discapacidad leve (5.8%; n = 7). Finalmente, en la muestra ecuatoriana el 27% (n = 40) presenta discapacidad moderada, seguida de discapacidad leve (22.3%; n = 33) y discapacidad severa (15.5%; n = 23).

Dominio 6: participación social

Los resultados indicaron que del total de la muestra el 41.8% (n= 336) presenta discapacidad severa, seguido por discapacidad moderada (27.3%; n = 219) y discapacidad leve (22.9%; n = 184). De acuerdo a los países participantes en el estudio, de la muestra chilena el 35.6% (n = 83) presenta discapacidad leve, seguido por discapacidad moderada (30%; n = 70) y discapacidad severa (26.2%; n = 61). En cuanto a la muestra colombiana, el 64.1% (n = 175) presenta discapacidad severa, seguido de discapacidad moderada (23.4%; n = 64) y discapacidad leve (8.1%; n = 22). Finalmente, en la muestra ecuatoriana el 33.7% (n = 100)

presenta discapacidad severa, seguida de discapacidad moderada (28.6%; n = 85) y discapacidad severa (26.6%; n = 79).

Tabla 6.4. Niveles de discapacidad según dominios de WHODAS 2.0

Dominio	Total		Chile		Colombia		Ecuador		
	n	%	n	%	n	%	n	%	
Cognición									
Ninguna	135	16.8	43	18.5	33	12.1	59	19.9	
Leve	164	20.4	76	32.6	12	4.4	76	25.6	
Moderada	213	26.5	66	28.3	52	19.0	95	32.0	
Severa	291	36.2	48	20.6	176	64.5	67	22.6	
Movilidad									
Ninguna	407	50.7	83	35.6	213	78.0	111	37.4	
Leve	179	22.3	74	31.8	14	5.1	91	30.6	
Moderada	128	15.9	51	21.9	17	6.2	60	20.2	
Severa	89	11.1	25	10.7	29	10.6	35	11.8	
Autocuidado									
Ninguna	453	56.4	116	49.8	216	79.1	121	40.7	
Leve	203	25.3	82	35.2	12	4.4	109	36.7	
Moderada	103	12.8	27	11.6	23	8.4	53	17.8	
Severa	44	5.5	8	3.4	22	8.1	14	4.7	
Relaciones personales									
Ninguna	180	22.4	50	21.5	78	28.6	52	17.5	
Leve	168	20.9	70	30.0	22	8.1	76	25.6	
Moderada	192	23.9	71	30.5	37	13.6	84	28.3	
Severa	263	32.8	42	18.0	136	49.8	85	28.6	
Actividades domésticas									
Ninguna	345	43.0	81	34.8	161	59.0	103	34.7	
Leve	129	16.1	48	20.6	15	5.5	66	22.2	
Moderada	144	17.9	42	18.0	30	11.0	72	24.2	
Severa	185	23.0	62	26.6	67	24.5	56	18.9	
Trabajo									
Ninguna	167	44.1	50	45.0	65	54.2	52	35.1	
Leve	59	15.6	19	17.1	7	5.8	33	22.3	
Moderada	79	20.8	23	20.7	16	13.3	40	27.0	
Severa	74	19.5	19	17.1	32	26.7	23	15.5	
Participación Social									
Ninguna	64	8.0	19	8.2	12	4.4	33	11.1	
Leve	184	22.9	83	35.6	22	8.1	79	26.6	
Moderada	219	27.3	70	30.0	64	23.4	85	28.6	
Severa	336	41.8	61	26.2	175	64.1	100	33.7	
Discapacidad Global									
Ninguna	70	8.7	23	9.9	15	5.5	32	10.8	
Leve	299	37.2	110	47.2	75	27.5	114	38.4	
Moderada	312	38.9	79	33.9	120	43.9	113	38.0	
Severa	122	15.2	21	9.0	63	23.1	38	12.8	

Fuente: elaboración propia a partir de los datos del estudio (2017 – 2018)

Al realizar la sumatoria de las personas que presentaron algún grado de discapacidad se obtuvo una prevalencia de discapacidad global de 91.3% (n=733).

6.1.5. Análisis de regresión múltiple

Para determinar el modelo óptimo que explique la variable dependiente discapacidad, obtenida a partir de los resultados de WHODAS 2.0, se acudió a la construcción y comparación de modelos lineales múltiples. Se incorporaron como factores explicativos variables sociodemográficas, clínicas y psicosociales de la muestra.

En la estimación de los modelos se asumió la ocurrencia de la variable dependiente discapacidad bajo una escala de valores continuos entre 0 y 100, lo que implica que las personas con TMG que obtuvieron una mayor puntuación presentaron mayor carga de discapacidad. La estimación de la variable dependiente incluyó un proceso de ponderación a partir de la variable situación ocupacional actual, discriminando entre personas que en el momento de la evaluación manifestaron ser estudiante o tener un rol productivo remunerado o no remunerado.

A partir de los resultados de la Entrevista Neuropsiquiátrica Internacional (MINI), se generaron dos modelos iniciales para realizar contrastes mediante el análisis multivariado. El primer modelo incorporó seis categorías, basadas en la presencia (episodio actual) y ausencia (episodio con síntomas remitidos) de los diagnósticos incluidos en el estudio. Las categorías fueron episodio psicótico actual, episodio psicótico con resolución de síntomas, episodio depresivo actual, episodio depresivo con resolución de síntomas, episodio hipomaníaco / maníaco actual, y episodio hipomaníaco / maníaco con resolución de síntomas.

El segundo modelo incorporó cuatro categorías, en él se mantuvieron las tres categorías diagnósticas de episodio actual y se agruparon los casos de resolución de síntomas en una sola categoría, que se utilizó como control. La tabla 6.5 resume los parámetros de ambos modelos.

Tabla 6.5. Comparación de modelos de acuerdo con las categorías diagnósticas del MINI

Variable ^a	Variable dependiente: puntuación directa WHODAS 2.0		
	Modelo de seis categorías	Modelo de cuatro categorías	
País	Colombia	7.933 (2.350)***	8.004 (2.344)***
	Ecuador	1.511 (2.943)	1.497 (2.939)
Edad		-0.173 (0.067)**	-0.173 (0.066)***
Escolaridad		-0.505 (0.169)***	-0.503 (0.168)***
Estado civil	Casado – pareja	-0.271 (1.631)	-0.194 (1.626)
	Separado - divorciado	-0.317 (2.157)	-0.223 (2.148)
Situación laboral	Estudiante	5.822 (3.266)	-4.485 (2.760)
	Actividades domésticas	-1.756 (2.111)	-1.680 (2.106)
	Pensionado	5.822 (3.266)*	5.719 (3.259)*
	Desempleado	1.654 (1.717)	1.612 (1.714)
	Licencia médica	2.559 (2.596)	2.579 (2.592)
Dependencia económica	Ing. propio	1.266 (2.596)	1.273 (1.811)
	Familia	1.577 (1.752)	1.600 (1.748)
Evolución diagnóstico		-0.009 (0.089)	-0.013 (0.087)
Tipo tratamiento	Antipsicótico	2.530 (1.387)*	2.536 (1.386)*
	Estabilizador del ánimo	1.386 (1.578)	1.434 (1.554)
	Antidepresivo	0.109 (1.578)	0.219 (1.469)
	Ansiolítico	-1.218 (1.908)	-1.157 (1.903)
Programas de apoyo	Capacitación laboral	2.797 (3.814)	2.860 (3.797)
	Vivienda	-0.437 (2.329)	-0.359 (2.324)
	Recreación	2.011 (2.416)	1.914 (2.410)
	Subsidio	-0.331 (1.805)	-0.357 (1.802)
	Pensión	1.262 (1.786)	1.243 (1.781)
	Otro	1.074 (2.756)	1.067 (2.752)
Práctica religiosa		-2.780 (1.273)**	-2.769 (1.272)**
Cuidador		10.731 (1.514)***	10.629 (1.506)***
Diagnóstico	EDA (si)	23.115 (2.037)***	23.536 (1.780)***
	EPA (no)	-3.520 (5.003)	N A
	EPA (si)	3.997 (2.291)*	4.585 (1.932)
	EH/MA(no)	-0.532 (3.183)	N A
	EH/MA (si)	6.685 (2.438)***	7.190 (2.060)***
	Constante		23.445 (5.156)***
R²		0.334	0.334
R² ajustado		0.304	0.305
Error estándar residuos		16.847 (gl 749)	16.831 (gl 751)
Estadístico F		11.056***	11.755***
		gl 34; 749	gl 32; 751

^a= listado de comparadores: Chile, soltero, empleado/asalariado, episodio depresivo actual (no).

Nivel de confianza para la inclusión del estimador * p<0.1; ** p<0.05; ***p<0.001

EDA= Episodio depresivo actual; EPA= Episodio psicótico actual; EH/MA= Episodio hipomaniaco / maniaco actual

Fuente: elaboración propia a partir de los datos del estudio (2017 – 2018)

Se comparó la verosimilitud de ambos modelos mediante el empleo de ANOVA, no existen diferencias significativas entre ambos modelos ($F=0.247$; $p=0.7806$), por lo que se seleccionó el modelo de cuatro categorías diagnósticas (tabla 6.6).

Tabla 6.6. Criterios de comparación y selección de un modelo explicativo de discapacidad en personas con TMG

Modelo	Diferencia de residuos	Residuos	Grados de libertad	Sumatoria de cuadrados	F	<i>p</i>
Seis categorías diagnósticas	749	212593				
Cuatro categorías diagnósticas	751	212733	-2	-140.66	0.247	0.7806

Fuente: elaboración propia a partir de los datos del estudio (2017 – 2018)

Finalmente, se realizó el contraste mediante el Criterio de Información de Akaike (AIC) y el Criterio de Información Bayesiano (BIC), los resultados corroboran que este modelo cuenta con menores valores en los criterios anteriormente descritos (AIC= 6685.950; BIC= 6844.539) (tabla 6.7).

Tabla 6.7. Criterios de comparación de modelos explicativos a partir de valores AIC y BIC

Modelo	Grados de libertad	AIC	BIC
Seis categorías diagnósticas	36	6689.431	6857.350
Cuatro categorías diagnósticas	34	6685.950	6844.539

Fuente: elaboración propia a partir de los datos del estudio (2017 – 2018)

El modelo inicial, basado en las cuatro categorías diagnósticas derivadas de los resultados del MINI, consideró variables sociodemográficas, clínicas y psicosociales mediante el método de introducción progresiva (forward stepwise). El modelo identificó como variables explicativas al país (Colombia; $\beta=8.0035$; $t=4.562$; $p=0.00067$), escolaridad ($\beta=-0.5029$; $t=-2.95$; $p=0.00958$); presencia de episodio depresivo actual ($\beta=23.536$; $t=13.222$; $p \leq 0.01$); presentar episodio psicótico actual ($\beta=4.585$; $t=3.373$; $p=0.017$); presentar episodio hipomaniaco / maniaco actual ($\beta=7.190$; $t=3.491$; $p \leq 0.00050$); tener práctica religiosa al menos una vez al

mes ($\beta=-2.768$; $t=-2.177$; $p= 0.0297$); y, requerir del apoyo de un cuidador ($\beta=10.628$; $t=7.060$; $p \leq 0.01$).

El coeficiente de determinación es de 0.3337 ($F(32, 751) = 16.83$, $p < 0.001$, $R^2\Delta=0.30.53$), lo que significa que el modelo explica el 33.37% de la discapacidad de las personas con TMG de los tres países (tabla 6.8).

Tabla 6.8. Modelo de análisis multivariado a partir de los datos completos

Variables ^a	β	Error estándar	Valor <i>t</i>	<i>p</i>
Intercepto	22.882	5.015	4.562	<0.001
País				
Colombia	8.0035	2.3439	3.415	0.00067
Ecuador	1.4966	2.9390	0.059	0.61074
Edad	-0.17254	0.0664	-2.597	0.00958
Sexo				
Hombre	1.01277	1.4446	0.701	0.48348
Escolaridad	-0.50290	0.1679	-2.995	0.00283
Estado civil				
Casado – Pareja	-0.19392	1.62611	-0.119	0.90510
Separado – divorciado	-0.22322	2.14781	-0.104	0.91725
Viudo	-2.09285	4.60868	-0.454	0.64988
Situación laboral				
Estudiante	-4.48523	2.76042	-1.625	0.10461
Actividades domésticas	-1.68033	2.10635	-0.798	0.42527
Pensionado	5.71000	3.25897	1.752	0.08167
Desempleado	1.61208	1.71433	0.940	0.34733
Licencia médica	2.57937	2.59211	0.995	0.32001
Dependencia económica				
Ingresos propios	1.27312	1.81106	0.703	0.48293
Familia	1.59978	1.74848	0.915	0.36051
Evolución del diagnóstico (años)	-0.01349	0.08746	-0.154	0.87744
Síntomas actuales (MINI)				
Episodio depresivo	23.53607	1.78006	13.222	<0.001
Episodio psicótico	4.58511	1.93233	2.373	0.017
Episodio hipomaniaco / maniaco	7.19041	2.05961	3.491	0.00050
Tipo de tratamiento				
Antipsicótico	2.53588	1.38579	1.830	0.06765
Estabilizador del ánimo	1.43353	1.55350	0.923	0.35642
Antidepresivo	0.21891	1.46927	0.149	0.88160
Ansiolítico	-1.15717	1.90287	-0.608	0.54329
Programas de apoyo				
Educación	2.85965	3.79634	0.753	0.45158
Capacitación laboral	-0.62222	2.18276	-0.285	0.77567
Vivienda	-0.35852	2.32411	-0.154	0.87744
Recreación	1.91406	2.41009	0.794	0.42733
Subsidio	-0.35697	1.80233	-0.198	0.84305
Pensión	1.24318	1.78098	0.698	0.48537
Otro	1.06710	2.75156	0.388	0.69826
Práctica religiosa				

	Si	-2.76877	1.27178	-2.177	0.02978
Presencia de cuidador	Si	10.62895	1.50554	7.060	<0.001

Error estándar residual: 16.83 en 751 grados de libertad

R-cuadrado múltiple: 0.3337, R-cuadrado ajustado: 0.3053

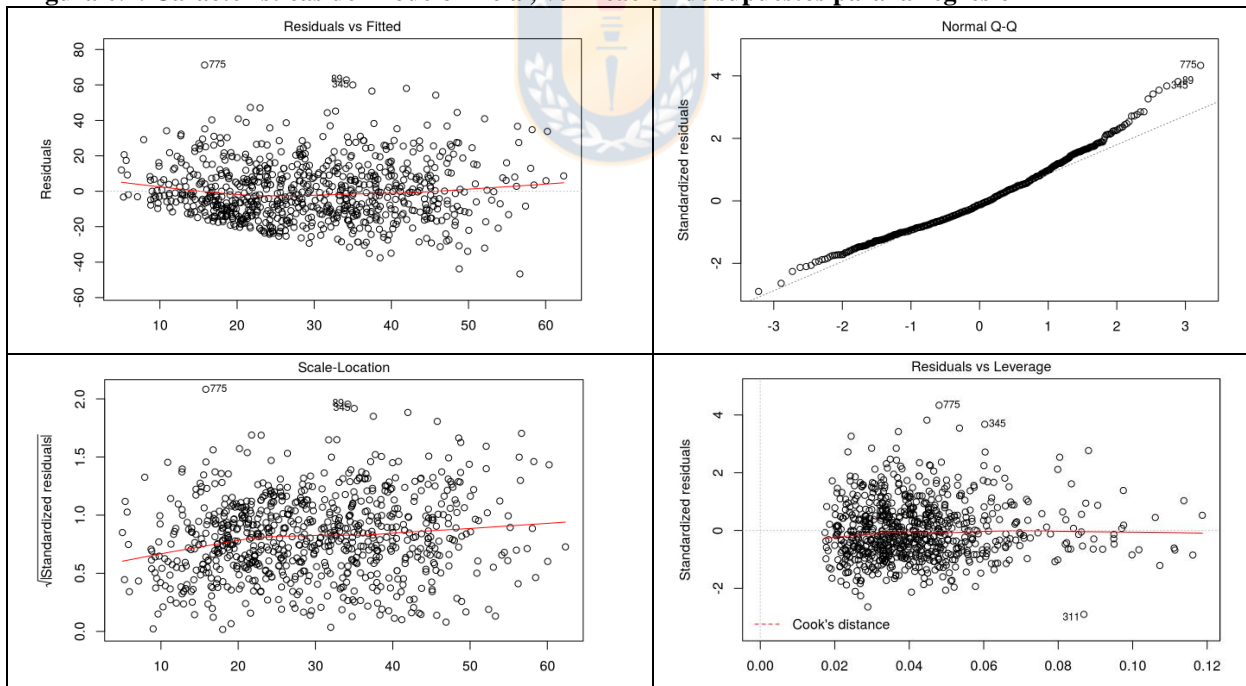
Estadístico F: 11.76 en 32 y 751 grados de libertad, valor p : < 0.001

^a= listado de comparadores: Chile, mujer, soltero, empleado/asalariado, síntomas en remisión.

Fuente: elaboración propia a partir de los datos del estudio (2017 – 2018)

Este modelo no es lineal, presenta desajustes en los valores extremos, por lo que la varianza es mayor cuando se incrementa el valor de la carga global de discapacidad. Lo anterior implica que, ante la presencia de valores extremos relevantes el modelo tiende a sobreestimar los valores predichos en puntuaciones bajas (referencia para ninguna discapacidad) y a subestimar en puntuaciones altas (referencia para discapacidad severa) (figura 6.2), es decir no se cumplen los criterios de linealidad, homocedasticidad y normalidad de residuos.

Figura 6.2. Características del modelo inicial, verificación de supuestos para la regresión



Fuente: elaboración propia a partir de los datos del estudio (2017 – 2018)

Considerando que durante la etapa de seguimiento se presentaron pérdidas dentro de la muestra total (n=19), se generó un modelo de imputación múltiple para ser contrastado con el

modelo inicialmente definido. Lo anterior permitió realizar análisis de sensibilidad, con el propósito de determinar la presencia de diferencias entre los coeficientes del modelo basado en los datos completos y del modelo basado en la imputación.

La tabla 6.9 resume los valores de los coeficientes de las variables sociodemográficas, clínicas y psicosociales. Se logró establecer que tanto los coeficientes como el valor p son equivalentes; en este sentido, los parámetros obtenidos en la matriz de datos completos son fiables para establecer un modelo multivariado.

Tabla 6.9. Comparación de modelos multivariados a partir de la imputación múltiple

Variable ^a	Completo	p	Imputado	p
Intercepto	22.88	<0.001	23.68	<0.001
País Colombia	8.004	<0.001	8.076	<0.001
País Ecuador	1.497	0.611	1.403	0.632
Edad	-0.1725	0.010	-0.1756	0.007
Sexo Hombre	1.013	0.483	0.5814	0.683
Escolaridad	-0.5029	0.003	-0.4972	0.003
Casado – pareja	-0.1939	0.905	0.1667	0.917
Separado – divorciado	-0.2232	0.917	-0.1741	0.935
Viudo	-2.093	0.650	-1.983	0.666
Estudiante	-4.485	0.105	-3.8	0.162
Actividades domésticas	-1.68	0.425	-1.996	0.339
Pensionado	5.71	0.080	5.381	0.088
Desempleado	1.612	0.347	1.542	0.364
Licencia medica	2.579	0.320	2.375	0.357
Ingresos propios	1.273	0.482	1.135	0.528
Dependencia de la familia	1.6	0.361	1.405	0.417
Evolución diagnóstico	-0.01349	0.877	-0.01043	0.904
Tratamiento Antipsicótico	2.536	0.068	2.384	0.081
Tratamiento estabilizador del ánimo	1.434	0.356	1.054	0.492
Tratamiento antidepresivo	0.2189	0.882	0.1193	0.935
Tratamiento Ansiolítico	-1.157	0.543	-1.293	0.495
Programas de apoyo en educación	2.86	0.452	3.729	0.317
Programas de apoyo en capacitación laboral	-0.6222	0.776	-0.6766	0.754
Programas de apoyo para vivienda	-0.3585	0.877	0.128	0.955
Programas de apoyo en recreación	1.914	0.427	1.846	0.425
Programas de apoyo para subsidio	-0.357	0.843	-0.3745	0.834
Programas de apoyo para pensión	1.243	0.485	1.283	0.469
Programas de apoyo otro	1.067	0.698	0.842	0.759
Práctica religiosa	-2.769	0.030	-3.024	0.016
Presencia del cuidador	10.63	<0.001	11.04	<0.001
Episodio depresivo	23.54	<0.001	23.3	<0.001
Episodio psicótico	4.585	0.018	4.553	0.017
Episodio hipomaniaco / maniaco	7.19	<0.001	7.161	<0.001

^a= listado de comparadores: Chile, mujer, soltero, empleado/asalariado, síntomas en remisión.

Fuente: elaboración propia a partir de los datos del estudio (2017 – 2018)

Para determinar la importancia de los factores y establecer el modelo óptimo que predijera la variable dependiente discapacidad, se realizó análisis mediante algoritmos de árboles aleatorios (random forest) y mediante método Boruta. Dichos procedimientos permitieron eliminar variables innecesarias y, de esta manera, estimar el promedio en el que aumenta el error de predicción del modelo cuando se retira la variable analizada mediante permutación en muestras independientes.

En la muestra general, el factor más importante corresponde a la presencia del trastorno confirmado a partir de los resultados de la MINI (tabla 6.10).

Tabla 6.10. Importancia de factores predictores de discapacidad a partir de análisis de árboles aleatorios

Factor	% incremento en el error
País	16.547
Edad	15.022
Sexo	4.104
Escolaridad	13.836
Estado civil	6.763
Situación laboral	11.388
Ingreso propio	6.572
Dependencia de la familia	1.293
Evolución del diagnóstico	7.380
Tratamiento antipsicótico	-0.097
Tratamiento estabilizador del ánimo	3.965
Tratamiento antidepresivo	4.867
Tratamiento ansiolítico	1.910
Programas de apoyo en educación	-0.744
Programas de apoyo en capacitación laboral	2.041
Programas de apoyo para vivienda	3.724
Programas de apoyo en recreación	7.383
Programas de apoyo para subsidio	1.932
Programas de apoyo para pensión	6.733
Práctica religiosa	5.26
Presencia del cuidador	18.365
Resultados MINI (cuatro categorías)	61.592

Fuente: elaboración propia a partir de los datos del estudio (2017 – 2018)

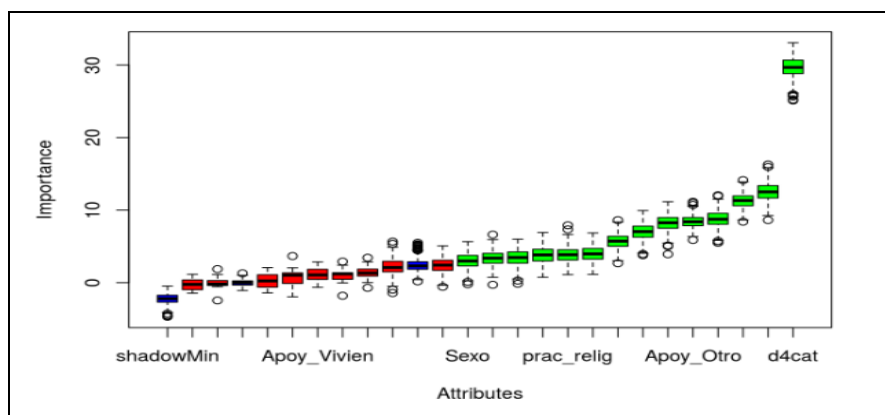
De acuerdo con los resultados del método Boruta, se observaron 14 variables relevantes, siendo los mayores valores de importancia los síntomas actuales, la presencia del cuidador y el país. Retirar cualquiera de estas variables implica la pérdida de precisión en la predicción atribuible a la variable discapacidad (tabla 6.11, figura 6.3).

Tabla 6.11. Selección de variables relevantes para la estimación del modelo multivariado

Factor	Promedio importancia	Mediana importancia	Mínima importancia	Máxima importancia	Decisión
Diagnóstico	29.72	29.68	25.11	33.07	Confirmado
Cuidador	12.49	12.51	8.627	16.28	Confirmado
País	11.32	11.32	8.404	14.14	Confirmado
Evolución diagnóstico	8.767	8.745	5.509	12.05	Confirmado
Apoyo – otro	8.437	8.395	5.885	11.14	Confirmado
Escolaridad	8.226	8.256	3.925	11.15	Confirmado
Edad	6.995	7.036	3.785	9.938	Confirmado
Situación laboral	5.69	5.724	2.672	8.623	Confirmado
Apoyo – pensión	3.991	3.969	1.137	6.851	Confirmado
Práctica religiosa	3.874	3.852	1.104	7.905	Confirmado
Apoyo – recreación	3.797	3.825	0.7462	6.917	Confirmado
Apoyo – Subsidio	3.426	3.47	-0.1509	5.99	Confirmado
Estado civil	3.377	3.384	-0.292	6.622	Confirmado
Sexo	3.004	2.982	-0.2199	5.651	Confirmado
Ingreso propio	2.381	2.417	-0.573	5.069	Rechazado
Tratamiento antidepresivo	2.192	2.088	-1.433	5.657	Rechazado
Tratamiento ansiolítico	1.351	1.323	-0.717	3.437	Rechazado
Programa de apoyo para vivienda	1.145	1.061	-0.6436	2.847	Rechazado
Tratamiento estabilizador animo	0.9632	1.208	-1.801	2.909	Rechazado
Programa de apoyo para capacitación laboral	0.7097	1.032	-1.945	3.667	Rechazado
Dependencia de la familia	0.3304	0.2375	-1.403	2.072	Rechazado
Tratamiento Antipsicótico	-0.0827	-0.1983	-2.45	1.868	Rechazado
Programa de apoyo para educación	-0.2229	-0.2437	-1.447	1.15	Rechazado

Fuente: elaboración propia a partir de los datos del estudio (2017 – 2018)

Figura 6.3. importancia de factores en la predicción del modelo



Fuente: elaboración propia a partir de los datos del estudio (2017 – 2018)

A partir de los resultados del análisis de importancia de factores, se generó un nuevo modelo multivariado que incluyó las variables explicativas país (Colombia; $\beta=6.724$; $t=6.454$; $p < 0.001$), edad ($\beta=-0.163$; $t=-2.482$; $p=0.0132$), escolaridad ($\beta=-0.5029$; $t=-2.995$; $p=0.00162$); presencia de episodio depresivo actual ($\beta=23.26$; $t=13.186$; $p \leq 0.01$); presentar episodio psicótico actual ($\beta=4.795$; $t=2.512$; $p=0.0122$); presentar episodio hipomaniaco / maniaco actual ($\beta=7.498$; $t=3.711$; $p \leq 0.00022$); tener práctica religiosa al menos una vez al mes ($\beta=-2.834$; $t=-2.234$; $p=0.0257$); y, requerir del apoyo de un cuidador ($\beta=10.363$; $t=6.933$; $p \leq 0.01$).

Este modelo obtuvo un coeficiente de determinación de 0.3275 ($F(23, 760) = 16.09$, $p < 0.001$, $R^2\Delta=30.71$), lo que significa que explica el 32.75% de la discapacidad de las personas con TMG de los tres países (tabla 6.12).

Tabla 6.12. Modelo reducido a partir de variables relevantes

Variabla ^a	β	Error estándar	Valor <i>t</i>	<i>p</i>
Intercepto	26.974	4.179	6.454	<0.001
País				
Colombia	6.724	2.1980	3.059	0.002299
Ecuador	1.7863	2.8197	0.634	0.526591
Edad	-0.1632	0.0657	-2.482	0.013292
Sexo				
Hombre	0.9432	1.4285	0.660	0.509313
Escolaridad	-0.50290	0.1679	-2.995	0.001622
Estado civil				
Casado - Pareja	-0.09891	1.59736	-0.062	0.950638
Separado - divorciado	-0.32752	2.13226	-0.154	0.877962
Viudo	-3.03920	4.52946	-0.665	0.506181
Situación laboral				
Estudiante	-3.81771	2.66622	-1.432	0.152589
Actividades domésticas	-1.75921	2.00943	-0.875	0.381591
Pensionado	5.53099	3.21949	1.718	0.086209
Desempleado	1.56639	1.64528	0.952	0.341373
Licencia médica	2.70272	2.57075	1.051	0.293439
Evolución del diagnóstico (años)	-0.01349	0.08746	-0.154	0.939344
Síntomas actuales (MINI)				
Episodio depresivo	23.26	1.76419	13.186	<0.001
Episodio psicótico	4.795	1.90882	2.512	0.01221
Episodio hipomaniaco / maniaco	7.498	2.02010	3.711	0.000221
Programas de apoyo				
Recreación	1.32256	1.95466	0.677	0.498854
Subsidio	0.32098	1.66167	0.193	0.846875
Pensión	1.50844	1.71143	0.881	0.378384

	Otro	0.41204	2.69293	0.153	0.878433
Práctica religiosa					
	Si	-2.83470	1.26873	-2.234	0.025754
Presencia de cuidador					
	Si	10.36332	1.49488	6.933	<0.001

Error estándar residual: 16.81 en 760 grados de libertad

R-cuadrado múltiple: 0.3275, R-cuadrado ajustado: 0.3071

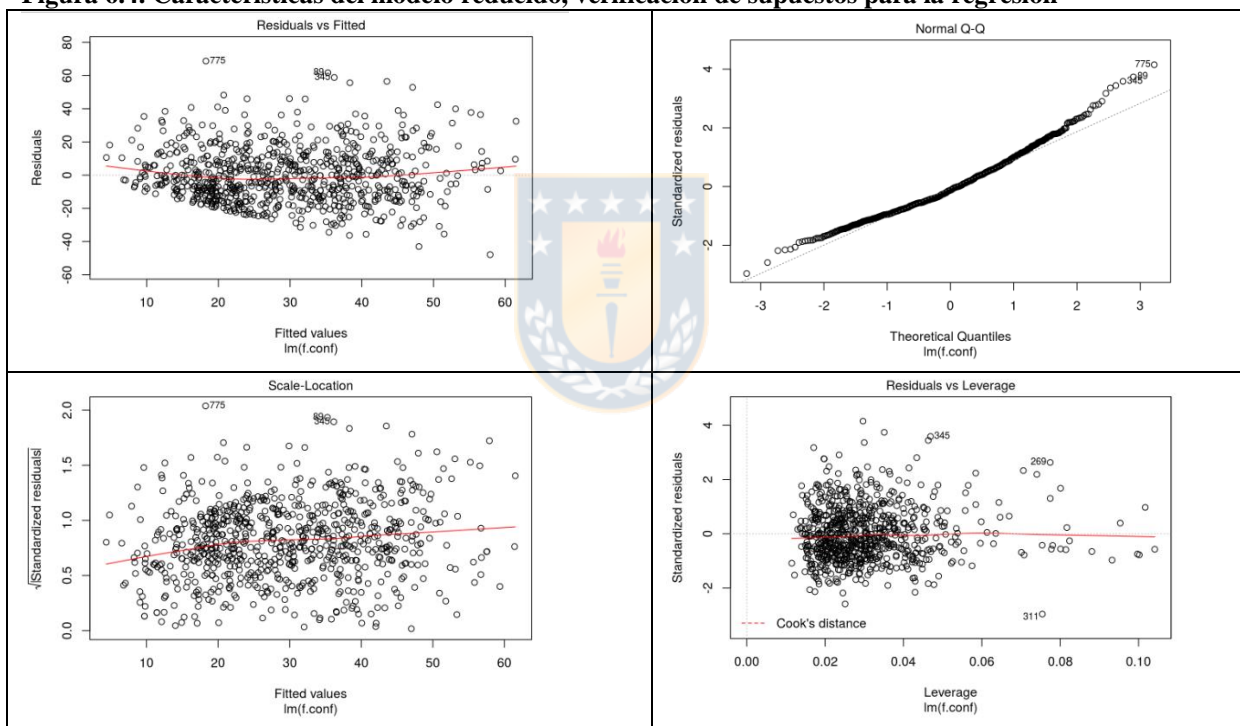
Estadístico F: 16.09 en 23 y 760 grados de libertad, valor p: < 0.001

^a= listado de comparadores: Chile, mujer, soltero, empleado/asalariado, síntomas en remisión.

Fuente: elaboración propia a partir de los datos del estudio (2017 – 2018)

Al comprobar los supuestos del modelo, se confirmó la presencia de asimetría positiva y un incremento de la varianza en los residuos altos (figura 6.4).

Figura 6.4. Características del modelo reducido, verificación de supuestos para la regresión



Fuente: elaboración propia a partir de los datos del estudio (2017 – 2018)

Como solución al desajuste del modelo en términos de normalidad de los residuos y de homocedasticidad se acudió a una solución basada en la transformación a raíz cuadrada (tabla 6.13), el cual se ajusta a los supuestos de regresión (figura 6.5), condición que se corroboró mediante la prueba de Shapiro-Wilk, que denota normalidad de los residuos ($W= 0.9966$; $p=0.09962$).

Tabla 6.13. Modelo reducido a partir de variables relevantes convertido a raíz cuadrada

Variabla^a	β	Error estándar	Valor t	P
Intercepto	4.292	0.4198	10.22	<0.001
País				
Colombia	0.7731	0.2208	3.502	0.0004891
Ecuador	0.134	0.2832	0.4732	0.6362
Edad	-0.009098	0.006607	-1.377	0.1689
Sexo				
Hombre	0.1237	0.1435	0.8624	0.3888
Escolaridad	-0.04568	0.01674	-2.729	0.006502
Estado civil				
Casado - Pareja	-0.1218	0.1604	-0.7594	0.4478
Separado - divorciado	-0.04208	0.2142	-0.1965	0.8443
Viudo	-0.2499	0.459	-0.5444	0.5863
Situación laboral				
Estudiante	-0.2389	0.2678	-0.8921	0.3726
Actividades domésticas	-0.06177	0.2018	-0.306	0.7597
Pensionado	0.3282	0.3234	1.015	0.3104
Desempleado	0.1127	0.1653	0.6817	0.4956
Licencia médica	0.2185	0.2582	0.8461	0.3978
Evolución del diagnóstico (años)	-0.002851	0.008742	-0.3261	0.7444
Síntomas actuales (MINI)				
Episodio depresivo	2.417	0.1772	13.64	<0.001
Episodio psicótico	0.6721	0.1917	3.505	0.0004827
Episodio hipomaniaco / maniaco	0.9306	0.2029	4.587	<0.001
Programas de apoyo				
Recreación	0.01669	0.1963	0.08499	0.9323
Subsidio	0.0687	0.1669	0.4116	0.6808
Pensión	0.2369	0.1719	1.378	0.1685
Otro	0.1029	0.2705	0.3806	0.7036
Práctica religiosa				
Si	-0.2996	0.1274	-2.351	0.01899
Presencia de cuidador				
Si	1.067	0.1501	7.104	<0.001

Error estándar residual: 1.688 en 760 grados de libertad

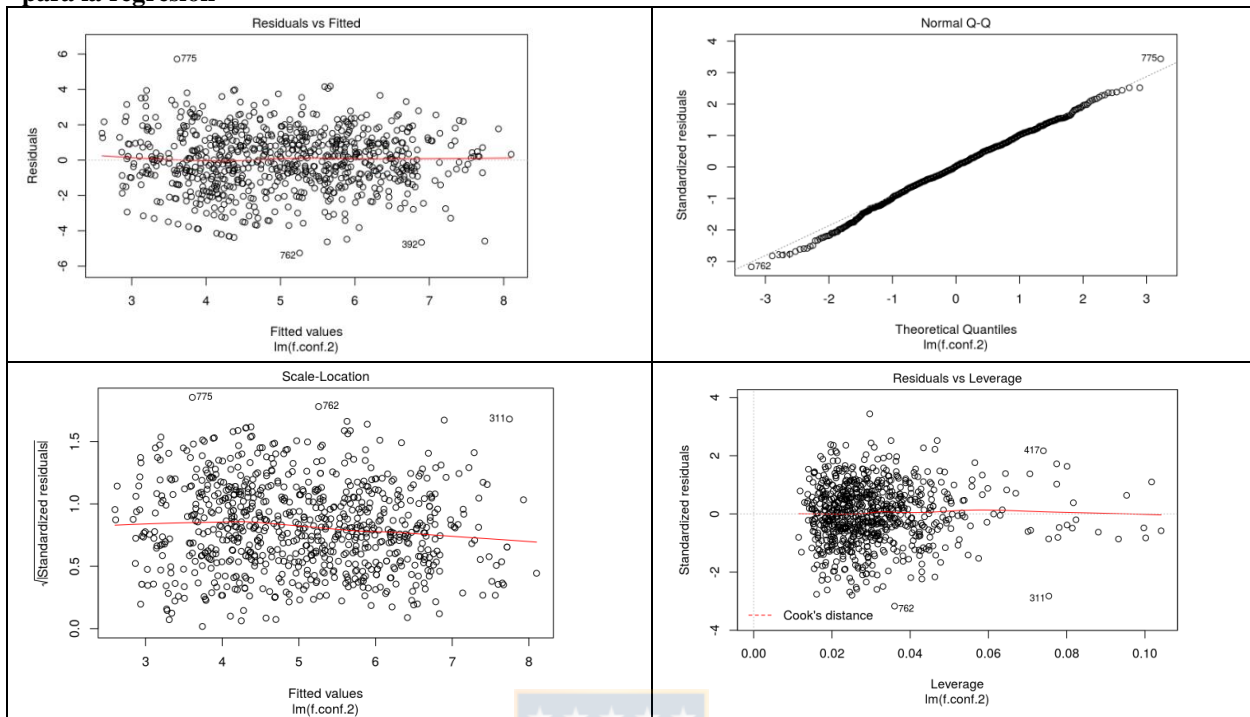
R-cuadrado múltiple: 0.3216, R-cuadrado ajustado: 0.301

Estadístico F: 15.66 en 23 y 760 grados de libertad, valor *p*: < 0.001

^a= listado de comparadores: Chile, mujer, soltero, empleado/asalariado, síntomas en remisión.

Fuente: elaboración propia a partir de los datos del estudio (2017 – 2018)

Figura 6.5. Características del modelo reducido (transformación a raíz cuadrada), verificación de supuestos para la regresión



Fuente: elaboración propia a partir de los datos del estudio (2017 – 2018)

Teniendo en cuenta que el modelo general para explicar la discapacidad en personas con trastornos mentales graves de tres países de Sudamérica incorporó una versión reducida, las variables explicativas se interpretan en función de la cantidad de unidades que varía la variable dependiente en función de los siguientes factores: con relación a las variables sociodemográficas, en el caso de Colombia, al ser comparado con Chile, se presenta un incremento de 6.72 unidades en la carga de discapacidad, mientras que en Ecuador este incremento fue de 1.78 unidades. La decisión de incluir la variable país corresponde a un criterio empírico de comparación y no necesariamente a un criterio teórico.

Por cada año de incremento en la edad, se presenta una reducción de 0.16 unidades en la variable discapacidad. Con respecto a la escolaridad, por cada año cursado y aprobado, la discapacidad se reduce en 0.5 unidades.

Con relación a las variables clínicas, en comparación con las personas del grupo de síntomas en remisión, la presencia de episodio depresivo actual a partir de los resultados de la MINI, la carga de discapacidad se incrementa en 23.26 unidades; la presencia de un episodio psicótico incrementa la carga de discapacidad en 4.8 unidades; y, finalmente, la presencia de un episodio hipomaniaco / maniaco incrementa la carga de discapacidad en 7.5 unidades.

Con relación a las variables psicosociales, la práctica religiosa reduce la carga de discapacidad en 2.8 unidades; mientras que la necesidad de contar con un cuidador, incrementa la carga de discapacidad en 10.36 unidades.

6.1.6. Análisis de la capacidad predictiva del modelo según parámetros CIF

La CIF estableció que los niveles de discapacidad se determinan en función de puntos de corte en una escala comprendida entre 0 y 100. Dichas categorías corresponden a ninguna discapacidad entre 0 y 4, discapacidad leve entre 5 y 24, discapacidad moderada 25 y 49, discapacidad severa entre 50 y 95, y discapacidad extrema entre 96 y 100.

Se calcularon las categorías predichas en función de los parámetros anteriormente descritos, para luego ser comparados con los puntajes observados. A partir de lo anterior se construyó una matriz de confusión que determinó la probabilidad de pertenecer a cierta categoría de referencia, estos parámetros fueron estimados considerando los modelos lineal y transformado a raíz cuadrada. La precisión del modelo fue de 51.4%, y predice para cada persona un valor esperado de WHODAS 2.0 con cierta incertidumbre (DE 16.81 para el modelo lineal; DE 1.68 para el modelo de raíz cuadrada).

En el modelo lineal, las personas que obtuvieron puntuaciones dentro de la categoría ninguna presentan una probabilidad de 64.2% de ser clasificados como discapacidad leve y un 32.8% de probabilidad de ser clasificados en la categoría discapacidad moderada.

En el caso de las personas que obtuvieron puntuaciones dentro de la categoría leve, las probabilidades de ser clasificadas dentro de la misma categoría son del 50.5%, mientras que las probabilidades de ser clasificadas dentro de la categoría moderado son de 46.4%.

Un mejor desempeño en la capacidad predictiva se presenta cuando una persona obtuvo puntuaciones dentro de la categoría moderada, en este caso las probabilidades de ser clasificados dentro de la misma categoría son de 74.1%.

La tabla 6.14 describe la capacidad predictiva del modelo teniendo en cuenta las categorías definidas en la CIF. A partir de estos resultados, se puede concluir que el modelo sobreestima la probabilidad de pertenecer a determinada categoría, por lo que tiende a clasificar a las personas dentro de las categorías leve y moderada.

Tabla 6.14. Matriz de confusión y probabilidad de clasificación del modelo lineal

Categorías observadas	Categorías predichas a partir de los parámetros de CIF							
	Ninguna		Leve		Moderada		Severa	
	n	% prob pred	n	% prob pred	n	% prob pred	n	% prob pred
Ninguna	2 ^a	2.98	43	64.2	22	32.8	0	0.0
Leve	3	1.02	148 ^a	50.5	136	46.4	6	2.05
Moderada	1	0.32	64	20.9	227 ^a	74.1	14	4.6
Severa	0	0	7	5.9	85	72.0	26 ^a	22.03

% prob pred: porcentaje de probabilidad de predicción del modelo

^a Valores de referencia para determinar la exactitud del modelo (p=51.4%)

Fuente: elaboración propia a partir de los datos del estudio (2017 – 2018)

El modelo transformado a raíz cuadrada, sobreestima el grado de discapacidad en la categoría ninguna, desplazando a las personas en la categoría leve. En el caso de la categoría leve, la sensibilidad es de 71%; en el caso de las categorías moderada y severa la sensibilidad se reduce al 55% y 19%, respectivamente.

La capacidad predictiva de este modelo fue de 51.02%, y es similar a la reportada en el modelo lineal (51.4%). La tabla 6.15 describe la capacidad predictiva del modelo transformado a raíz cuadrada.

Tabla 6.15. Matriz de confusión y probabilidad de clasificación del modelo de raíz cuadrada

Categorías observadas	Categorías predichas a partir de los parámetros de CIF							
	Ninguna		Leve		Moderada		Severa	
	n	% prob pred	n	% prob pred	n	% prob pred	n	% prob pred
Ninguna	0 ^a	0	63	94.0	4	5.9	0	0.0
Leve	0	0	209 ^a	71.3	79	26.9	5	1.7
Moderada	0	0	131	42.8	168 ^a	54.9	7	2.2
Severa	0	0	18	15.3	77	65.25	23 ^a	19.5

% prob pred: porcentaje de probabilidad de predicción del modelo

^a Valores de referencia para determinar la exactitud del modelo (p=51.02%)

Fuente: elaboración propia a partir de los datos del estudio (2017 – 2018)

6.1.7. Estimación de modelos explicativos de perfiles de discapacidad por cada país

A partir de la estructura del modelo general de discapacidad, se estimaron los modelos explicativos específicos para cada una de las muestras. De las variables sociodemográficas se excluyó la variable país para eliminar el efecto de colinealidad.



Modelo explicativo de discapacidad en la muestra de Chile

En Chile, las variables explicativas que conforman el perfil de discapacidad corresponden a variables clínicas y una variable psicosocial.

Con relación a las variables clínicas, la presencia de episodio depresivo actual incrementa la carga de discapacidad en 26.2 unidades; la presencia episodio psicótico actual incrementa la discapacidad en 2.1 unidades; y, la presencia episodio hipomaniaco / maniaco incrementa la discapacidad en 4.7 unidades.

Con relación a las variables psicosociales, la necesidad de contar con un cuidador, incrementa la carga de discapacidad en 10 unidades.

Este modelo obtuvo un coeficiente de determinación de 0.3922 ($F(21, 208) = 10.97, p < 0.001, R^2\Delta=0.33.08$), lo que significa que explica el 39.22% de la discapacidad de las personas con TMG de la muestra de Chile (tabla 6.16), y presentó una exactitud de 51.7% (tabla 6.17).

Tabla 6.16. Modelo de análisis multivariado para Chile

Variables ^a	B	Error estándar	Valor <i>t</i>	<i>p</i>
Intercepto	20.8956	7.1675	2.915	0.00394
Edad	0.1472	0.1281	1.150	0.25158
Sexo				
Hombre	-0.6435	2.4016	-0.268	0.7890
Escolaridad	-0.6125	0.3313	-1.849	0.0659
Estado civil				
Casado - Pareja	-0.7569	2.8031	-0.270	0.7874
Separado - divorciado	-1.1341	3.4604	-0.328	0.7434
Viudo	-12.5028	9.6168	-1.300	0.195
Situación laboral				
Estudiante	-8.0176	4.2791	-1.849	0.062
Actividades domésticas	-1.0002	4.2398	-0.236	0.813
Pensionado	7.2531	7.0115	1.034	0.302
Desempleado	2.3384	3.0412	-0.769	0.442
Licencia médica	1.1453	2.9002	0.395	0.693
Evolución del diagnóstico (años)	-0.2140	0.1364	-1.568	0.118
Síntomas actuales (MINI)				
Episodio depresivo	26.1998	3.7938	6.906	<0.001
Episodio psicótico	2.1645	3.4987	0.619	0.536
Episodio hipomaniaco / maniaco	4.6912	3.0840	1.521	0.129
Programas de apoyo				
Recreación	5.8040	4.1588	1.396	0.164
Subsidio	0.3041	2.5271	0.120	0.904
Pensión	0.8411	2.4474	0.344	0.731
Otro	1.4739	3.2899	0.448	0.654
Práctica religiosa				
Si	-2.2414	2.1797	-1.028	0.30
Presencia de cuidador				
Si	10.0062	2.4303	6.906	<0.001

Error estándar residual: 15.19 en 208 grados de libertad

R-cuadrado múltiple: 0.3922, R-cuadrado ajustado: 0.3308

Estadístico F: 6.392 en 21 y 208 grados de libertad, valor *p*: < 0.001

^a= listado de comparadores: mujer, soltero, empleado/asalariado, síntomas en remisión.

Fuente: elaboración propia a partir de los datos del estudio (2017 – 2018)

Tabla 6.17. Matriz de confusión y probabilidad de clasificación del modelo lineal para población de Chile

Categorías observadas	Categorías predichas a partir de los parámetros de CIF							
	Ninguna		Leve		Moderada		Severa	
	n	% prob pred	N	% prob pred	n	% prob pred	n	% prob pred
Ninguna	0 ^a	0	23	100	0	0	0	0.0
Leve	0	0	89 ^a	82.41	19	17.6	0	0
Moderada	0	0	49	62.03	24 ^a	30.38	6	7.6
Severa	0	0	4	20	10	50.0	6 ^a	30.0

% prob pred: porcentaje de probabilidad de predicción del modelo

^a Valores de referencia para determinar la exactitud del modelo (p=51.7%)

Fuente: elaboración propia a partir de los datos del estudio (2017 – 2018)

Modelo explicativo de discapacidad en la muestra de Colombia

En la muestra de Colombia las variables explicativas que conforman el perfil de discapacidad corresponden a dos variables sociodemográficas, una variable clínica, y dos variables psicosociales.

Respecto de las variables sociodemográficas, en el caso del estado civil, en comparación con las personas solteras, estar casado o convivir en pareja incrementa la carga de discapacidad en 6.6 unidades; la situación laboral actual predice el grado de discapacidad, en el caso de ser pensionado la carga de discapacidad se incrementa en 9.9 unidades, estar desempleado incrementa la carga de discapacidad en 5.8 unidades, finalmente, estar bajo licencia médica incrementa la carga de discapacidad en 15 unidades.

Con relación a las variables clínicas, la presencia de un episodio depresivo actual incrementa la carga de discapacidad en 24.9 unidades, la presencia de un episodio psicótico actual incrementa la carga de discapacidad en 10.4 unidades, y la presencia de un episodio hipomaníaco / maniaco incrementa la carga de discapacidad en 19.6 unidades.

Con relación a las variables psicosociales, la práctica religiosa reduce la carga de discapacidad en 4.9 unidades. Por el contrario, la necesidad de contar con un cuidador, incrementa la carga de discapacidad en 10.5 unidades.

Este modelo obtuvo un coeficiente de determinación de 0.388 ($F(26, 243) = 9.1777, p < 0.001, R^2\Delta=0.3359$), lo que significa que explica el 38.8% de la discapacidad de las personas con TMG de la muestra de Colombia (tabla 6.18). La exactitud del modelo fue del 53.6% (tabla 6.19).

Tabla 6.18. Modelo de análisis multivariado para Colombia

Variables ^a	β	Error estándar	Valor <i>t</i>	<i>p</i>
Intercepto	27.983	7.131	3.924	0.000113
Edad	-0.206	0.1193	-1.734	0.084
Sexo				
Hombre	-1.645	2.512	-0.655	0.513
Escolaridad	-0.277	0.282	-0.982	0.327
Estado civil				
Casado - Pareja	6.617	2.824	2.342	0.0199
Separado - divorciado	3.644	3.854	0.945	0.3453
Viudo	-6.680	6.823	-0.979	0.3285
Situación laboral				
Estudiante	-3.563	5.063	-0.704	0.4823
Actividades domésticas	-2.521	4.009	-0.629	0.5300
Pensionado	9.959	4.036	2.467	0.0143
Desempleado	5.852	2.768	2.114	0.0355
Licencia médica	15.071	7.309	2.062	0.0402
Evolución del diagnóstico (años)	-0.347	0.1364	-2.053	0.0411
Síntomas actuales (MINI)				
Episodio depresivo	24.928	3.074	8.108	<0.001
Episodio psicótico	10.380	3.627	2.861	0.0045
Episodio hipomaniaco / maniaco	19.587	3.836	5.105	<0.001
Programas de apoyo				
Recreación	2.589	2.360	1.097	0.273
Subsidio	-0.567	2.236	-0.254	0.799
Pensión	0.692	3.800	0.182	0.855
Otro	6.01	2.204	0.478	0.632
Práctica religiosa				
Si	-4.964	2.1797	-2.252	0.025
Presencia de cuidador				
Si	10.483	2.817	3.720	0.00024

Error estándar residual: 17.02 en 243 grados de libertad

R-cuadrado múltiple: 0.388, R-cuadrado ajustado: 0.3359

Estadístico F: 7.36 en 21 y 243 grados de libertad, valor *p*: < 0.001

^a= listado de comparadores: mujer, soltero, empleado/asalariado, síntomas en remisión.

Fuente: elaboración propia a partir de los datos del estudio (2017 – 2018)

Tabla 6.19. Matriz de confusión y probabilidad de clasificación del modelo lineal para población de Colombia

Categorías observadas	Categorías predichas a partir de los parámetros de CIF							
	Ninguna		Leve		Moderada		Severa	
	N	% prob pred	n	% prob pred	N	% prob pred	n	% prob pred
Ninguna	0 ^a	0	9	60.0	6	40.0	0	0.0
Leve	6	8.1	24 ^a	32.4	43	58.1	1	1.4
Moderada	0	0	8	6.9	95 ^a	81.9	13	11.2
Severa	0	0	1	1.7	36	60.0	23 ^a	38.3

% prob pred: porcentaje de probabilidad de predicción del modelo

^a Valores de referencia para determinar la exactitud del modelo (p=53.6%)

Fuente: elaboración propia a partir de los datos del estudio (2017 – 2018)

Modelo explicativo de discapacidad en la muestra de Ecuador

En la muestra de Ecuador las variables explicativas que conforman el perfil de discapacidad corresponden a tres variables sociodemográficas, una variable clínica, y una variable psicosocial.

Respecto de las variables sociodemográficas, por cada año de incremento en la edad, se presenta una reducción de 0.234 unidades en la carga de discapacidad; en el caso de la escolaridad, por cada año cursado y aprobado se reduce la carga de discapacidad en 0.55 unidades; respecto de la situación laboral actual, en comparación con las personas empleadas, ser pensionado incrementa la carga de discapacidad en 39 unidades.

Con relación a las variables clínicas, la presencia de un episodio depresivo actual, incrementan la carga de discapacidad en 21.7 unidades. Finalmente, en relación con las variables psicosociales, la necesidad de contar con un cuidador, incrementa la carga de discapacidad en 9.6 unidades. Este modelo obtuvo un coeficiente de determinación de 0.3746 ($F(21, 267) = 7.616, p < 0.001, R^2\Delta=0.3254$), lo que significa que explica el 37.46% de la discapacidad de las personas con TMG de la muestra de Ecuador (tabla 6.20). La exactitud del modelo fue de 50.5% (tabla 6.21).

Tabla 6.20. Modelo de análisis multivariado para Ecuador

VARIABLES ^a	β	Error estándar	Valor <i>t</i>	<i>p</i>
Intercepto	44.128	7.636	5.779	<0.001
Edad	-0.234	0.099	-2.350	0.0195
Sexo				
Hombre	3.104	2.430	1.277	0.202
Escolaridad	-0.552	0.264	-2.085	0.038
Estado civil				
Casado - Pareja	-4.572	2.701	-1.692	0.091
Separado - divorciado	1.544	3.674	0.420	0.674
Viudo	10.370	7.908	1.311	0.190
Situación laboral				
Estudiante	-0.285	4.317	-0.066	0.947
Actividades domésticas	-0.335	2.733	-0.123	0.902
Pensionado	39.440	18.963	2.080	0.034
Desempleado	-2.985	2.740	-1.089	0.276
Licencia médica	-13.231	9.719	-1.361	0.174

Evolución del diagnóstico (años)		0.40	0.153	2.639	0.008
Síntomas actuales (MINI)					
	Episodio depresivo	21.654	2.603	8.317	<0.001
	Episodio psicótico	4.347	2.868	1.516	0.130
	Episodio hipomaniaco / maniaco	2.052	3.726	0.551	0.582
Programas de apoyo					
	Recreación	-3.418	8.368	-0.409	0.683
	Subsidio	12.124	8.557	1.417	0.157
	Pensión	5.355	3.164	1.692	0.091
	Otro	-12.661	5.289	-2.394	0.017
Práctica religiosa					
	Si	-3.673	2.119	-1.733	0.084
Presencia de cuidador					
	Si	9.574	2.572	3.722	0.0002

Error estándar residual: 16.16 en 267 grados de libertad
R-cuadrado múltiple: 0.3746, R-cuadrado ajustado: 0.3254
Estadístico F: 7.616 en 21 y 267 grados de libertad, valor p : < 0.001
^a= listado de comparadores: mujer, soltero, empleado/asalariado, síntomas en remisión.
Fuente: elaboración propia a partir de los datos del estudio (2017 – 2018)

Tabla 6.21. Matriz de confusión y probabilidad de clasificación del modelo lineal para población de Colombia

Categorías observadas	Categorías predichas a partir de los parámetros de CIF							
	Ninguna		Leve		Moderada		Severa	
	N	% prob pred	n	% prob pred	N	% prob pred	n	% prob pred
Ninguna	4 ^a	13.8	14	48.3	11	37.9	0	0.0
Leve	9	8.1	49 ^a	44.1	53	47.8	0	0.0
Moderada	2	1.8	25	22.5	83 ^a	74.8	1	0.9
Severa	0	0	1	2.6	27	71.0	10 ^a	26.32

% prob pred: porcentaje de probabilidad de predicción del modelo

^a Valores de referencia para para determinar la exactitud del modelo ($p=50.5\%$)

Fuente: elaboración propia a partir de los datos del estudio (2017 – 2018)

6.2 Estructura Factorial y Confiabilidad del instrumento

6.2.1. Análisis Factorial Confirmatorio de WHODAS 2.0

A partir de los antecedentes de validación del instrumento en otros países, en el que se identifican los dos factores, se llevó a cabo un análisis factorial confirmatorio (AFC) para toda la muestra ($n=803$).

Se determinó un modelo inicial que incorporó la agrupación de los factores “limitaciones en la actividad” conformado por los dominios 1, 2 y 3; y “restricciones en la participación” conformado por los factores 4, 5 y 6 del instrumento. Para determinar el ajuste de los modelos se determinaron los parámetros Comparative Fit Index (CFI), Tucker-Lewis Index (TLI) y,

Root Mean Square Error of Approximation (RMSEA). En los modelos 1, 2 y 3 se identificaron adecuados indicadores de ajuste (CFI y TLI >0.9), y bajo nivel de ajuste a partir del RMSEA (>0.05).

En el modelo 1, los índices de modificación se identificaron en el Dominio 5A entre los ítems 5.3 y 4.4 (IM=182.74) y los ítems 5.1 y 5.2 (IM=140.70); en el Dominio 5B entre los ítems 5.7 y 5.8 (IM=112.78); y en el Dominio 1 entre los ítems 1.1 y 1.2 (IM=94.20).

En la estimación del modelo 2 se incorporaron las correlaciones entre ítems de los dominios en el modelo 1. Al determinar los índices de modificación se identificaron correlaciones en el Dominio 6 entre los ítems 6.1 y 6.2 (IM=66.163), los ítems 6.2 y 6.3 (IM=92.28), y los ítems 6.6 y 6.7 (IM=158.46); y en el Dominio 1 entre los ítems 1.1 y 1.2 (IM=94.34) y los ítems 1.5 y 1.6 (IM=79.47).

Para estimar el modelo 3 se incluyeron los índices de modificación del modelo 2, y se identificaron altas correlaciones en el Dominio 6 entre los ítems 6.2 y 6.3 (IM=97.98); el dominio 1 entre los ítems 1.1 y 1.2 (IM=94.30), y los ítems 1.5 y 1.6 (IM=79.62); en el Dominio 2 entre los ítems 2.1 y 2.5 (IM=54.11); y, entre el Factor 2 (restricciones en la participación) y el ítem 3.4 (IM=48.50).

Para estimar el modelo 4 fueron incluidos los índices de modificación del modelo 3, se encontraron altas correlaciones en el Dominio 1 entre los ítems 1.5 y 1.6 (IM=60.44); en el Dominio 2 entre los ítems 2.1 y 2.5 (IM=54.18) y los ítems 2.3 y 2.5 (IM= 41.36); el Dominio 4 entre los ítems 4.2 y 4.3 (IM=38.03); y, entre el Factor 2 (restricciones en la participación y el ítem 3.4 (IM48.49). Este modelo fue seleccionado a partir del valor del χ^2 estandarizado obtenido a partir de la razón entre el valor directo del χ^2 y los grados de libertad del modelo.

La tabla 6.22 resume los valores de bondad de ajuste obtenidos para cada uno de los modelos de la muestra total.

Tabla 6.22. Bondad de ajuste para los modelos (AFC)

Modelo	x^2	Grados de libertad	x^2 / gl	CFI	TLI	RMSEA	IC RMSEA
1	2378.819	573	4.15	0.916	0.907	0.063	0.060 – 0.065
2	2103.862	569	3.69	0.928	0.928	0.058	0.055 – 0.061
3	1889.621	566	3.33	0.938	0.931	0.054	0.051 - 0.057
4	1702.102	564	3.01	0.947	0.941	0.050	0.047 – 0,051

Fuente: elaboración propia a partir de los datos del estudio (2017 – 2018)

6.2.2. Análisis Factorial Confirmatorio Grupal

A partir de la configuración del modelo 4 para toda la muestra, se procedió a realizar el Análisis Factorial Confirmatorio Grupal (AFC-G) que permitió determinar indicadores de ajuste para cada submuestra. Este proceso presentó restricciones para la determinación del ajuste del modelo en cada país por el efecto de un valor negativo en el ítem 5.6 de la muestra de Colombia. Lo anterior, permitió determinar un modelo común para los tres países (tabla 6.23).

Tabla 6.23. Bondad de ajuste de los modelos propuestos a partir del AFC grupal

Muestra	x^2	Gl	x^2 / gl	CFI	TLI	RMSEA	IC RMSEA
Concepción	1066.49	564	1.89	0.91	0.899	0.058	0.052 – 0.064
Cali*	1474	564	2.61	0.94	0.94	0.05	0.072 -0.082
Quito	1094	564	1.94	0.91	0.904	0.056	0.051 – 0.064

* Para determinar los parámetros de ajuste del modelo, se eliminó la correlación entre los ítems 5.5 y 5.6.

El modelo multigrupo parametrizado permitió determinar una configuración parcial, se realizó el contraste con el modelo de cargas factoriales mediante la estimación de la razón de verosimilitud entre ambos, encontrando diferencias estadísticamente significativas (ver tabla 6.24).

Tabla 6.24. Comparación de verosimilitud de modelos

Modelo	Grados de libertad	AIC	BIC	x^2	Diferencia de x^2	p
Configuracional parcial	1687	66417	68381			
Cargas factoriales	1745	66445	68381	144.42	58	<0.01

Fuente: elaboración propia a partir de los datos del estudio (2017 – 2018)

El modelo común permitió determinar invarianza configuracional, lo que implica que no hay diferencias entre las muestras (CFI=0.927, TLI= 0.919, RMSEA=0.061 (IC 0.058 – 0.062)). Se compararon las cargas factoriales entre el modelo configuracional parcial y el modelo de cargas factoriales a partir de la variación en el CFI (Dif CFI=0.004), asumiendo que esta diferencia no es relevante para efectos prácticos.

Finalmente, se propuso un modelo de interceptos, asumiendo que todos los modelos presentan el mismo nivel de sesgo en todas las muestras. Al compararlo con el modelo de cargas factoriales se obtuvo una diferencia de CFI=0,015, por lo que se determina que existen diferencias en alguna de las muestras que corresponden a los dominios 4 y 6.

La eliminación de los anteriores dominios permitió determinar una puntuación global para comparar los resultados de las tres muestras. La implementación de este cambio redujo los errores de medida para las tres muestras de personas con TMG.

6.2.3. Consistencia interna

Se determinó la consistencia interna del instrumento mediante el empleo de los coeficientes alfa de Cronbach y Omega.

WHODAS 2.0 obtuvo altos coeficientes de Alfa de Cronbach (entre 0.79 y 0.96), y de Omega (entre 0.85 y 0.97) para la muestra total (tabla 6.25). Al estimar dichos coeficientes en cada una de las muestras, este comportamiento se mantiene excepto en el caso del dominio 3 en la muestra de Quito ($\alpha=0.65$).

Tabla 6.25. Consistencia interna de WHODAS 2.0 al ser empleada en población con TMG

Dominio	Muestra total (n=803)		Concepción (n=233)		Cali (n=273)		Quito (n=297)	
	Alfa	Omega	Alfa	Omega	Alfa	Omega	Alfa	Omega
1. Cognición	0.93	0.94	0.88	0.91	0.95	0.96	0.85	0.88
2. Movilidad	0.90	0.92	0.85	0.89	0.97	0.97	0.85	0.89
3. Cuidado personal	0.79	0.85	0.73	0.81	0.95	0.96	0.65 ^a	0.77 ^a
4. Relaciones	0.91	0.93	0.80	0.87	0.96	0.97	0.85	0.90
5A. Actividades domésticas	0.96	0.97	0.94	0.97	0.97	0.98	0.93	0.96
5B. Trabajo y actividades escolares*	0.94	0.97	0.93	0.96	0.97	0.98	0.91	0.95
6. Participación	0.90	0.91	0.86	0.88	0.90	0.93	0.88	0.90

^a Se comprobaron las cargas factoriales para determinar las diferencias entre ambos índices. El ítem 3.4 fue de 0.3761, esta condición explica la variabilidad entre ambos coeficientes.

Fuente: elaboración propia a partir de los datos del estudio (2017 – 2018)

6.2.4. Estabilidad temporal

Se realizó test – retest en el 30% de la muestra en cada uno de los centros participantes. La estabilidad temporal es alta en toda la muestra, sin embargo, se encontraron resultados moderados en el dominio participación. Este patrón fue similar al realizar el análisis por submuestras (tabla 6.26).

Tabla 6.26. Evaluación de la estabilidad temporal de WHODAS 2.0 en la muestra total y por centro

Dominio	Muestra total		Concepción		Cali		Quito	
	Corr	P	Corr	P	Corr	P	Corr	p
1. Cognición	0.86	<0.01	0.88	<0.01	0.92	<0.01	0.86	<0.01
2. Movilidad	0.90	<0.01	0.92	<0.01	0.91	<0.01	0.87	<0.01
3. Cuidado personal	0.86	<0.01	0.88	<0.01	0.91	<0.01	0.80	<0.01
4. Relaciones	0.92	<0.01	0.83	<0.01	0.93	<0.01	0.78	<0.01
5A. Actividades domésticas	0.92	<0.01	0.84	<0.01	0.93	<0.01	0.87	<0.01
5B. Trabajo y actividades escolares*	0.88	<0.01	0.79	<0.01	0.91	<0.01	0.78	<0.01
6. Participación	0.74	<0.01	0.79	<0.01	0.88	<0.01	0.73	<0.01

Fuente: elaboración propia a partir de los datos del estudio (2017 – 2018)

7. DISCUSIÓN

Se han presentado los resultados de un estudio multicéntrico sobre una muestra amplia de personas con trastornos mentales graves (n=803), clínicamente estables, atendidos en servicios de psiquiatría de tres países de Sudamérica (Chile, Colombia y Ecuador), durante el último año previo a la evaluación de discapacidad, cuyo objetivo fue comparar modelos explicativos de perfiles de discapacidad. Se trata del único estudio conocido en Sudamérica que incluye a usuarios de tres países y genera evidencia empírica mediante el empleo de la Clasificación Internacional del Funcionamiento, de la Discapacidad y la Salud (CIF) en el ámbito de psiquiatría y salud mental, respondiendo al propósito de esta herramienta centrado en comparar regiones y condiciones de salud (53, 70).

La tesis doctoral comprende el desarrollo de dos líneas. La primera, apunta a la determinación de un modelo explicativo de los perfiles de discapacidad que permitió agrupar en orden jerárquico el rol específico que juegan variables sociodemográficas, clínicas y psicosociales sobre la variable resultado.

Una segunda línea genera evidencia sobre las propiedades psicométricas de la Escala de Evaluación de Discapacidad de la Organización Mundial de la Salud (WHODAS 2.0), con el fin de ser utilizada en intervenciones y futuras investigaciones en el área.

Los datos fueron procesados para obtener desde una perspectiva general la ponderación de variables relevantes mediante análisis multivariado para la determinación de los modelos de perfiles de discapacidad, con capacidad de determinar variaciones en los coeficientes de regresión lineal y en los indicadores psicométricos del instrumento.

Finalmente, se estimó la frecuencia de niveles de discapacidad a partir de los parámetros de la CIF, considerando las puntuaciones directas para cada categoría. En este sentido, la presente investigación aporta en la comprensión de la discapacidad como una variable

multidimensional, cuyo abordaje involucra el mejoramiento de la autonomía, independencia y calidad de vida de las personas con TMG que asisten a los servicios sanitarios (18, 53, 71).

7.1. Perfil sociodemográfico, clínico y psicosocial de la muestra de personas con TMG

En la muestra global predominó la participación de mujeres (59.9%), más de la mitad de ellas (55.3%) presentó discapacidad moderada o severa, resultado consistente con la literatura que reporta que, dependiendo del diagnóstico, la discapacidad es más frecuente entre mujeres (29, 72). En Chile, según el Servicio Nacional de Discapacidad (SENADIS), las problemáticas asociadas a la presencia de trastornos mentales, como la depresión, son mayores en las mujeres cuando el diagnóstico se realiza a temprana edad (13, 73). En México, un estudio realizado por Hernández-Orduña et al., que incluyó a personas con trastornos afectivos y trastornos psicóticos, identificó una relación entre ser mujer y tener discapacidad en presencia de síntomas psicóticos (74). En contraste con lo anterior, en el caso de personas con diagnóstico de esquizofrenia se ha reportado una fuerte asociación entre ser hombre y la presencia de discapacidad (4, 72). Investigaciones realizadas en Perú (75) y Argentina (76), que evaluaron nivel de funcionamiento y discapacidad, reportaron que los hombres representan el 56% y 57% de los casos con mayor severidad, respectivamente. Los resultados de la presente investigación reportaron menor frecuencia de discapacidad moderada entre los hombres (37.0%). Sin embargo, se puede concluir que las diferencias en la discapacidad según el sexo aún son controversiales y podrían ser explicadas en función del diagnóstico clínico y las características del perfil de usuario de los servicios sanitarios (29, 77). Al respecto, la Organización Panamericana de la Salud (2012), analizó las diferencias en discapacidad en función del sexo y concluyó que estas pueden ser explicadas por la sobrevida de las mujeres, por lo que esta situación tiende a incrementar la prevalencia de vida de discapacidad (39).

En el contexto global, existe una preocupación por la prevalencia de TMG en población adulta joven e intermedia. De acuerdo con el estudio de carga global de enfermedad, los trastornos mentales graves presentan una concentración en población económicamente activa con edades comprendidas entre 20 y 54 años (1, 5, 42); de igual forma según los reportes de estudios de prevalencia discapacidad en la región de las Américas, el rango etario donde se concentra la mayor carga de discapacidad está comprendido entre los 30 y 64 años (13, 39) . En nuestro estudio, el promedio de edad para el total de la muestra fue 42.3 años, no existiendo diferencias entre países, Chile (42.6 años), Colombia (43.4 años) y Ecuador (41.1 años); los resultados son comparables con estudios realizados por Gómez et al., en Argentina (76), García-Robles en México (15) y Gutiérrez- Maldonado en Chile (78).

Variables como la educación y la ocupación actual, que guardan relación con la edad, fueron consideradas en el estudio; en la muestra predomina la educación media, con un promedio de 11.3 años aprobados. En el caso de Chile, el promedio de escolaridad fue mayor (12.7 años), mientras que en Colombia y Ecuador la escolaridad media alcanzó a 10.9 años y 10.6 años, respectivamente. Esta variable ha sido destacada por investigaciones en la región como un factor que promueve la interacción social y el mantenimiento de hábitos y rutinas (49). Sin embargo, de acuerdo con Neves-Silva, en países como Ecuador y Colombia la población con discapacidad alcanza principalmente estudios de básica primaria (13) y, en el caso de personas con TMG, se ha documentado que estas condiciones generan un impacto en la educación formal y reducen las oportunidades para acceder a educación superior (72), limitando a su vez la probabilidad de acceder y mantener un rol productivo remunerado (46, 79, 80).

Con respecto a la situación ocupacional, Szkultecka-Debek (2016) y Edlund (2018), encontraron que las opciones de empleo y mantenimiento de este son reducidas en personas

con TMG (4, 72). En el contexto sudamericano, el estigma manifestado a partir de barreras actitudinales limita el acceso a un trabajo digno (49, 73, 79, 80), lo que implica tener ingresos reducidos o depender económicamente de sus familias (4, 42). En el presente estudio el panorama no difiere demasiado de investigaciones previas, evidenciándose que el 39.9% era asalariado o trabajador independiente (remunerado o no remunerado), el 8.0% se encontraba con licencia laboral temporal por razones médicas y el 7.3% era estudiante; por lo que menos de la mitad de los participantes realizaba alguna actividad productiva y una cuarta parte de ellos estaban desempleados o cesantes, situación que incide sobre la calidad de vida, generando condiciones de dependencia económica e insatisfacción de necesidades básicas (80).

Los resultados muestran que el 56.4% de las personas evaluadas contaba con ingresos propios, y cerca de un tercio dependía de la ayuda de la familia, condiciones no excluyentes. Al respecto, Gutiérrez-Maldonado (2012), y De Fuentes (2016) identificaron como una de las principales problemáticas en esta población las relacionadas con la suficiencia económica y la generación de ingresos (78, 81), condición que, de acuerdo con Caqueo-Urizar et al. (2017), impacta negativamente la dinámica familiar y se fundamenta en la capacidad limitada de la persona con TMG para ajustarse a las demandas laborales (82).

Con relación al estado civil, el 46.9% de las personas evaluadas eran solteras, característica que se mantiene tanto en la muestra de Chile (57.9%), como en Ecuador (46.8%). En Colombia, el 37.7% eran solteros, con predominio de personas casadas o convivientes (46.5%). Tradicionalmente el estado civil ha sido considerado como un factor de riesgo para la ocurrencia de trastorno mental (83); sin embargo, autores como Cornelius et al. (2011) y Ruíz et al. (2012) señalan que el estado civil corresponde a un factor personal que incide en la ocurrencia de discapacidad en personas con TMG lo que, desde la perspectiva de la CIF,

obedecería al factor restricciones en la participación, puesto que tendría un rol relevante en la calidad de las relaciones de pareja (84, 85). Este supuesto implica que las personas con trastornos mentales graves que presentan algún grado de discapacidad pueden presentar cambios en sus comportamientos afectivos con la pareja tales como distanciamiento, problemas de comunicación, dificultades para mantener relaciones sexuales satisfactorias, e incluso, el cuidado de los hijos (4, 85).

Al analizar los resultados de prevalencia de discapacidad según el país de origen de los usuarios, se encontraron diferencias estadísticamente significativas entre las muestras de Colombia y Chile, siendo más alta en la primera de éstas. Probablemente estas diferencias obedecen al tipo de muestreo empleado, puesto que la muestra de Colombia se obtuvo a partir de una técnica probabilística. Sin embargo, una explicación alternativa podría fundamentarse en los antecedentes de reforma de los sistemas sanitarios, que en Chile se remontan a la década de los 90's (86), mientras que en Colombia han sido propuestos en los últimos cinco años (32, 33). De acuerdo con la Encuesta Nacional de Salud Mental de Colombia del año 2015, la población con TMG se caracteriza por presentar necesidades en educación, trabajo e inclusión social (34), condiciones que guardan relación directa con la carga de discapacidad y que requieren de estrategias de intervención mediante políticas sociales (71).

Los programas de apoyo como la pensión básica solidaria en Chile (87), el bono de desarrollo humano y los componentes de inclusión social y laboral en Ecuador (88) o el subsidio familiar y de desempleo en Colombia (89), son estrategias que están orientadas a promover la suficiencia económica para la satisfacción de necesidades básicas y reducir las barreras que restringen la participación social de las personas con discapacidad. Entre las hipótesis planteadas para el presente estudio, se asumió que en las tres muestras iba a presentarse una asociación entre la participación en programas de apoyo específicos para la población con

discapacidad vinculados a políticas sociales; sin embargo, a pesar de contar con una muestra amplia, no fue posible confirmar este supuesto.

En el perfil clínico, la presencia de síntomas depresivos, síntomas psicóticos y síntomas hipomaníacos / maníacos, aportan mayor capacidad explicativa al modelo multivariado de carga global de discapacidad. Estos hallazgos son comparables con los resultados descritos por Edlund et al., quienes -a partir del análisis multivariado ajustando por variables sociodemográficas- reportan que la presencia de síntomas depresivos, psicóticos y maníacos fueron los principales predictores para determinar la ocurrencia de discapacidad asociada a trastornos mentales (72), lo que podría asociarse al impacto del desajuste emocional y las alteraciones en la percepción de la realidad de la persona con TMG, condiciones que limitan el desempeño cotidiano en actividades de la vida diaria, actividades productivas y en la interacción social (4, 52).

Con relación a la presencia de síntomas depresivos, Hudson et al., mediante un meta-análisis, identifican el impacto de estos síntomas sobre el funcionamiento físico, desde la dimensión actividad; y sobre el funcionamiento social, incorporando la dimensión participación en sociedad (90). En el contexto latinoamericano, Salvo (2014) resalta el impacto del trastorno depresivo mayor en el funcionamiento, especialmente en presencia de síntomas residuales, disforia y comorbilidad con otros trastornos mentales o con condiciones físicas (91). En este sentido, los síntomas depresivos inciden de manera negativa sobre la capacidad de disfrute y repercuten en el mantenimiento de hábitos y rutinas, estos últimos necesarios para el desempeño de actividades con propósito en escenarios familiares y comunitarios (16, 90, 91).

La presencia de síntomas psicóticos ha sido asociada con el impacto que tiene en el funcionamiento, situación que involucra la probabilidad de tener limitaciones en el establecimiento de relaciones sociales, el desempeño de roles y, particularmente, alteraciones

en las funciones cognitivas (50, 72). Considerando lo anterior, para el presente estudio se realizó un tamizaje del funcionamiento cognitivo, el que fue empleado como criterio de exclusión, de esta manera se controló el efecto confusor de esta variable; se encontró que las personas que presentan un episodio psicótico actual tienen mayor carga de discapacidad al ser evaluadas con WHODAS 2.0, resultados que son comparables con el estudio realizado en México por Hernández-Orduña et al., en el que establecieron una relación entre la severidad del síntoma psicótico y el grado de discapacidad (74).

Entre las variables psicosociales, se determinó que la práctica religiosa incide en la reducción de la carga de discapacidad de la muestra analizada. Según Rodríguez del Real (2011), existe evidencia sobre los beneficios de la espiritualidad y la participación en grupos religiosos desde una perspectiva comunitaria (92). En el caso de las personas con depresión se ha documentado el efecto benéfico sobre síntomas como la pérdida de interés, la baja autoestima, pérdida de esperanza, e incluso, alteraciones cognitivas (92). En el caso de personas con esquizofrenia, se han reportado efectos favorables para la reconstrucción del self y la generación de sentimientos de esperanza (92).

Los resultados del presente estudio son consistentes con lo reportado por un estudio realizado en Colombia en 2013, en que se determinó la carga de discapacidad en personas con intento de suicidio, con antecedentes de trastornos mentales, incluidos el trastorno depresivo mayor, trastorno afectivo bipolar y esquizofrenia. Los autores plantearon que la práctica religiosa, en términos de participación social, era un recurso disponible que promovía procesos de interacción e intercambio social (14). Si bien no se han descrito en profundidad los mecanismos mediante los cuales la práctica religiosa influye en el mejoramiento de la sintomatología de los trastornos mentales (92), los resultados de la presente investigación pueden orientar la hipótesis de cómo la práctica religiosa y la espiritualidad generan cambios

psicológicos en personas con trastornos mentales graves a partir la generación y mantenimiento de redes de apoyo.

Tener un cuidador es un indicador de alta carga de discapacidad en personas con trastornos mentales graves. En el presente estudio se identificó mayor carga de discapacidad en las personas que manifestaron tener el apoyo de otra persona, generalmente uno de los padres o la pareja. Este resultado es consistente con Szkultecka-Dębek et al. (4), y Caqueo-Urizar et al. (82), quienes señalan que trastornos como la esquizofrenia, tienen un impacto directo sobre la calidad de vida de quien presenta el diagnóstico y de sus cuidadores.

En un estudio realizado en Colombia sobre la carga del cuidador en personas con trastornos mentales graves y su relación con la carga de discapacidad, Salazar-Torres et al., señalan que aquellos cuidadores que reportaron mayor carga eran personas que tenían un familiar con mayor grado de discapacidad (93). Esto sucede por la necesidad de realizar el acompañamiento directo ante la desestructuración de hábitos y roles socialmente esperados, situación que demanda una intervención permanente de redes de apoyo que potencien el ajuste ante las demandas de la vida cotidiana (78, 82, 93). Respecto del efecto del cuidador, esta variable debe ser analizada considerando que existe una relación en doble vía con la ocurrencia de discapacidad por altos niveles de dependencia o por fenómenos de sobreprotección (93)

7.2. Aporte de variables sociodemográficas, clínicas y psicosociales a un modelo multidimensional de discapacidad en personas con TMG

De acuerdo con los criterios de la CIF, la discapacidad no corresponde a un fenómeno lineal que guarda una relación directa con el diagnóstico médico, en este caso los trastornos mentales graves. A partir del análisis de importancia realizado en el presente estudio, se identificaron

diferentes ponderaciones de cada una de las variables independientes, y se encontró que la presencia de síntomas actuales es la variable que presenta los mayores promedios de capacidad explicativa en el modelo multivariado. Al respecto, Suárez-Escudero (2014) sostiene que cinco de cada diez causas de discapacidad corresponden a trastornos mentales como la depresión y la esquizofrenia, y sugiere que, aunque existe un peso específico de las deficiencias, es necesario continuar generando evidencia relacionada con la complejidad en la interacción de la persona, desde una perspectiva de las estructuras corporales y su fisiología, y el contexto físico y social (94).

La hipótesis central del presente estudio consideró la existencia de diferencias entre las variables que explican el perfil de discapacidad de los tres países, siendo estas fundamentadas en la presencia de variables como el origen de la muestra (variable sociodemográfica), y ser beneficiario de programas de apoyo incorporados en las políticas sociales (variables psicosociales). Este planteamiento se encuentra fundamentado en la definición de la variable discapacidad que, desde una perspectiva relacional, incorpora la interacción de una persona con una condición de salud y el entorno físico y social que le rodea (17, 23, 53).

Los resultados obtenidos, permiten concluir que la hipótesis planteada se cumple parcialmente, puesto que el modelo para la muestra global incluyó variables sociodemográficas, como el país de origen y la escolaridad, variables clínicas asociadas al diagnóstico (síntomas actuales), y variables psicosociales, como la práctica religiosa y la presencia de un cuidador; y excluye variables como el tipo de tratamiento farmacológico empleado y la participación en programas de apoyo, las que se asocian al tipo de políticas sociales locales y, desde la perspectiva de la CIF, corresponden a factores contextuales (52, 84, 95).

En el caso de las muestras de cada uno de los países, después de retirar el efecto de colinealidad de la variable país, los modelos de análisis multivariado presentan variaciones en términos de cantidad de variables regresoras y de capacidad explicativa.

El modelo multivariado para la muestra de Chile incorporó la presencia de síntomas de los tres trastornos considerados en el estudio, siendo la presencia de síntomas depresivos la variable con mayor capacidad explicativa. En este sentido el modelo obtenido plantea la siguiente ecuación:

$$\text{Discapacidad} = \text{Síntomas depresivos} + \text{síntomas hipomaníacos / maníacos} + \text{síntomas psicóticos} + \text{presencia de un cuidador} + \text{error}$$

El modelo multivariado para la muestra de Colombia también incorporó la presencia de síntomas de los tres trastornos, pero incluye no solo la presencia de síntomas depresivos sino también los hipomaníacos / maníacos como las variables con mayor capacidad explicativa y, en segundo lugar, la presencia de un cuidador. El modelo obtenido plantea la siguiente ecuación:

$$\text{Discapacidad} = \text{Síntomas depresivos} + \text{síntomas hipomaníacos / maníacos} + \text{licencia médica} + \text{presencia de cuidador} + \text{síntomas psicóticos} + \text{ser pensionado} + \text{estar casado / conviviente} + \text{práctica religiosa} + \text{error}$$

En la muestra de Ecuador, el modelo incorporó ser pensionado y la presencia de síntomas de depresivos como las variables con mayor capacidad explicativa, y en segundo lugar la presencia de un cuidador. El modelo obtenido plantea la siguiente ecuación:

Discapacidad = Ser pensionado + síntomas depresivos + presencia de cuidador + ser beneficiario de algún tipo de subsidio + edad + escolaridad + error

Las variaciones entre los modelos de cada país pueden estar fundamentadas en las diferencias en las políticas públicas implementadas, en las que los cambios incorporados en Chile se caracterizan por haber incluido programas comunitarios como respuesta a las necesidades de atención en salud mental desde hace más de dos décadas (6, 29). Esta situación es reciente en países como Colombia y Ecuador, que actualmente se encuentran generando guías de atención y cambios en sus políticas públicas que permitan implementar estrategias comunitarias para las personas con trastornos mentales.

En conclusión, con relación a las personas con trastornos mentales graves en contacto con los servicios sanitarios, se corroboró que en las tres muestras existe un alto porcentaje de discapacidad, aun cuando los síntomas han remitido. Lo anterior es comparable con los resultados de los estudios de carga global de enfermedad (GBD), donde se ha estimado que los trastornos mentales como la depresión mayor, el trastorno afectivo bipolar y la esquizofrenia se caracterizan por un alto aporte en términos de discapacidad (5, 72), lo que implica que esta variable resultado involucra un efecto residual aunque se cuente con intervenciones interdisciplinarias.

7.3. Utilidad de la evaluación de discapacidad a partir de los resultados de WHODAS 2.0

La implementación de mecanismos de evaluación de discapacidad, empleando herramientas de la CIF (OMS, 2001), ha venido incrementando su frecuencia en los últimos años, partiendo de la recomendación propuesta en el DSM V (23, 53). WHODAS 2.0, un instrumento desarrollado por la OMS en 2010, permite determinar el compromiso en seis dominios del

funcionamiento humano, desde la perspectiva individual, mediante el factor limitaciones en la actividad; y, desde una perspectiva social, mediante el factor restricciones en la participación (96).

Los resultados del instrumento corresponden a una escala de medida comprendida entre 0 y 100, en la que valores mayores corresponden a la mayor carga de discapacidad y valores menores a cinco, corresponden al funcionamiento esperado de acuerdo a la edad y rol social esperado, independiente del diagnóstico (96).

La frecuencia de discapacidad en la muestra total fue de 91.3%, siendo mayor en la muestra de Colombia (94.5%), seguida por la de Chile (90,1%). Estos resultados contrastan con los reportados en un estudio realizado en Argentina con una muestra de 100 usuarios, que reportó que el 45% presentaba discapacidad (76). En México, Robles-García et al (2010), evaluaron la presencia de discapacidad mediante la Escala Global del Funcionamiento, y establecieron que el 26.3% de una muestra de 205 personas con TMG, presentaron algún grado de discapacidad (15).

Otro estudio en Colombia (2013), que incluyó personas con trastorno mental que realizaron un intento de suicidio, reportó una prevalencia de discapacidad de 95%. (14) Igualmente, en Colombia, el estudio realizado por Salazar-Torres (2019), incorporó una muestra de 70 personas con TMG y sus cuidadores, consultantes de servicios en un hospital de tercer nivel, identificó la presencia de discapacidad evaluada con WHODAS 2.0 en un 85.8% de los participantes (93).

En Puerto Rico, un estudio realizado por Martínez-Taboas, et al (2017), reportó que en una muestra de 186 personas el promedio en la puntuación global de discapacidad fue 92, predominado las categorías de discapacidad leve y moderada (97). Si bien con la implementación de la CIF como herramienta para la comprensión de la discapacidad se ha

tratado de eliminar la relación lineal entre el diagnóstico y la discapacidad, la presencia de variables clínicas en población con TMG continúan aportando un alto porcentaje de capacidad explicativa en la construcción de modelos multivariados (53); sin embargo, aún se requiere mayor investigación para generar evidencia relacionada con la interacción de una persona con una condición de salud y los factores personales y ambientales que determinan el nivel de funcionamiento (98).

En los últimos años se ha identificado la existencia de una brecha en el conocimiento relacionada con la evaluación de discapacidad empleando instrumentos derivados de la CIF. De acuerdo con Álvarez (2012) y Ávila (2012), esta clasificación permite realizar una aproximación a la carga de discapacidad desde una perspectiva multidimensional, estableciendo criterios unificados que permitan establecer parámetros de comparación en Psiquiatría y Salud Mental (10, 95).



7.4. Confirmación de la estructura factorial de WHODAS 2.0

A partir del estudio original de validación de WHODAS 2.0, se determinó la presencia de dos factores, cada uno conformado por tres dominios, que generan una variable latente general de discapacidad (96). Teniendo en cuenta estos antecedentes, se acudió a un Análisis Factorial Confirmatorio que permitió determinar la bondad de ajuste del instrumento. Cuatro modelos fueron probados para obtener los criterios de bondad de ajuste, se encontraron altos Índices de Modificación (IM), que fueron considerados para la eliminación de altas correlaciones entre ítems de los dominios.

En el presente estudio, el cuarto modelo identificó correlaciones en el dominio 1 entre los ítems 1.5 y 1.6 (IM=60.44); en el dominio 2 entre los ítems 2.1 y 2.5 (IM=54.18) y los ítems 2.3 y 2.5 (IM= 41.36); el dominio 4 entre los ítems 4.2 y 4.3 (IM=38.03); y, entre el Factor 2

(restricciones en la participación) y el ítem 3.4 (IM=48.49). Al ser corregidos, el modelo seleccionado mejoró la bondad de ajuste (CFI=0.947; TLI=0.941; RMSA=0.050).

Estos resultados contrastan con el estudio original de validación de WHODAS 2.0, puesto que, en la metodología empleada por los autores, no se contemplaron los indicadores de ajuste (96). Sin embargo, un estudio realizado por Habtamu et al (2017), identificó condiciones similares en la bondad de ajuste obtenida mediante Análisis Factorial Confirmatorio (99).

A partir del modelo seleccionado, se adelantó un Análisis Factorial Confirmatorio Grupal con el que se identificó una configuración parcial, correspondiente a un modelo común (CFI=0.927, TLI= 0.919, RMSA=0.061). Lo anterior implica que existe invarianza configuracional del modelo, que al ser comparado con un modelo de interceptos permitió determinar diferencias entre las tres muestras (Δ CFI=0,015), correspondientes a los dominios 4 y 6 en la muestra de Colombia. Por esta razón, para garantizar la comparabilidad entre la carga de discapacidad entre los tres centros, se requiere realizar el ajuste excluyendo ambos dominios. Al respecto, Habtamu et al (2017) consideran pertinente tener en cuenta las cargas factoriales, sin realizar modificaciones al instrumento con el propósito de obtener resultados comparables en población con Trastornos Mentales Graves (99).

7.5. Propiedades psicométricas del instrumento en población con trastornos mentales graves de Chile, Colombia y Ecuador

Para determinar consistencia interna del instrumento se acudió a la estimación de los coeficientes alfa de Cronbach y del Omega para cada dominio y para la escala total. En los resultados obtenidos la consistencia interna para toda la muestra fue muy buena en todos los dominios (α entre 0.90 y 0.96; ω entre 0.91 y 0.97), excepto en el dominio 3 “cuidado personal” (α = 0.79; ω =0.85). En todas las muestras se realizó el análisis desagregado en el

dominio relacionado con trabajo y estudio, en población que manifestó estar adelantando estas actividades al momento de la evaluación.

Este patrón fue similar en Chile, que presentó valores de referencia para α entre 0.73 y 0.94 en la mayoría de dominios, y en el dominio 3 $\alpha= 0.79$; $\omega=0.85$. En Ecuador, el dominio 3 presentó coeficientes $\alpha= 0.65$, y $\omega=0.77$. En los demás dominios los coeficientes fueron α entre 0.85 y 0.93; ω entre 0.88 y 0.96. En Colombia, los resultados de la consistencia interna fueron altos (α entre 0.90 y 0.95; ω entre 0.93 y 0.98). El único antecedente de un estudio multicéntrico de validación de instrumento, corresponde al estudio original de desarrollo del instrumento, que involucró la participación de 16 países, y fue realizado en población general, en población con problemas físicos, problemas mentales, con problemas de consumo de sustancias psicoactivas, y con problemas de consumo de alcohol. En dicho estudio, se reportaron coeficientes de confiabilidad “aceptables” y “muy buenos” en todas las muestras (96).

En América Latina, se identificaron algunos estudios que evalúan las propiedades psicométricas en población con Trastornos Mentales Graves. En Argentina, el estudio de Gómez et al., reportó valores de α entre 0.70 y 0.85 (76). En Puerto Rico, el estudio de Martínez-Taboas et al., reportó coeficientes altos de α entre 0.82 y 0.96 (97). En el Salvador, el estudio realizado por Paniagua (2017) reportó valores α entre 0.71 y 0.93, excepto en el dominio 4 “relaciones sociales” con un coeficiente α de 0.49 (100). En general, los resultados del presente estudio son comparables con el estudio original (96) y otras experiencias de validación en población con TMG adelantados en la región (76, 97, 100).

Con relación a la estabilidad temporal del instrumento, al ser empleado con una diferencia de dos semanas, los resultados indican que en las tres muestras obtienen altos índices, similares a los reportados en validación original (96, 101).

Los tres países de donde provienen las muestras presentan diferentes niveles de implementación de reforma en sus políticas de salud mental y han implementado mecanismos de evaluación de discapacidad para responder a políticas sociales y de salud mental (30, 33, 86). Sin embargo, no hay antecedentes de la validación o del empleo de WHODAS 2.0 en población con TMG. Por ello, la hipótesis planteada es que la Escala de Evaluación de Discapacidad de la Organización Mundial de la Salud (WHODAS 2.0), cuenta con propiedades psicométricas moderadas que permiten realizar un diagnóstico del grado de discapacidad al ser empleada en una muestra de personas con diagnósticos de trastornos mentales graves. Los resultados obtenidos permiten corroborar este planteamiento, sin embargo, se requiere obtener mayor evidencia para aportar a la generación de conocimiento en el uso de la CIF y sus instrumentos en psiquiatría y salud mental.



7.6. Limitaciones del estudio

El presente estudio incorpora un método analítico, de carácter observacional. Este tipo de estudios presentan limitaciones con relación al establecimiento de relaciones causales, por lo que sus resultados deben ser interpretados de acuerdo a su alcance metodológico.

La muestra en los tres países corresponde a población consultante, es pertinente tener en cuenta este antecedente puesto los resultados no son comparables con la población con trastornos mentales graves de la comunidad en general. Adicionalmente, las diferencias encontradas en la muestra de Colombia pueden fundamentarse en el muestreo probabilístico empleado, condición que no se cumplió en Chile y Ecuador por restricciones de índole ética y administrativa.

Al tratarse de una herramienta basada en la experiencia subjetiva de las personas con TMG, es probable que existe el efecto de un sesgo de información respecto del actual perfil de

funcionamiento. La observación podría ser una alternativa para mejorar la capacidad predictiva del modelo explicativo de perfiles de discapacidad.

Finalmente, aunque WHODAS 2.0 indaga por el efecto de barreras físicas y actitudinales, se requieren estudios complementarios para realizar una aproximación a los factores contextuales y personales que impactan el funcionamiento de estas personas con trastornos mentales graves.

7.7. Proyecciones de estudios futuros

Se propuso un estudio multicéntrico que permitiera realizar comparaciones entre países de la región y entre condiciones de salud, respondiendo a uno de los objetivos de la CIF (9, 51). Además, teniendo en cuenta que existe escasez de evidencia científica en la que se ofrezcan hallazgos sobre discapacidad en el campo de la psiquiatría y salud mental (10), la presente investigación es uno de los pocos estudios que compara mediante un mismo método, los resultados en tres muestras de personas con TMG en contextos de atención sanitaria en tres países de Sudamérica. Lo anterior se convierte en un antecedente para el desarrollo de investigación usando CIF y WHODAS 2.0, además de ofrecer pautas de orientación para la implementación de actividades de rehabilitación psicosocial en escenarios clínicos, comunitarios, e incluso, de evaluación de sistemas y políticas.

A partir de los resultados del presente estudio es posible derivar nuevas investigaciones en salud mental y psiquiatría. Una alternativa corresponde a realizar comparaciones entre los resultados del instrumento por autoreporte y los resultados reportados por un cuidador. En este sentido se garantiza determinar las equivalencias y se reduce la probabilidad del efecto de sesgos de información.

Igualmente, al contar con antecedentes de propiedades psicométricas, WHODAS 2.0 puede ser empleado en estudios experimentales para determinar el impacto de intervenciones psicosociales sobre el funcionamiento y discapacidad de personas con trastornos mentales graves en la región.

Finalmente, a partir de la experiencia de validación del instrumento, es pertinente replicar el método en población adulta con trastornos mentales comunes y, en población infantil, la versión de WHODAS 2.0 para niños y adolescentes.

7.8. Conclusiones del estudio

En síntesis, las principales conclusiones del estudio son:

1. En el presente estudio se evidencia que la discapacidad prevalece aun en el grupo de personas que han remitido los síntomas, correspondiente al parámetro de comparación en el análisis multivariado. Lo anterior puede conllevar a generar la hipótesis de un componente residual que podría ser explicado por la presencia de factores ambientales, como el estigma, que actúan como barreras, que conllevan que la persona sea excluida de entornos comunitarios y laborales.
2. Se confirma que la discapacidad es una dimensión relevante en los trastornos mentales graves. Se trata de una variable resultado que incluye la interacción entre factores personales, como la presencia de síntomas, y factores ambientales como la presencia de un cuidador.
3. Desde la implementación de la CIF en 2001, por consenso internacional se ha concluido que la discapacidad no obedece a un fenómeno lineal que depende del diagnóstico médico. Sin embargo, la presencia de síntomas actuales del trastorno mental continúa siendo una variable con alta capacidad explicativa.

4. A partir de los reportes de la literatura, se ha descrito ampliamente la relación entre la presencia de un cuidador y el nivel de discapacidad experimentado por las personas con TMG. Esta situación se convierte en un antecedente para justificar intervenciones dirigidas a la red de apoyo informal, con el fin de reducir la carga emocional y económica del núcleo familiar.
5. Si bien no se confirmó la existencia de relación entre ser beneficiario de algún tipo de programa de apoyo dirigido a las personas con TMG, los antecedentes de implementación de reformas en el sistema sanitario de Chile, que incluye estrategias comunitarias de atención en salud, podría explicar las diferencias con los perfiles obtenidos en Colombia y Ecuador. Esta situación puede ser investigada mediante estudios que incluyan un grupo control de personas que no tengan este tipo de asistencia social.
6. La relación entre el sexo y la carga de discapacidad no está suficientemente descrita a partir de los resultados de la investigación. Si bien en el perfil sociodemográfico, las mujeres podrían presentar una mayor carga de discapacidad, es necesario realizar análisis posteriores que incluyan a población no consultante, discriminando por diferentes trastornos mentales.
7. En población consultante con adherencia al tratamiento, la edad y el tiempo de evolución diagnóstica podrían tener capacidad predictiva del grado de discapacidad global.
8. La Escala de Evaluación de Discapacidad de la Organización Mundial de la Salud es un instrumento con buenas propiedades psicométricas que permite determinar el nivel de discapacidad por cada una de las dimensiones de la vida cotidiana de las personas con TMG.

8. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Whiteford H, Degenhardt L, Rehm J, Baxter A, Ferrari A, Erskine H, et al. Global burden of disease attributable to mental and substance use disorders: findings from the Global Burden of Disease Study 2010. *The Lancet*. 2013;382(9904):1575-86.
2. Anesetti-Rothermel A, Sambamoorthi U. Physical and mental illness burden: disability days among working adults. *Popul Health Manag*. 2011;14(5):223 - 30
3. Gómez-Dantés H, Castro M, Franco-Marina F, Bedregal P, Rodriguez-García J, Espinoza A, et al. La carga de la enfermedad en países de América Latina. *Salud Publica Mex*. 2011;53(supl 2):S72 - S7.
4. Szkultecka-Dębek M, Miernik K, Stelmachowski J, Jakovljević M, Jukić V, Adamsoo K, et al. Schizophrenia causes significant burden to patients' and caregivers' lives. *Psychiatr Danub* 2016;28(2):104 - 10.
5. Vos T, Alemu A, Abbafati C, Abbas K, Hassen-Abate K, Abd-Allah F, et al. Global, regional, and national incidence, prevalence, and years lived with disability for 328 diseases and injuries for 195 countries, 1990–2016: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2016. *Lancet* 2017;390:1211–59.
6. Minoletti A, Rojas G, Horvitz-Lennon M. Salud mental en atención primaria en Chile: aprendizajes para Latinoamérica. *Cad Saúde Colet*. 2012;20(4):440-7.
7. Henao S, Quintero S, Echeverri J, Hernández J, Rivera E, López S. Políticas públicas vigentes de salud mental en Suramérica: un estado del arte. *Rev Fac Nac Salud Pública*. 2016;34(2):184-92.
8. Casas E, Escadell M, Ribas M, Ochoa S. Instrumentos de evaluación en rehabilitación psicosocial. *Rev Asoc Esp Neuropsiq*. 2010;30, 105(2):25-47.
9. Organización Mundial de la Salud. Clasificación Internacional del Funcionamiento, de la Discapacidad y de la Salud (CIF). Madrid 2001.
10. Álvarez A. The Application of the International Classification of Functioning, Disability, and Health in Psychiatry. Possible Reasons for the Lack of Implementation. *Am J Phys Med Rehabil*. 2012;91(13 supl 1):S69- 73.
11. Henao C, Pérez J. Modelo predictivo del grado de discapacidad en adultos con lesión medular: resultados desde el WHO - DAS II. *Rev Cienc Salud*. 2011;9(2):159-72.

12. Pérez J, Henao C. Relación entre complicaciones clínicas y discapacidad en población colombiana con lesión medular: resultados desde el WHO-DAS II. *Aquichan*. 2013;13(2):173-85.
13. Neves-Silva P, Álvarez-Marín S. Estudio descriptivo de las características sociodemográficas de la discapacidad en América Latina. *Ciência & Saúde Coletiva*. 2014;19(12):4889-98.
14. Castro- Alzate E, Castillo-Martínez A. Factores relacionados con la carga de discapacidad en personas con intento de suicidio, atendidas en la red pública de servicios de salud de Santiago de Cali. *Rev Colomb Psiquiat*. 2013;42(1):29-50.
15. Robles-García R, Medina-Dávalos R, Páez-Agraz F, Becerra-Rodríguez B. Evaluación de la funcionalidad, discapacidad y salud para la rehabilitación psicosocial de pacientes asilados por trastornos mentales graves *Salud Mental*. 2010;33:67-75.
16. Tenorio-Martínez R, Lara-Muñoz M, Medina-Mora M. Measurement of problems in activities and participation in patients with anxiety, depression and schizophrenia using the ICF checklist. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*. 2009;44(5):377- 84.
17. Brandt E, Pope A. *Enabling America: assessing the role of rehabilitation science and engineering*. 1997. Available from: http://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK233578/pdf/Bookshelf_NBK233578.pdf.
18. Pérez M, Chhabra G. Modelos teóricos de discapacidad: un seguimiento del desarrollo histórico del concepto de discapacidad en las últimas cinco décadas. *REDIS*. 2019;7(1):7 - 27.
19. López M, Laviana M, López A, Tirado C. El sistema para la autonomía y la atención a la dependencia y las personas con trastorno mental grave. *Rehabilitación Psicosocial*. 2007;4(1):11 - 27
20. Vásquez-Barquero J, Herrera S, Gaité L. Cuestionario para la evaluación de la discapacidad de la Organización Mundial de la Salud. Versión española del World Health Organization Disability Assessment Schedule II: WHO-DAS II. Madrid. 2002.
21. Nuño L, Guilera G, Coenen M, Rojo E, Gómez-Benito J, Barrios M. Functioning in schizophrenia from the perspective of psychologists: A worldwide study. *PLoS One*. 2019;14(6):1-16.
22. Organization. WH. *Measuring Health and Disability. Manual for WHO Disability Assessment Schedule WHODAS 2.0*. Malta2010.

23. Vásquez-Barquero J. The incorporation of the disability construct as an independent axis in the DSM-V and ICD-11 diagnostic systems. *World Psychiatry*. 2009;8(2):92 - 4
24. World Health Organization. Intervention guide for mental, neurological and substance use disorders in non-specialized health settings: Mental Health Gap Action Programme (mhGAP) Geneva. 2010.
25. Klijs B, Nusselder W, Looman C, Mackenbach J. Contribution of chronic disease to the burden of disability. *PLoS One*. 2011;6(9):1 - 8
26. World Health Organization. Mental health systems in selected low- and middle-income countries: a WHO-AIMS cross-national analysis. Malta2009.
27. Organización Panamericana de la Salud, Ministerio de Salud. Evaluación del sistema de salud mental en Chile. 2014. p. 1-107.
28. Minoletti A, Sepúlveda R, Horvitz-Lennon M. Twenty years of mental health policies in Chile. *Int J Mental Health*. 2012;41(1):21-37.
29. Ministerio de Salud. Plan Nacional de Salud Mental 2017 - 2025. In: Subsecretaría de Salud Pública, editor. Santiago de Chile: Ministerio de Salud,; 2017. p. 1 - 232.
30. Organización Panamericana de la Salud, Ministerio de Salud del Ecuador. Informe sobre el sistema de salud mental en Ecuador Ecuador 2008. p. 1-31
31. Resolución 2358 de 1998 "por la cual se adopta la Política Nacional de Salud Mental, (1998).
32. Resolución 1481 de 2013 "por medio de la cual se adopta el Plan Decenal de Salud Pública 2012 - 20121", (2013).
33. Ministerio de Salud y de la Protección Social. Resolución Número 8446 de 2018. Por la cual se adopta la Política Nacional de Salud Mental. Bogotá D. C: Ministerio de Salud y Protección Social; 2018.
34. Ministerio de Salud y de la Protección Social. Encuesta Nacional de Salud Mental. Bogotá D. C. 2015.
35. López-Jaramillo L. Investigación en Salud Mental: un compromiso de todos. *Rev Colomb Psiquiat*. 2015;44(1):1-2.
36. Mental Health Commission of Canada. Changing directions, changing lives: The mental health strategy for Canada. Calgary. 2012.

37. Statistics Canada. Accessing Mental Health Care in Canada 2017. [updated May 11th, 2017. Available from: <http://www.statcan.gc.ca/pub/11-627-m/11-627-m2017019-eng.htm>.
38. Orpana H, Vachon J, Dykxhoorn J, McRae L, Jayaraman G. Monitoring positive mental health and its determinants in Canada: the development of the Positive Mental Health Surveillance Indicator Framework. *Health Promot Chronic Dis Prev Can.* 2016;36(1):1 - 10.
39. Organización Panamericana de la Salud. Aplicación de la Clasificación Internacional del Funcionamiento, de la Discapacidad y de la Salud en estudios de Prevalencia de discapacidad en las Américas 2012. Available from: <https://www.paho.org/arg/images/Gallery/Varias/informecif.pdf?ua=1>.
40. Quitian H, Ruiz R, Gómez-Restrepo C, Rondón M. Pobreza y trastornos mentales en la población colombiana, Estudio Nacional de Salud Mental 2015. *Rev Colomb Psiquiat.* 2016;45(2):1-8.
41. Tangarife-Luján J, Cardona-Arias J. Construcción y validación de escalas de medición en salud: revisión de propiedades psicométricas. *Archivos de Medicina.* 2015;11(3:1):1-10.
42. Vigo D, Thornicroft G, Atun R. Estimating the true global burden of mental illness. *Lancet.* 2016;3(2):171-8.
43. Téllez-Lapeira J, Cerecedo-Pérez M, Pascual-Pascual P, Buitrago-Ramírez R. La salud mental en el umbral del siglo XXI. Protagonismo de la atención primaria. ¿Un reto a nuestro alcance? *Aten Primaria.* 2005;35(2):61-3.
44. Ruggieri M, Leese M, Thornicroft G, Bisoffi G, Tansella M. Definition and prevalence of severe and persistent mental illness. *Br J Psychiatry.* 2000;177(2):149 - 55.
45. Mingote J, del Pino P, Galvez M, Gutiérrez M, Sánchez R. Utilidad preventiva del constructo "trastorno mental grave" en el ámbito sociosanitario. *Med Segur Trab.* 2010;56(221):306 - 22.
46. Wiersma D. Needs of people with severe mental illness. *Acta Pschiatr Scand.* 2006;113(Supl 429):115 - 9.
47. Jiménez M, González P, Martín J. La Clasificación Internacional del Funcionamiento, de la Discapacidad y de la Salud (CIF). *Rev Esp Salud Pública.* 2002;76(4):271 - 9.
48. Slade M, Powell R, Strathdee G. Current approaches to identifying the severely mentally ill. *Soc Psychiatry Psychiat Epidemiol.* 1997;32(4):177 - 84.

49. Camargo-Rojas D, Castro- Alzate E, Marchena-Garzón D, Velasco-Salcedo D, Serrano-Salazar A, Santos-Santos A, et al. Prueba piloto para la elaboración del perfil epidemiológico de discapacidad en el municipio de Madrid (Cundinamarca). *Rev Cienc Salud*. 2014;14(2):229 - 42.
50. Moro M, Frades B, Salazar J, Pena J, Asuero M. Aplicación de la Clasificación Internacional del Funcionamiento, de la Discapacidad y la Salud (CIF) de la OMS para la evaluación de las discapacidad en pacientes con trastorno mental grave. *Norte de salud mental* 2011;9(41):59-72.
51. Piexak D, Cezar-Vaz M, Bonow C. International Classification of Functioning, Disability and Health: a Content Analysis. *Rev Fund Care Online*. 2019;11(n.esp):363 - 9.
52. Guilera G, Gomez-Benito J, Pino O, Rojo E, Vieta E, Cuesta M, et al. Disability in bipolar I disorder: the 36-item World Health Organization Disability Assessment Schedule 2.0. *J Affect Disord* 2015;174:353-60.
53. Gold L. DSM-5 and the assessment of functioning: the World Health Organization Disability Assessment Schedule 2.0 (WHODAS 2.0). *J Am Acad Psychiatry Law* 2014;42(2):173-81.
54. Fekete C, Boldt C, Post M, Eriks-Hoogland I, Cieza A, Stucki G. How to Measure What Matters. Development and Application of Guiding Principles to Select Measurement Instruments in an Epidemiologic Study on Functioning. *Am J Phys Med Rehabil*. 2011; 90 (11):S28 – S30.
55. Talavera J. Investigación clínica I. Diseños de investigación. *Rev Med Inst Mex Seguro Soc*. 2011;49(1):53-8.
56. Westland J. Lower bounds on sample size in structural equation modeling. *Electron Commer Res Appl* 2010;9.:476–87.
57. Sheehan D, Lecrubier Y, Harnett-Sheehan K, Amorim P, Janavs J, Weiller E, et al. The Mini International Neuropsychiatric Interview (M.I.N.I.): The development and validation of a structured diagnostic psychiatric interview. . *J Clin Psychiatry* 1998;59(20):22-33.
58. Amorim P. Entrevista breve para diagnostico de transtornos mentais *Rev Bras Psiquiatr*. 2000;22 (3):106 - 15.

59. Galli E, Feijóo L, Roig I, Romero S. Aplicación del “MINI” como orientación diagnóstica psiquiátrica en estudiantes de medicina de la Universidad Peruana Cayetano Heredia: informe preliminar epidemiológico. *Rev Med Hered.* 2002;13:19 - 25.
60. Fritsch R, Araya R, Solís J, Montt E, Pilowsky D, Rojas G. Un ensayo clínico aleatorizado de farmacoterapia con monitorización telefónica para mejorar el tratamiento de la depresión en la atención primaria en Santiago, Chile. *Rev Méd Chile.* 2007;135:587-95.
61. Rojas G, Fritsch R, Guajardo V, Rojas F, Barrilhet S, Jadresic E. Caracterización de madres deprimidas en el posparto. *Rev Med Chile.* 2010;138:536-42.
62. Quiroga P, Albala C, Klaasen G. Validación de un test de tamizaje para el diagnóstico de demencia asociada a edad en Chile. *Rev Méd Chile* 2004;132:467 - 78.
63. González-Hernández J, Aguilar L, Oporto S, Araneda L, Vásquez M, von Bernhardt R. Normalización del “Mini-Mental State Examination” según edad y educación, para la población de Santiago de Chile *Rev Memoriza.* 2009; 3:23-34.
64. Rosselli D, Ardila A, Pradilla G, Morillo L, Batista L, Rey O. El examen mental abreviado (Mini-Mental State Examination) como prueba de selección para el diagnóstico de demencia: estudio poblacional colombiano. *Rev Neurol.* 2000;30:428- 32.
65. Monsalve-Robayo A, Korenfeld-Kaplan V, Guarín-Caro A, Buitrago-Narváez L. Rehabilitación cognitiva y funcionamiento sensorial en personas mayores con deterioro cognitivo leve. *Revista Chilena de Terapia Ocupacional.* 2013;13(1):71 - 9.
66. Trizano-Hermosilla I, Alvarado J. Best alternatives to Chronbach’s alpha reliability in realistic conditions: congeneric and asymmetrical measurements. *Front Psychol.* 2016;7:769.
67. Streiner D, Norman G, Cairney J. *Health Measurement Scales, a practical guide to their development and use.* Fifth ed. New York. 2015.
68. Schreiber B, Nora A, Stage F, Barlow E, King J. Reporting structural equation modeling and confirmatory factor analysis results: A review. *J Educ Res.* 2006;99(6):323 - 38.
69. Kurska M, Rudnicki W. Feature selection with the Boruta Package. *J Stat Softw.* 2010;11(36):1 - 13.
70. Sedano-Capdevila A, Barrigón M, Delgado-Gomez D, Barahona I, Aroca F, Peñuelas-Campo I, et al. WHODAS 2.0 as a Measure of Severity of Illness: Results of a FLDA Analysis. *Computational and Mathematical Methods in Medicine.* 2018;2018:1 - 8.

71. Hopfe M, Prodinge B, J B, Stucki G. Optimizing health system response to patient's needs: an argument for the importance of functioning information, Disability and Rehabilitation. *Disabil Rehabil.* 2017;40(19):2325-30.
72. Edlund M, Wang J, Brown K, Forman-Hoffman V, Calvin S, Hedden S, et al. Which mental disorders are associated with the greatest impairment in functioning? *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol.* 2018;53(11):1265-76.
73. Servicio Nacional de Discapacidad (SENADIS). Discapacidad y salud mental: una visión desde SENADIS. Santiago: Ministerio de Desarrollo Social; 2016.
74. Hernández-Orduña O, Robles-García R, Martínez-López N, Muñoz-Toledo C, González-Salas A, Cabello M, et al. WHODAS and the evaluation of disability among people with mental disorders with and without psychotic symptoms. *Salud Mental.* 2017;40(5):209 - 17.
75. Osorio-Martínez M. Esquizofrenia y funcionamiento: medición con la escala breve de evaluación del funcionamiento y correlación con los años de enfermedad. *An Fac med.* 2017;78(1):17 - 22.
76. Gómez P, Enders J, Alvarado R, Cometto M, Fernández A. Evaluación del funcionamiento psicosocial de los pacientes con trastorno mental. *Revista de la Facultad de Ciencias Médicas.* 2015;73(3):243 - 9.
77. Vicente B, Saldivia S, Pihán R. prevalencias y brechas hoy; salud mental mañana. *Acta Bioet.* 2016;22(1):51-61.
78. Gutiérrez-Maldonado J, Caqueo-Urizar A, Ferrer-García M, Fernández-Dávila P. Influencia de la percepción de apoyo y del funcionamiento social en la calidad de vida de pacientes con esquizofrenia y sus cuidadores. *Psicothema.* 2012;24(2):255-62.
79. Tejada-Morales P. Situación actual de los trastornos mentales en Colombia y en el mundo: prevalencia, consecuencias y necesidades de intervención. *Revista Salud Bosque.* 2016;6(2):29-40.
80. Zuñiga A, Navarro J, Lago P, Olivas F, Muray E, Crespo M. Evaluación de necesidades en pacientes psiquiátricos graves. Un estudio comunitario. *Actas Esp Psiquiatr.* 2013;41(2):115 - 21.
81. Fuentes D. La "nueva" discapacidad mental. *Revista Española de Discapacidad.* 2016;4(1):249 - 55.

82. Caqueo-Urizar A, Rus-Calafell M, Craig T, Irrazaval M, Urzúa A, Boyer I, et al. Schizophrenia: Impact on Family Dynamics. *Curr Psychiatry Rep.* 2017;19:2 - 8.
83. Mojtabai R, Stuart E, Hwang I, Eaton W, Sampson N, Kessler R. Long-Term Effects of Mental disorders on Marital Outcomes In the National Comorbidity Survey Ten-Year Follow-up. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol.* 2017;52(10):1217–26.
84. Cornelius L, van del Klink J, Groothoff J, Brouwer S. Prognostic Factors of Long Term Disability Due to Mental Disorders: A Systematic Review. *J Occup Rehabil.* 2011;21:259-74.
85. Ruíz M, Montes J, Correas-Lauffer J, Álvarez C, Mauriño J, de Dios-Perrino C. Opiniones y creencias sobre las enfermedades mentales graves (esquizofrenia y trastorno bipolar) en la sociedad española. *Rev Psiquiatr Salud Ment (Barc).* 2012;5(2):98-106.
86. Minolleti A, Sepúlveda R, Horvitz-Lennon M. Twenty years of mental health policies in Chile. *Int J Mental Health.* 2012;41(1):21-37.
87. Instituto de Previsión Social. Impacto social y económico en las personas beneficiarias de las pensiones básicas solidarias de vejez, invalidez, aporte previsional solidario de vejez e invalidez, en los territorios rurales y urbanos con enfoque de género. In: Social IdP, editor.: Ministerio del Trabajo y Previsión Social; 2014. p. 1 - 193.
88. Reglamento a la ley orgánica de discapacidades, Decreto Ejecutivo 194 (2017).
89. Cañón Ortegón L. La solidaridad como fundamento del Estado social de derecho, de la seguridad social y la protección social en Colombia. *Páginas de Seguridad Social.* 2017;1:5 - 29.
90. Hudson J, Bower P, Archer J, P C. Does collaborative care improve social functioning in adults with depression? the application of the WHO ICF framework and meta-analysis of outcomes. *J Affect Disord* 2015;189:. 2015;189:379–91.
91. Salvo L. Magnitud, impacto y estrategias de enfrentamiento de la depresión, con referencia a Chile. *Rev Med Chile.* 2014;142:1157-64.
92. Rodríguez del Real N. Impacto de la espiritualidad en salud mental. Una propuesta de estrategia de atención comunitaria en colaboración con grupos religiosos locales. *Rev GPU.* 2011;7(2):205-13.

93. Salazar-Torres L, Castro-Alzate E, Dávila-Vásquez P. Carga del cuidador en familias de personas con enfermedad mental vinculadas al programa de hospital de día de una institución de tercer nivel en Cali (Colombia). *Rev Col Psiquiatr.* 2019;48(2):88 - 95.
94. Suárez-Escudero J. Discapacidad y neurociencias: la magnitud del déficit neurológico y neuropsiquiátrico. *Acta Neurol Colomb.* 2014;30(4):290-9.
95. Ávila C, Cabello M, Cieza A, Vieta E, Ayuso-Mateos J. Functioning and disability in bipolar disorders: a systematic review of literature using the ICF as a reference. *Bipolar Disorders.* 2010;12(5):473-82.
96. World Health Organization. *Measuring Health and Disability. Manual for WHO Disability Assessment Schedule WHODAS 2.0.* Malta.2010.
97. Martínez-Taboas A, Medina-Sustache E, González-Díaz D, Prats-Aparicio A, Garrahan-Viejo A, De Jesús-García J, et al. El WHODAS 2.0 en Puerto Rico: psicometría y su relación con la Escala de Evaluación de Actividad Global con pacientes psiquiátricos. *Salud & Sociedad.* 2017;8(1):82 – 93.
98. Taloa S, Rytökoskib U. BPS-ICF model, a tool to measure biopsychosocial functioning and disability within ICF concepts: theory and practice updated. *Int J Rehabil Res* 2016;39(1):1 - 10.
99. Habtamu K, Alem A, Medhin G, Fekadu A, Dewey M, Prince M, et al. Validation of the World Health Organization Disability Assessment Schedule in people with severe mental disorders in rural Ethiopia. *Health and Quality of Life Outcomes.* 2017;15(64):2 - 11.
100. Paniagua G. Validación del cuestionario para la evaluación de la discapacidad de la Organización Mundial de la Salud en población Clínica del área metropolitana de San Salvador y Santa Ana. *CREA CIENCIA.* 2017;11(1 - 2):53 - 9.
101. Federici S, Bracalenti M, Meloni F, Luciano J. World Health Organization disability assessment schedule 2.0: An international systematic review. *Disabil Rehabil.* 2016:1-34.

9. ANEXOS

9.1. Certificado médico de capacidad de consentir (Chile)

MINISTERIO DE SALUD
SERVICIO DE SALUD
CONCEPCIÓN
HOSP. GMO. GRANT B.

CERTIFICADO MÉDICO DE CAPACIDAD DE CONSENTIR

Certifico que don (ña): _____
Se encuentra compensado y actualmente tiene capacidad para consentir su participación en el estudio "*Comparación de modelos explicativos de perfiles de discapacidad en población con trastornos mentales graves de tres países de Sudamérica*"

Nombre de médico tratante: _____
RUN: _____



9.2. Escala de evaluación de la discapacidad de la Organización Mundial de la Salud

WHODAS 2.0

Sección 1: datos sociodemográficos y de índole general				
1	Número de identificación del entrevistado			
2	Número de identificación del entrevistador			
3	Número de entrevista (1, 2, etc.)			
4	Fecha de la entrevista	Día	Mes	Año
5	Situación en el momento de la entrevista (seleccione sólo la opción más adecuada)	Independiente en la comunidad		1
		Necesita asistencia		2
		Hospitalizado		3
6	Anote el sexo observado	Mujer		1
		Hombre		2
7	¿Cuántos años tiene?			
8	¿Cuántos años en total estudió y aprobó en la escuela, colegio, instituto, universidad, etc.?	Anote el número de años		
9	¿Cuál es su estado civil actual? (<i>Seleccione la opción más adecuada</i>)	Soltero		1
		Viviendo en pareja		2
		Casado		3
		Separado		4
		Divorciado		5
		Viudo		6
10	¿Cuál de las siguientes opciones describe mejor su situación laboral? (<i>Seleccione la opción más adecuada</i>)	Asalariado(a)		1
		Trabaja por su propia cuenta, como por ejemplo en su propio negocio o empresa agrícola (finca)		2
		Trabajo no remunerado, como por ejemplo voluntario, obras de caridad, etc.		3
		Estudiante		4
		Responsable de los quehaceres de la casa		5
		Jubilado(a)		6
		Desempleado(a) (por motivos de salud)		7
		Desempleado(a) (por otros motivos)		8

		Otras (especifique)	9
11	¿Está afiliado algún servicio de salud o seguro médico?	No	1
		Si (registre el nombre)	2
12	¿De quién depende económicamente en la actualidad?	De sus propios ingresos (incluidos los de pensión o jubilación)	1
		De la familia	2
		De la ayuda de otras personas (incluida caridad)	3
		Del Estado	4
		De otras instituciones	5
Sección 1.1: datos sociodemográficos y de índole general (cuidador)			
13	¿Tiene el apoyo de un cuidador actualmente?	No (pase a la siguiente sección)	1
		Si	2
14	Anote el sexo observado del cuidador	Mujer	1
		Hombre	2
15	¿Cuántos años tiene?		
16	¿Relación con la persona con trastorno mental?	Padre – Madre	1
		Esposo – Pareja	2
		Hermano	3
		Hijo	4
		Otro familiar	5
		Amigo	6
		Persona contratada o voluntaria	7
17	¿Cuántos años en total estudió y aprobó en la escuela, colegio, instituto, universidad, etc.?	Anote el número de años	
18	¿Cuál de las siguientes opciones describe mejor su situación laboral? <i>(Seleccione la opción más adecuada)</i>	Asalariado(a)	1
		Trabaja por su propia cuenta, como por ejemplo en su propio negocio o empresa agrícola (finca)	2
		Trabajo no remunerado, como por ejemplo voluntario, obras de caridad, etc.	3
		Estudiante	4
		Responsable de los quehaceres de la casa	5
		Jubilado(a)	6
		Desempleado(a) (por motivos de salud)	7
		Desempleado(a) (por otros motivos)	8
		Otras (especifique)	9
19	¿Cuenta con un familiar que apoye la labor de cuidador?	No	1
		Si, Indique parentesco	2

Sección 1.2: variables clínicas			
20	¿Cuál es su diagnóstico clínico?	Esquizofrenia	1
		Trastorno Depresivo Mayor	2
		Trastorno Afectivo Bipolar	3
21	¿Hace cuántos años recibió este diagnóstico?		
22	¿Actualmente consume algún medicamento de uso psiquiátrico formulado por un profesional?	No	1
		Si ¿Cuál? _____	2
23	Presencia de deficiencia cognitiva o trastorno orgánico	No	1
		Si	2
24	¿Qué tipo de atención en salud mental está recibiendo actualmente?	Consulta ambulatoria de especialidad	1
		Hospital Día / Centro día	2
		Taller protegido	3
		Hogar protegido	4
		Otro ¿Cuál?	5
Sección 1.3: variables psicosociales			
25	¿Asiste periódicamente a eventos religiosos?	No	1
		Si	2
26	¿Cuenta con alguno de los siguientes programas de apoyo? Marque las opciones a las que asiste actualmente	Educación	1
		Capacitación laboral	2
		Vivienda	3
		Servicios de recreación	4
		Subsidio	5
		Pensión	6
		Otro ¿Cuál? _____	7

Dominio 1: comprensión y comunicación

<u>En los últimos 30 días, ¿Cuánta dificultad ha tenido para</u>		Ninguno	Leve	Moderado	Severo	Extremo
D1.1	<u>Concentrarse en hacer algo durante diez minutos</u>	0	1	2	3	4
D1.2	<u>Recordar las cosas importantes que tiene que hacer?</u>	0	1	2	3	4
D1.3	<u>Analizar y encontrar soluciones a los problemas de la vida diaria?</u>	0	1	2	3	4
D1.4	<u>Aprender una nueva tarea, como por ejemplo llegar a un lugar nuevo?</u>	0	1	2	3	4
D1.5	<u>Entender en general lo que dice la gente?</u>	0	1	2	3	4
D1.6	<u>Iniciar o mantener una conversación?</u>	0	1	2	3	4

Dominio 2: capacidad para moverse en su alrededor (entorno)

<u>En los últimos 30 días, ¿Cuánta dificultad ha tenido para</u>		Ninguno	Leve	Moderado	Severo	Extremo
--	--	----------------	-------------	-----------------	---------------	----------------

D2.1	<u>Estar de pie durante largos periodos de tiempo, como por ejemplo 30 minutos?</u>	0	1	2	3	4
D2.2	Ponerse de pie cuando estaba sentado (a)?	0	1	2	3	4
D2.3	Moverse dentro de su casa?	0	1	2	3	4
D2.4	Salir de su casa?	0	1	2	3	4
D2.5	Andar largas distancias como un kilómetro (o algo equivalente)?	0	1	2	3	4

Dominio 3: cuidado personal

En los últimos 30 días, ¿Cuánta dificultad ha tenido para		Ninguno	Leve	Moderado	Severo	Extremo
D3.1	<u>Lavarse todo el cuerpo (Bañarse)?</u>	0	1	2	3	4
D3.2	Vestirse?	0	1	2	3	4
D3.3	Comer?	0	1	2	3	4
D3.4	Estar solo(a) durante unos días?	0	1	2	3	4

Dominio 4: relacionarse con otras personas

En los últimos 30 días, ¿Cuánta dificultad ha tenido para		Ninguno	Leve	Moderado	Severo	Extremo
D4.1	<u>Relacionarse con personas que no conoce?</u>	0	1	2	3	4
D4.2	Mantener una amistad?	0	1	2	3	4
D4.3	Llevarse bien con personas cercanas a usted?	0	1	2	3	4
D4.4	Hacer nuevos amigos?	0	1	2	3	4
D4.5	Tener relaciones sexuales?	0	1	2	3	4

Dominio 5 (A): qué haces de la casa

En los últimos 30 días, ¿Cuánta dificultad ha tenido para		Ninguno	Leve	Moderado	Severo	Extremo
D5.1	Cumplir con sus <u>quehaceres</u> de la casa?	0	1	2	3	4
D5.2	Realizar <u>bien</u> sus quehaceres de la casa más importantes?	0	1	2	3	4
D5.3	<u>Acabar</u> todo el trabajo de la casa que tenía que hacer?	0	1	2	3	4
D5.4	Acabar sus quehaceres de la casa <u>tan rápido</u> como era necesario?	0	1	2	3	4

Si alguna de las preguntas comprendidas entre el D5.2 –D5.5 se puntúa por encima de 1(ninguna), pregunte:

En los últimos 30 días, durante cuántos días disminuyó o dejó de hacer sus quehaceres de la casa debido a su “condición de salud”?	Anote el número de días
--	--------------------------------

Si el entrevistado trabaja (remunerado, sin paga, autoempleado) o va a la escuela Complete las preguntas D5.5-D5.10. De lo contrario vaya al dominio 6.1

Dominio 5 (B): Trabajo y actividades escolares

En los últimos 30 días, ¿Cuánta dificultad ha tenido para		Ninguno	Leve	Moderado	Severo	Extremo
D5.5	<u>Llevar a cabo su trabajo diario o las actividades escolares?</u>	0	1	2	3	4
D5.6	Realizar bien las tareas más importantes de su trabajo o de la escuela?	0	1	2	3	4
D5.7	Acabar todo el trabajo que necesitaba hacer?	0	1	2	3	4
D5.8	Acabar su trabajo tan rápido como era necesario?	0	1	2	3	4
D5.9	¿Ha tenido que reducir su nivel de trabajo debido a su condición de salud?				No	0

		Si	1
D5.10	¿Ha ganado menos dinero por su condición de salud?	No	0
		Si	1

Si alguna de las preguntas comprendidas entre el D5.5 –D5.8 se puntúa por encima de 1(ninguna), pregunte:

En los últimos 30 días, cuántos días faltó a su trabajo (medio día o más horas) debido a su “condición de salud”?	Anote el número de días
---	--------------------------------

Dominio 6: Participación en Sociedad

Ahora voy a hacerle unas preguntas relacionadas con su participación en la sociedad, y con el impacto que su problema de salud ha tenido sobre usted y su familia. Es posible, que algunas de estas preguntas se refieran a problemas que comenzaron hace más de un mes. Sin embargo, es importante que a la hora de contestarlas se refiera exclusivamente a lo ocurrido durante los últimos 30 días. De nuevo le recuerdo que al contestar a cada una de las siguientes preguntas piense en los problemas de salud mencionados con anterioridad: problemas físicos, problemas mentales o emocionales (o de los nervios), o problemas relacionados con el uso de alcohol o drogas.

<u>En los últimos 30 días,</u>		Ninguno	Leve	Moderado	Severo	Extremo
D6.1	Cuánta dificultad ha tenido para participar, al mismo nivel que el resto de las personas, en actividades de la comunidad (por ejemplo, fiestas, actividades religiosas u otras actividades)?	0	1	2	3	4
D6.2	Cuánta dificultad ha tenido debido a barreras u obstáculos existentes en su alrededor (entorno)?	0	1	2	3	4
D6.3	Cuánta dificultad ha tenido para vivir con dignidad (o respeto) debido a las actitudes y acciones de otras personas?	0	1	2	3	4
D6.4	¿Cuánta dificultad ha tenido para dedicar tiempo al cuidado de su “condición de salud” o a las consecuencias de la misma?	0	1	2	3	4
D6.5	¿Cuánto le ha afectado emocionalmente su “condición de salud”?	0	1	2	3	4
D6.6	¿Qué impacto económico ha tenido para usted o para su familia su “condición de salud”?	0	1	2	3	4
D6.7	¿Cuánta dificultad ha tenido su familia debido a su condición de salud?	0	1	2	3	4
D6.8	¿Cuánta dificultad ha tenido para realizar por sí mismo(a) cosas que le ayuden a relajarse o disfrutar?	0	1	2	3	4

En los últimos 30 días, ¿Durante cuántos días ha tenido esas dificultades?	Anote el número de días
En los últimos 30 días, ¿Cuántos días fue no pudo realizar nada de sus actividades habituales o en el trabajo debido a su condición de salud?	Anote el número de días
En los últimos 30 días, sin contar los días que no pudo realizar nada de sus actividades habituales, ¿Cuántos días tuvo que	Anote el número de días

recortar o reducir sus actividades habituales o en el trabajo, debido a su condición de salud?	
---	--



9.3. Módulos episodio depresivo mayor, episodio psicótico y episodio hipomaniaco/maniaco de la Entrevista Neuropsiquiática Internacional (MINI)

Mini International Neuropsychiatric Interview Versión en español 5.0.0				
Módulo episodio depresivo mayor				
A1	En el transcurso de las dos últimas semanas, se ha sentido particularmente triste, decaído(a), la mayor parte del tiempo, a lo largo del día y esto, casi todos los días?	NO	SI	1
A2	En el transcurso de las dos últimas semanas, ha tenido, casi todo el tiempo, el sentimiento de no tener ganas de nada, de haber perdido el interés o el placer por las cosas que habitualmente le agradaban?	NO	SI	2
¿A1 O A2 SE HAN CODIFICADO SI ?		NO	SI	
A3	En el transcurso de las dos últimas semanas, cuando se ha sentido decaído y/o sin interés por la mayor parte de cosas:			
A	¿Se ha modificado su apetito notablemente, o ha ganado o perdido peso, sin tener esa intención (variaciones en el último mes de +/- 5 % del peso corporal ó +/- 3'5 Kgr ó +/- 8 libras para una persona de 65 Kgr/120 libras)? CODIFICAR SI, SI UNA U OTRA SON AFIRMATIVAS	NO	SI	3
B	¿Casi todas las noches, ha tenido problemas de sueño, (dificultades para quedarse dormido, despertares nocturnos o precoces, sueño excesivo)?	NO	SI	4
C	¿Casi todos los días, ha hablado o se ha movido más lentamente de lo habitual, o por el contrario, se ha sentido agitado(a) y ha tenido dificultades para permanecer quieto?	NO	SI	5
D	¿Casi todos los días, se ha sentido fatigado(a), sin energía?	NO	SI	6
E	¿Casi todos los días, se ha sentido sin valor o culpable?	NO	SI	7
F	¿Casi todos los días, ha tenido dificultades para concentrarse o para tomar decisiones?	NO	SI	8
G	¿Ha tenido en varias ocasiones ideas negras como pensar que sería mejor estar muerto(a) o en hacerse daño?	NO	SI	9
A4	HAY AL MENOS 3 RESPUESTAS CODIFICADAS SI EN A3? (o 4 si A1 O A2 SE HAN CODIFICADO NO) SI EL PACIENTE PRESENTA UN EPISODIO DEPRESIVO MAYOR ACTUAL:	NO	SI	
A5 a	¿En el transcurso de su vida, ha tenido otros periodos, de dos o más semanas en los que se haya sentido decaído(a) o sin interés por la mayor parte de cosas y en los que haya tenido los problemas de los que estamos hablando?	NO	SI	10
B	¿Entre el episodio actual y su último episodio depresivo, ha tenido un intervalo sin depresión de al menos dos meses?	NO	SI	11
	¿A5b SE HA CODIFICADO SI ?	NO	SI	
		EPISODIO DEPRESIVO MAYOR PASADO		

Pedir un ejemplo en cada pregunta respondida afirmativamente sólo anotar **si**, si los ejemplos muestran claramente una distorsión del pensamiento o de la percepción. Antes de codificar, investigar si los delirios se califican como “extraños”.

Los delirios son “extraños” si son: claramente imposibles, absurdos, inverosímiles, y no pueden derivarse de experiencias de la vida habitual.

Las alucinaciones se anotan como “extrañas” si: una voz comenta sobre los pensamientos o los actos de la persona o cuando dos o más voces conversan entre ellas.

Mini International Neuropsychiatric Interview Versión en español 5.0.0					
Módulo episodio psicótico					
Ahora voy a preguntarle acerca de experiencias inhabituales o extrañas que pueden sucederles a algunas personas:					
				EXTRAÑA	
L1 a	¿Alguna vez, ha tenido la impresión de que la gente le espiaba, o que alguien conspiraba contra usted, o trataba de hacerle daño?	NO	SI	SI	1
B	SI SI : ¿Actualmente, tiene esta impresión?	NO	SI	SI → L6a	2
L2 a	¿Alguna vez, ha tenido la impresión de que alguien estaba leyendo su mente o podía escuchar sus pensamientos o de que usted podía leer o escuchar lo que otras personas están pensando?	NO	SI	SI	3
B	SI SI : ¿Actualmente, tiene esta impresión?	NO	SI	SI → L6a	4
L3 a	¿Alguna vez, ha creído que alguien o alguna fuerza ajena a usted ponía en su mente, pensamientos que no eran suyos, o le hacían actuar de una manera que no era habitual en usted? ¿Ha tenido alguna vez la impresión de estar poseído?	NO	SI	SI	5
B	SI SI : ¿Actualmente, cree estas cosas?	NO	SI	SI → L6a	6
L4 a	¿Alguna vez, ha creído que le enviaban mensajes especiales a través de la televisión, la radio o los periódicos, o que una persona que no conocía personalmente estaba interesada particularmente en usted?	NO	SI	SI	7
B	SI SI : ¿Actualmente, cree estas cosas?	NO	SI	SI → L6a	8
L5 a	¿Alguna vez, allegados o amigos suyos, han considerado alguna de sus ideas extrañas o inhabituales? Ideas delirantes no exploradas en las preguntas L1 a L4, ej : grandiosidad, ruina , culpa	NO	SI	SI	9
b	SI SI : ¿Actualmente, consideran extrañas sus	NO	SI	SI	10

	ideas?				
L6 a	¿Alguna vez, ha escuchado cosas que otras personas no podían escuchar como, por ejemplo, voces? Las alucinaciones se codifican como extrañas sólo si el paciente responde SI a lo siguiente: ¿Oía voces comentando sus pensamientos o su conducta, u oía voces hablando entre ellas?	NO	SI	SI	11
B	SI SI : ¿Le ha sucedido esto durante el último mes?	NO	SI	SI → L8b	12
L7 a	¿Alguna vez, estando despierto, ha tenido visiones o ha visto cosas que otros no podían ver? Codificar SI estas visiones son culturalmente inapropiadas.		NO	SI	13
B	SI SI : ¿Ha visto estas cosas durante el último mes?		NO	SI	14
L8 b	Observaciones del entrevistador: ¿Presenta el paciente en la actualidad incoherencias, discurso desorganizado o una marcada pérdida de las asociaciones?		NO	SI	15
L9 b	¿Presenta el paciente en la actualidad conducta desorganizada o catatónica?		NO	SI	16
L10 b	¿Hay síntomas negativos de esquizofrenia: pobreza de lenguaje (alogia), aplanamiento afectivo o incapacidad para iniciar o persistir en una actividad con una finalidad determinada, evidentes durante la entrevista?		NO	SI	17
L11	¿De L1 a L10 , hay al menos una pregunta « B » codificada SI EXTRAÑO O DOS preguntas « B » codificadas SI (no extraño) ?	NO SI SINDROME PSICÓTICO ACTUAL			
L12	De L1 a L7 , hay al menos una pregunta « a » codificada SI EXTRAÑO O DOS preguntas « A » codificadas SI (no extraño) ? (Verificar que los 2 síntomas han aparecido al mismo tiempo) o L11 se ha codificado SI?	NO SI SINDROME PSICÓTICO VIDA ENTERA			

Mini International Neuropsychiatric Interview Versión en español 5.0.0					
Módulo episodio hipomaniaco/maniaco					
D1 a	¿Ha tenido alguna vez, un periodo de tiempo en el que se sintiera con el ánimo tan exaltado o eufórico, o tan lleno de energía, o tan seguro de usted mismo que le supusiera problemas, o bien, en el que otras personas pensarán que no estaba en su estado habitual? (No considere periodos en los que estuviese intoxicado por drogas o por alcohol)		NO	SI	1

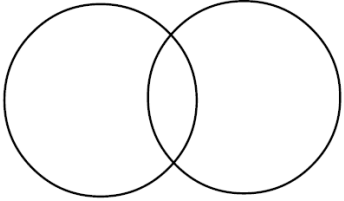
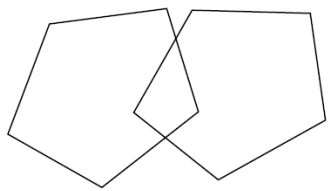
	Si el paciente no entiende bien la pregunta aclararla: ”Es decir, tenía el humor elevado, mayor energía, menos necesidad de dormir, pensamientos rápidos, estaba lleno de ideas, aumentó su productividad, su creatividad, su motivación o su comportamiento impulsivo”			
B	SI SI ¿Se siente, en este momento, exaltado(a) o lleno(a) de energía	NO	SI	2
D2 a	¿Ha tenido alguna vez, irritabilidad persistente durante varios días, de tal forma que tenía discusiones, peleas, o discutía con personas ajenas a su familia? ¿Habían notado, usted o los demás, que estaba más irritable o que reaccionaba exageradamente, en comparación con otros, en situaciones que usted creía justificadas? (No considere periodos en los que estuviese intoxicado por drogas o por alcohol)	NO	SI	3
B	SI SI ¿Actualmente, se siente excesivamente irritable?	NO	SI	4
	¿D1a o D2a se han codificado SI?	NO	SI	5
D3	SI D1B o D2B = SI : explorar solamente el episodio ACTUAL SI D1B y D2B = NO: explorar el episodio más GRAVE Cuando se sentía exaltado(a), lleno de energía / irritable	NO	SI	
A	¿Sentía que podía hacer cosas que otros no podían hacer?	NO	SI	5
B	¿Necesitaba dormir menos (ej. se sentía descansado con pocas horas de sueño)?	NO	SI	6
C	¿Hablabas demasiado, sin parar o tan rápido que los demás tenían dificultades para comprenderle?	NO	SI	7
D	¿Sus pensamientos pasaban tan deprisa por su cabeza que no podía seguirlos bien?	NO	SI	8
E	¿Se distraía tan fácilmente, que la menor interrupción le hacía perder el hilo de lo que pensaba o hacía?	NO	SI	9
F	¿Estaba tan activo, tan inquieto físicamente que los demás estaban preocupados por usted?	NO	SI	10
G	¿Deseaba tanto involucrarse en actividades placenteras que olvidaba sus riesgos y consecuencias (ej. gastos innecesarios, conducción arriesgada o actividades sexuales no habituales?)	NO	SI	11
	¿Hay al menos 3 respuestas codificadas SI en D3o 4 SI D1a = NO (episodio pasado) o D1b = NO (episodio actual) ?	NO	SI	
D4	¿Estos síntomas duraron al menos una semana y le causaron problemas que no pudo controlar, en casa, el trabajo, los estudios, o en sus relaciones con los demás, o tuvo que ser hospitalizado(a) a causa de estos problemas? Codificar SI, si la respuesta es SI en una u otra	NO	SI	12
	¿D4 ha codificado NO? SI SI, especificar si el episodio explorado es actual o pasado	NO	SI	Episodio Hipomaniaco

		Actual ____ Pasado ____
	<p>¿D4 ha codificado SI?</p> <p>SI SI, especificar si el episodio explorado es actual o pasado</p>	<p>NO SI</p> <p>Episodio Maniaco</p> <p>Actual ____</p> <p>Pasado ____</p>



9.4. Mini-Mental State Examination (Mini- Mental)

	Si	No	n/s	Respuesta
1. Que día de la semana es hoy				
2.Cuál es la fecha de hoy				
3. En qué mes estamos				
4. En que estación del año estamos				
5. En qué año estamos				
6. Qué dirección es esta (calle, número)				
7. En qué país estamos				
8. En que ciudad estamos				
9. Cuáles son las 2 calles principales cerca de aquí				
10. En que piso estamos				
Le voy a nombrar tres objetos. Después que los diga. Quiero que usted los repita. Recuerde cuáles son porque voy a volver a preguntar por ellos en algunos momentos más. Nombre los tres objetos siguientes demorando un Segundo para decir cada uno: árbol, mesa, avión				
11. árbol				
12. Mesa				
13. Avión				
1 punto por cada respuesta correcta en el primer intento y anote el número de respuestas. NUMERO RESPUESTAS CORRECTAS () Si hay cualquier error u omisión en el primer intento, repita todos los nombres hasta que el paciente los aprenda (máximo 5 repeticiones). Registre el número de repeticiones (0 si todos son correctos en el primer intento). NUMERO DE REPETICIONES ()				
¿Puede usted restar 7 de 100 y después restar 7 de la cifra que usted obtuvo y seguir restando 7 hasta que yo lo detenga? (de 1 punto por cada respuesta correcta. Deténgase después de 5 respuestas. Cuente 1 error cuando la diferencia entre los números no sea 7).				
Ítem	Si	No	n/s	Respuesta
14a. 93				
15a. 86				
16a. 79				
17a. 72				
18a. 65				
Ahora voy a decirle un número de 5 dígitos y quiero que usted repita los dígitos al revés. El número es 1, 3, 5, 7, 9				
14b. 9				
15b. 7				
16b. 5				
17b. 3				
18b. 1				
Ahora, ¿cuáles eran los tres objetos que yo le pedí que recordara?				
19. Árbol				
20. Mesa				
21. Avión				
Muestre un reloj de pulsera (anote 1 si es correcto)				
22. ¿Qué es esto?				

Muestre un lápiz (anote 1 si es correcto)				
23. ¿Cómo se llama esto?				
24. Me gustaría que usted repitiera esta frase después de mi: «tres perros en un trigal». (Permita un solo intento).				
Pásele la hoja con la frase «Cierre los Ojos» (de 1 punto si el sujeto cierra los ojos)				
25a. Lea las palabras en esta hoja y luego haga lo que está escrito»				
25b. Pase una foto «un hombre levantando sus manos». (de 1 punto si responde levantando sus manos). «Mire esta foto y actúe en la misma forma».				
26. «Le voy a dar un papel. Cuando se lo pase, tome el papel con su mano derecha, dóblelo por la mitad con ambas manos y colóquelo en sus rodillas». Entréguele el papel y anote un punto por cada acción realizada correctamente				
27. «Escriba una oración completa en este papel para mi» (la oración debería tener un sujeto y un verbo, y tener sentido. No considere los errores gramaticales o de ortografía).				
«Aquí hay dos dibujos. Por favor copie los dibujos en el mismo papel, (está correcto si la intersección de las 2 figuras de 5 lados forma una figura de 4 lados y si todos los ángulos de las figuras de 5 lados se mantienen. Los círculos deben superponerse menos de la mitad).				
Ítem	Si	No	n/s	Respuesta
28a. pentágonos				
28b. círculos				
	Incorrecto.....0 Correcto.....1			
	Incorrecto.....0 Correcto.....1			
TOTAL _____				

9.5. Manual de procedimientos operativos estandarizados (POE)

Comparación de modelos explicativos de perfiles de discapacidad en población con trastornos mentales graves de tres países de Sudamérica

RESUMEN

En el presente documento, los profesionales que participen en la fase de recolección de la información de la propuesta de investigación, contarán con los procedimientos y consideraciones pertinentes para el diligenciamiento de los instrumentos y soportes para medir la carga de discapacidad en personas con trastornos mentales graves (TMG) en las ciudades de Concepción, Chile, Santiago de Cali, Colombia; y Quito, Ecuador.

Esta guía orienta y describe los procedimientos requeridos para el diligenciamiento del consentimiento informado; los módulos de episodio depresivo mayor y trastornos psicóticos de la Entrevista Neuropsiquiátrica Internacional (MINI), para identificar la presencia actual o de vida del trastorno mental; la evaluación del estado mental (MINIMENTAL), para establecer la presencia de deficiencias cognitivas; y finalmente el cuestionario para la evaluación de la discapacidad de la Organización Mundial de la Salud (WHO – DAS 2.0), para determinar la presencia de limitaciones en la actividad y restricciones en la participación.

OBJETIVO

Definir una ruta de procedimientos para la recolección de la información relacionada con la carga de discapacidad, en una muestra de personas con trastornos mentales graves de los centros participantes.

ALCANCE

Este documento se aplicará desde el diligenciamiento del consentimiento informado, previa consulta por profesionales encargados de recolectar la información, hasta el diligenciamiento y sistematización de la Escala de Evaluación de Discapacidad de la Organización Mundial de la Salud (WHO – DAS 2.0).

1. PROCEDIMIENTO OPERATIVO ESTANDARIZADO PARA EL DILIGENCIAMIENTO DE LOS FORMATO DE CONSENTIMIENTO INFORMADO

Raciocinio

La propuesta de investigación cuenta con las consideraciones éticas basadas en la Declaración de Helsinki, y las normas vigentes en cada país participante para la investigación con seres humanos. El consentimiento informado hace parte de dichas consideraciones éticas y garantiza a las personas participar libremente o rechazar la invitación de participar en la investigación, o de retirarse en cualquier momento del estudio, la confidencialidad en el manejo de la información, y a su vez permite garantizar la prestación de los servicios y programas de las instituciones de rehabilitación psicosocial así decida no participar en la investigación.

Propósito

Ofrecer condiciones que garanticen la autodeterminación de las personas de participar o rehusarse a participar del estudio.

Descripción

Se empleará un formato de consentimiento informado de acuerdo con la normativa vigente en cada centro participante, éste será diligenciado por participantes mayores de 18 años. Para ello, los profesionales encargados de obtener la información, después de haber realizado el contacto telefónico o presencial, entregarán el consentimiento informado en la consulta realizada en la institución o en la consulta realizada mediante visita domiciliaria.

Es necesario considerar que los procedimientos a realizar se encuentran enmarcados en las acciones desarrolladas por el Departamento de Psiquiatría y Salud Mental de la Universidad de Concepción; el Componente de Discapacidad, Etnias y Adulto Mayor de la Secretaría de Salud Pública de Santiago de Cali; y el Departamento de Psicología de la Universidad Central del Ecuador. Dichas dependencias realizarán la socialización de la propuesta en el contexto de la ciudad y han decidido respaldar la iniciativa como ejercicio de trabajo colaborativo, estableciendo condiciones para la generación de conocimiento en el área.

Principios del consentimiento

Con el diligenciamiento del formato de consentimiento informado se garantiza el respeto por los principios de beneficencia, no maleficencia, justicia y autonomía, se establecen condiciones para permitir la participación voluntaria de la población sujeto de estudio y la libertad de expresión del individuo, la confidencialidad de los datos personales, el suministro de información frente a riesgos y beneficios al participar en la investigación, y la autodeterminación para retirarse en cualquier momento del estudio (Declaración de Helsinki).

Designación de responsabilidades

No	ACTIVIDAD	RESPONSABLE	PUNTO DE CONTROL
1	Entregue el formato de Consentimiento Informado al participante.	Profesional encargado de la recolección de datos	Investigador Principal Docente guía de tesis
2	Lea en voz alta el formato de consentimiento informado, mientras el entrevistado sigue la lectura en el formato a diligenciar.	Profesional encargado de la recolección de datos	Investigador Principal
3	Indague si hay alguna inquietud o pregunta y proceda a aclararla. Pregunte nuevamente si comprendió a partir de su aclaración.	Profesional encargado de la recolección de datos	Investigador Principal
4	Solicite al entrevistado y a los testigos firmar los documentos y adicionar la huella digital en el caso de ser necesario	Profesional encargado de la recolección de datos	Investigador Principal
5	Archive el documento diligenciado y firmado en un lugar seguro.	Profesional encargado de la recolección de datos	Docente guía de la tesis
6	Proceda a aplicar los instrumentos para la recolección de la información	Profesional encargado de la recolección de datos	Investigador principal Docente guía de la tesis

2. PROCEDIMIENTO OPERATIVO ESTANDARIZADO PARA DETERMINAR LA PRESENCIA DEL TRASTORNO MENTAL.

Raciocinio

La identificación de criterios indicadores de la presencia de un trastorno mental grave, facilitan el incremento de la capacidad clínica de los profesionales encargados de la recolección de datos para determinar una aproximación confiable, fácil de contrastar con los antecedentes clínicos reportados por el participante, y por lo tanto, permite establecer condiciones de seguridad y pertinencia en la recolección de la información relacionada con discapacidad.

Propósito

Establecer la pertinencia del diligenciamiento del cuestionario para la evaluación del grado de discapacidad en la persona con trastorno mental grave.

Obtener datos confiables sobre el estado actual del entrevistado, antes de proceder a diligenciar el cuestionario WHO – DAS 2.0, y proporcionar criterios para definir una posible remisión a un nivel de atención de mayor complejidad en caso de presentarse sintomatología que involucre riesgo para la persona, la familia o el evaluador.

Descripción

Serán empleados los módulos para Episodio Depresivo Mayor y para Trastornos Psicóticos, incluidos en la versión en español del instrumento Mini International Neuropsychiatric Interview (MINI). Este instrumento permite explorar de manera estructurada la presencia de los principales trastornos psiquiátricos del Eje I de DSM- IV, es de uso libre en procesos de investigación y evaluación clínica, puede ser administrado por profesionales de la salud clínicos y no clínicos que cuenten con entrenamiento previo.

El proceso de entrenamiento incluye una capacitación formal, a cargo del Investigador Principal, con una duración de 4 horas teóricas y 2 horas prácticas. Dicha capacitación está avalada por las instituciones colaboradoras, y será certificada por el Departamento de Psiquiatría y Salud Mental de la Universidad de Concepción.

Principios de las escalas

Módulos para Episodio Depresivo Mayor y para Trastornos Psicóticos del instrumento Mini International Neuropsychiatric Interview (MINI): se encuentran disponibles en 33 idiomas, incluido el español. Son útiles en investigación epidemiológica, no reemplaza el examen psiquiátrico formal (Sheehan et al, 1998; Amorim, 2000; Galli, 2002).

Corresponden a una medida más fiable que el reporte mediante historia clínica, en el que el paciente informa la presencia o ausencia de problemas psicológicos a lo largo de la vida o durante las últimas dos semanas. La respuesta positiva a una o varias preguntas permiten al entrevistador indicar si se cumplen los criterios diagnósticos, y en caso de presentar indicadores de alteración psicomotora o presencia de síntomas psicóticos facilitan la toma de decisiones para la remisión a niveles especializados.

Designación de responsabilidades

No	ACTIVIDAD	RESPONSABLE	PUNTO DE CONTROL
1	Garantizar las condiciones de privacidad y seguridad de la persona y el evaluador.	Profesional encargado de la	Investigador Principal

	<p>Indague a la persona evaluada si prefiere estar acompañada por alguno de sus familiares.</p> <p>Garantice que durante la evaluación sólo se cuente con únicamente con el material para el registro de información. Evite la presencia de elementos que impliquen riesgo físico como objetos cortopunzantes, contundentes e incluso medicamentos.</p> <p>Explique el procedimiento a realizar mediante la siguiente frase: “usted va a responder un cuestionario que mide la presencia de un trastorno mental grave, éste se demora 20 minutos aproximadamente”</p>	recolección de datos	
2	<p>La información relacionada con los datos sociodemográficos será obtenida previamente de los registros de las instituciones colaboradoras, de esta manera se garantiza optimizar el tiempo de administración de los instrumentos. Lea cada una de las preguntas contenidas en los módulos del instrumento. Recuerde realizar una lectura pausada y en caso de ser necesario repita o cite un ejemplo para mejorar la comprensión.</p>	Profesional encargado de la recolección de datos	Investigador Principal
3	<p>Revise las respuestas, observe las puntuaciones y determine la necesidad de orientar al usuario para que asista un nivel de atención de mayor complejidad. Recuerde que los principales factores para hacer una remisión corresponden a: agitación psicomotora, riesgo o presencia de autolesión o lesión a otras personas Pregunte al entrevistado si algún ítem le generó alguna incomodidad y cómo se siente en el momento.</p>	Profesional encargado de la recolección de datos	Investigador Principal
4	<p>Archive la hoja de respuestas en un lugar seguro.</p>	Profesional encargado de la recolección de datos	Investigador Principal
5	<p>Almacene los registros en una base de datos, asegurándose de no incluir información personal como nombres y apellidos, dirección o teléfono.</p>	Digitador Investigador Principal	Docente guía de la tesis

3. PROCEDIMIENTO OPERATIVO ESTANDARIZADO PARA LA EVALUACIÓN DE DEFICIENCIAS COGNITIVAS.

Raciocinio El perfil de discapacidad en las personas con trastornos mentales graves puede verse afectado por la presencia de deficiencias cognitivas, que podrían presentar un efecto adicional relacionado con comorbilidad. Para efectos del estudio, la deficiencia cognitiva se asume como criterio de exclusión y permite al investigador reducir la probabilidad de realizar una mala clasificación que conlleven a resultados mediados por errores de medición.

En el caso de los profesionales encargados de la recolección de datos, contarán con una herramienta que facilita la toma de decisiones relacionadas con la implementación de planes de trabajo y procesos terapéuticos.

Propósito

Determinar la presencia de deficiencias cognitivas en las personas con trastorno mental grave que participan en el estudio.

Descripción

La versión en español del instrumento Mini-Mental State Examination (Mini-mental) permite evaluar cinco áreas: la orientación espacio – temporal; la capacidad de atención, concentración y memoria; abstracción (cálculo); lenguaje y percepción viso-espacial y el seguimiento de instrucciones básicas (Quiroga, 2004; González-Hernández, 2009; Monsalve-Robayo, 2013).

El proceso de entrenamiento incluye una capacitación formal, a cargo del Investigador Principal, con una duración de dos horas teóricas y una hora práctica. Dicha capacitación estará avalada por las instituciones colaboradoras, y será certificada por el Departamento de Psiquiatría y Salud Mental de la Universidad de Concepción.

Principios de la escala

Mini-Mental State Examination (Mini-Mental): es una escala comprendida por 30 ítems, el punto de corte para sugerir la presencia de deficiencia cognitiva es 22. Se trata de un instrumento heteroaplicado, que ha sido validado en países de habla castellana como Chile y Colombia (Quiroga, 2004; Rosselli, 2000), reportando altas propiedades psicométricas; y ha sido empleado en procesos de rehabilitación cognitiva en Colombia (Monsalve-Robayo, 2013).

Designación de responsabilidades

No	ACTIVIDAD	RESPONSABLE	PUNTO DE CONTROL
1	Garantizar las condiciones de privacidad y seguridad de la persona. El evaluador debe garantizar que únicamente se encuentren disponibles los elementos para el registro de la información (formatos, lápiz) Explique el procedimiento a realizar mediante la siguiente frase: “usted va a responder un cuestionario que nos ayuda a saber si usted presenta problemas de atención, comprensión,	Profesional encargado de la recolección de datos	Investigador Principal

	memoria o seguimiento de instrucciones, éste se demora 10 minutos aproximadamente” Evite que la presencia de otras personas, como familiares o cuidadores, interfiera directamente con el registro de la información por parte del participante.		
2	La información relacionada con los datos sociodemográficos será obtenida previamente de los registros de la SSPM, de esta manera se garantiza optimizar el tiempo de administración de los instrumentos. Realice la lectura pausada de los ítems, de esta manera facilita la participación de la persona. Evite orientar al participante en las respuestas. En caso de presentar errores o dificultades para dar la respuesta puntúe con cero (0). Registre en la hoja de respuestas, contabilice la puntuación obtenida, y al finalizar indague si al responder se generó alguna molestia.	Profesional encargado de la recolección de datos	Investigador Principal
3	Archive la hoja de respuestas en un lugar seguro y proceda a diligenciar el cuestionario de evaluación de discapacidad de la Organización Mundial de la salud (WHO – DAS 2.0)	Profesional encargado de la recolección de datos	Investigador Principal
4	Almacene los registros en una base de datos, asegurándose de no incluir información personal como nombres y apellidos, dirección o teléfono.	Digitador Investigador Principal	Docente guía de la tesis

4. PROCEDIMIENTO OPERATIVO ESTANDARIZADO PARA LA APLICACIÓN DEL CUESTIONARIO DE EVALUACIÓN DE DISCAPACIDAD DE LA ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD (WHO – DAS 2.0).

Raciocinio

El WHO – DAS 2.0 fue desarrollado para evaluar las limitaciones de la actividad y las restricciones en la participación experimentadas por cada persona independiente de su diagnóstico médico. Por basarse en la Clasificación Internacional del Funcionamiento, la Discapacidad y la Salud (CIF, OMS) permite abordar la variable de interés desde la interacción del individuo y el entorno que le rodea, respondiendo a una perspectiva relacional (Brand & Pope, 1998; OMS, 2001), e incluye información sobre seis dominios.

Propósito

Garantizar el registro confiable de la carga de discapacidad experimentada por la persona evaluada.

Descripción

Se empleará la versión de 36 ítems del cuestionario WHO- DAS 2.0, que permite determinar el grado de discapacidad en 6 áreas a saber: 1. Comprensión y Comunicación; 2. Capacidad para moverse en su alrededor / entorno; 3. Cuidado personal; 4. Relaciones con otras personas; 5. Actividades de la Vida Diaria; y 6. Participación en sociedad.

El proceso de entrenamiento incluye una capacitación formal, a cargo del Investigador Principal, con una duración de 4 horas teóricas y 2 horas prácticas. El proceso de actualización será certificado por el Departamento de Psiquiatría y Salud Mental de la Universidad de Concepción.

Principios de la escala

Cuestionario para la Evaluación de Discapacidad de la Organización Mundial de la Salud (WHO- DAS 2.0): es el resultado de múltiples revisiones realizadas por expertos en rehabilitación, salud pública y epidemiología. Los 36 ítems permiten obtener una medida de la severidad y duración de la discapacidad resultante de las “condiciones de salud” de las personas.

Cada ítem se puntúa de acuerdo al grado de dificultad experimentada y del nivel de dependencia, que como consecuencia de la discapacidad, el individuo tiene de otras personas. Se trata de un instrumento fiable, aplicable transculturalmente y de uso a nivel poblacional (Vázquez-Barquero et al. 2006). Los criterios para determinar la carga de discapacidad corresponden a categorías de acuerdo a puntos de corte dentro de una escala porcentual siendo: ninguna discapacidad entre cero y cuatro; discapacidad leve entre cinco y veinticuatro; discapacidad moderada entre veinticinco y cuarenta y nueve; discapacidad severa entre cincuenta y noventa y cinco; discapacidad extrema mayor o igual a noventa y seis (Castro-Alzate, Castillo – Martínez. 2013).

Designación de responsabilidades

No	ACTIVIDAD	RESPONSABLE	PUNTO DE CONTROL
1	<p>Garantizar las condiciones de privacidad y seguridad de la persona.</p> <p>Explique el procedimiento a realizar mediante la siguiente frase: “usted va a responder un cuestionario que mide el grado de discapacidad que usted experimenta actualmente, éste se demora 30 minutos aproximadamente, pero si usted lo decide puede interrumpir en el momento que desee”.</p> <p>Si el participante solicita la presencia de un familiar o cuidador, evite que interfiera directamente con el suministro de la información.</p>	<p>Profesional encargado de la recolección de datos</p>	<p>Investigador Principal</p>

2	Entregue las tarjetas 1 y 2 e indique en qué momento debe utilizar cada una. Lea cada una de las preguntas y pídale al entrevistado que responda de acuerdo a las tarjetas. Diligencie inmediatamente las respuestas Oriente a la persona cuando no entienda el ítem, ofreciendo ejemplos que se ajusten a la vida real	Profesional encargado de la recolección de datos	Investigador Principal
4	Archive la hoja de respuestas en un lugar seguro, solicite las tarjetas 1 y 2, revise que todos los ítems hayan sido correctamente diligenciados y almacene en lugar seguro.	Profesional encargado de la recolección de datos	Investigador Principal
5	Indague al entrevistado por su estado emocional actual, si observa una situación de riesgo brinde soporte y emita remisión a servicios de salud mental.	Profesional encargado de la recolección de datos	Docente guía de la tesis
6	Agradezca al entrevistado por su colaboración y recuérdale su derecho a resolver cualquier duda o inquietud acudiendo al investigador principal o el director de la investigación	Profesional encargado de la recolección de datos Investigador principal	Docente guía de la tesis
7	Almacene los registros en una base de datos, asegurándose de no incluir información personal como nombres y apellidos, dirección o teléfono.	Digitador Investigador Principal	Docente guía de la tesis

Materiales

Formatos de Consentimiento informado.

Formatos de instrumento MINI

Formato de instrumento MINI MENTAL

Formato de Cuestionario para la Evaluación de Discapacidad de la Organización Mundial de la Salud WHO-DAS 2.0

Lápiz No 2

Lápiz de mina

Borrador

Taja lápiz

Tabla de apoyo

Hojas membreteadas

Sello del profesional

Recomendaciones sobre la administración de instrumentos

Evite inducir respuestas a los entrevistados.

Si la persona entrevistada refiere algún tipo de molestia frente a las preguntas, brinde apoyo e indague sobre su disposición para dar continuidad al proceso. En caso de ser necesario remita

a un nivel de mayor complejidad, a consulta prioritaria por servicios de salud mental comunitaria y acuerde una nueva cita.

En caso de agitación psicomotora del entrevistado, oriente al cuidador para que asiste al servicio de salud mental comunitaria, evite forzarlo a contestar y recuerde evite el contacto físico con el (ella).

Consideraciones generales

Organice el material necesario para obtener la información.

Si el participante solicita la compañía de otra persona, acceda a la solicitud pero garantice que las respuestas del participante no sean interferidas por terceros.

Cuente con papelería para realizar remisiones en caso de ser necesario.

Revise los instrumentos para garantizar que hayan sido diligenciados completamente. Indague a la persona su disponibilidad para continuar con los procesos de recolección de información hasta finalizar con el cuestionario WHO- DAS 2.0.

Los registros deben ser entregados al investigador principal mediante carta formal.



9.6. Actas de aprobación de los Comité de ética



ACTA DE EVALUACION COMITE ETICO CIENTIFICO

COMITÉ CONSTITUIDO EN CONFORMIDAD A LA R. EX N°2444 / 14.08.2012.
ACREDITADO POR LA SEREMI SALUD DEL BIOBIO EN CONFORMIDAD A LA R. EX. N° 5876 /03.07.14

Concepción, 25 de Enero de 2018

Código CEC Nuevo Proyecto 17-10-73

Sr.
T.O. Elvis Castro Alzate
Investigador Responsable
Presente

Estimado Sr. Castro,

Junto con saludar, nos permitimos informar a usted que el Comité Ético Científico del Servicio de Salud Concepción, en reunión del 23 de Enero de 2018 tomó conocimiento y aprobó las enmiendas a las observaciones efectuadas en el Acta correspondiente a la reunión del 28 de Noviembre de 2017, relativos al estudio titulado: "Comparación de modelos explicativos de discapacidad en población con trastornos mentales graves de tres países de Sud América".

Miembros del Comité Ético Científico que participaron en la sesión del 23 de enero de 2018:

Q: 07 / 09

Nombre y apellidos	Profesión/Institución	Cargo CEC
Salvador Cabrera	Químico farmacéutico /HGGB	Integrante permanente
Sylvia Asenjo M.	Médico Pediatra Endocrinóloga/UdeC	Integrante permanente / externa
María A. Bidegain S.	Médico Pediatra Nefrólogo / HGGB	Integrante permanente / Presidente CEC
Claudio Bustos	Psicólogo	Integrante permanente / externo
Felipe León M.	Abogado / HGGB	Integrante permanente / Abogado
Nelson Pérez T	Médico Psiquiatra / HGGB	Integrante permanente / Vice Presidente
Mónica Zúñiga	Matrona	Integrante permanente / externo

Excusas: Ricardo Saldías C.; María Cristina Fellay

CONCLUSION.

Por lo tanto, con fecha 23 de enero de 2018, el Comité aprueba la realización de este proyecto, bajo su conducción como investigador responsable, y se procede a aprobar y timbrar con esta fecha los siguientes documentos:

- Protocolo de estudio "Comparación de modelos explicativos de discapacidad en población con trastornos mentales graves de tres países de Sudamérica", versión 2, Enero 2018
- Documento de Consentimiento Informado versión 2, Enero 2018
- Formulario: "Certificado médico de capacidad de consentir"
- Instrumentos:
 - o Mini-Mental State Examination
 - o Escala de evaluación de la discapacidad de la Organización Mundial de la Salud. WHO DAS 2.0

EN CASO DE CUALQUIER DUDA SE LE SOLICITA CONTACTARSE CON EL CEC DEL SSC. Página 1
ESTE COMITÉ CUMPLE CON LAS GUÍAS DE BUENA PRACTICA CLINICA DEFINIDAS POR LA CONFERENCIA INTERNACIONAL DE ARMONIZACION(GCP-ICH); CON LAS LEYES CHILENAS N° 20.120 Y N° 19.628 Y CON LAS NORMAS INSTITUCIONALES DEL SERVICIO DE SALUD CONCEPCION



ACTA DE EVALUACION COMITE ETICO CIENTIFICO

COMITÉ CONSTITUIDO EN CONFORMIDAD A LA R. EX N°2444 / 14.08.2012.
ACREDITADO POR LA SEREMI SALUD DEL BIOBIO EN CONFORMIDAD A LA R. EX. N° 5876 /03.07.14

- Modulo Episodio Depresivo Mayor y Trastornos Psicóticos de la Entrevista Neurosiquiátrica Internacional (MINI)

Además, este Comité solicita que:

1. El investigador utilice el formulario de consentimiento informado con el timbre y fecha de aprobación del comité en los pacientes que serán enrolados en su institución.
2. Los reportes de efectos adversos y enmiendas se entreguen al comité en conjunto con una opinión personal del investigador, sobre la relevancia de ellos en el proyecto, los riesgos y la voluntariedad del paciente.
3. Informar a lo menos una vez al año de su estado de desarrollo, como también de cualquier publicación o presentación a congresos que de él se generen
4. La validez de esta aprobación es por un año.
5. Una vez finalizado el proyecto, el comité deberá ser informado de los resultados del estudio.
6. Conservar toda la documentación en su poder por lo menos hasta quince años cerrado el estudio
7. En toda futura correspondencia hacer referencia al número de código asignado **17-10-73**

Atentamente,


Dr. Nelson Pérez T.
Vicepresidente




Dra. M. Antonia Bidegain S.
Presidenta CEC

CC:

- Dirección HGGBA
- Archivo CEC

EN CASO DE CUALQUIER DUDA SE LE SOLICITA CONTACTARSE CON EL CEC DEL SSC. Página 2
ESTE COMITÉ CUMPLE CON LAS GUÍAS DE BUENA PRACTICA CLINICA DEFINIDAS POR LA CONFERENCIA INTERNACIONAL DE ARMONIZACION(GCP-ICH); CON LAS LEYES CHILENAS N° 20.120 Y N° 19.628 Y CON LAS NORMAS INSTITUCIONALES DEL SERVICIO DE SALUD CONCEPCION

ACTA DE APROBACIÓN N° 012 - 017

Proyecto: MULTICÉNTRICO DE EVALUACIÓN DE LA DISCAPACIDAD EN POBLACIÓN CON TRASTORNOS MENTALES GRAVES, DE TRES PAÍSES DE SUDAMÉRICA QUE PRESENTAN DIFERENTES NIVELES DE IMPLEMENTACIÓN DE REFORMA EN SUS POLÍTICAS DE SALUD MENTAL”

Sometido por: ELVIS SIPRIAN CASTRO ALZATE

Código Interno: 104 - 017 Fecha en que fue sometido: 20 05 2017

El Consejo de la Facultad de Salud de la Universidad del Valle, ha establecido el Comité Institucional de Revisión de Ética Humana (CIREH), el cual está regido por la Resolución 008430 del 4 de octubre de 1993 del Ministerio de Salud de Colombia por la cual se establecen las normas científicas, técnicas y administrativas para la investigación en salud; los principios de la Asamblea Médica Mundial expuestos en su Declaración de Helsinki de 1964, última revisión en 2002; y el Código de Regulaciones Federales, título 45, parte 46, para la protección de sujetos humanos, del Departamento de Salud y Servicios Humanos de los Institutos Nacionales de Salud de los Estados Unidos 2000.

Este Comité certifica que:

1. Sus miembros revisaron los siguientes documentos del presente proyecto:

- | | | | |
|-------------------------------------|--|-------------------------------------|---|
| <input checked="" type="checkbox"/> | Resumen del proyecto | <input checked="" type="checkbox"/> | Protocolo de investigación |
| <input checked="" type="checkbox"/> | Formato de consentimiento informado | <input checked="" type="checkbox"/> | Instrumento de recolección de datos |
| <input type="checkbox"/> | Folleto del investigador (si aplica) | <input checked="" type="checkbox"/> | Cartas de las instituciones participantes |
| <input type="checkbox"/> | Resultados de evaluación por otros comités (si aplica) | | |

2. El presente proyecto fue evaluado y aprobado por el Comité:

3. Según las categorías de riesgo establecidas en el artículo 11 de la Resolución N° 008430 de 1993 del Ministerio de Salud, el presente estudio tiene la siguiente **Clasificación de Riesgo**:

SIN RIESGO RIESGO MÍNIMO RIESGO MAYOR DEL MÍNIMO

4. Que las **medidas** que están siendo tomadas para proteger a los sujetos humanos son adecuadas.

5. La forma de obtener el **consentimiento** informado de los participantes en el estudio es adecuada.

6. Este proyecto será **revisado nuevamente** en la próxima reunión plenaria del Comité, sin embargo, el Comité puede ser convocado a solicitud de algún miembro del Comité o de las directivas institucionales para revisar cualquier asunto relacionado con los derechos y el bienestar de los sujetos involucrados en este estudio.

7. **Informará** inmediatamente a las directivas institucionales:

- Todo desacato de los investigadores a las solicitudes del Comité.
- Cualquier suspensión o terminación de la aprobación por parte del Comité.

8. **Informará** inmediatamente a las directivas institucionales toda información que reciba acerca de:


- Lesiones a sujetos humanos.

- Problemas imprevistos que involucren riesgos para los sujetos u otras personas.
- b. Cualquier cambio o modificación a este proyecto que no haya sido revisado y aprobado por el Comité.
9. El presente proyecto ha sido **aprobado** por un periodo de **1 año** a partir de la fecha de aprobación. Los proyectos de duración mayor a un año, deberán ser sometidos nuevamente con todos los documentos para revisión actualizados.
10. El **investigador principal** deberá informar al Comité:
- a. Cualquier cambio que se proponga introducir en este proyecto. Estos cambios no podrán iniciarse sin la revisión y aprobación del Comité excepto cuando sean necesarios para eliminar peligros inminentes para los sujetos.
 - b. Cualquier problema imprevisto que involucre riesgos para los sujetos u otros.
 - c. Cualquier evento adverso serio dentro de las primeras 24 horas de ocurrido, al secretario(a) y al presidente (Anexo 1).
 - d. Cualquier conocimiento nuevo respecto al estudio, que pueda afectar la tasa riesgo/beneficio para los sujetos participantes.
 - e. cualquier decisión tomada por otros comités de ética.
 - f. La terminación prematura o suspensión del proyecto explicando la razón para esto.
 - g. El investigador principal deberá presentar un informe al final del año de aprobación. Los proyectos de duración mayor a un año, deberán ser sometidos nuevamente con todos los documentos para revisión actualizados.

Firma: 
Nombre: MARIA FLORENCIA VELASCO DE MARTINEZ
Capacidad representativa: PRESIDENTA
Fecha: 30 08 2017
Teléfono: 5185677

CERTIFICACIÓN DE LA FACULTAD DE SALUD DE LA UNIVERSIDAD DEL VALLE

Por medio de la presente, certifico que la Facultad de Salud de la Universidad del Valle aprueba el proyecto arriba mencionado y respeta los principios, políticas y procedimientos de la Declaración de Helsinki de la Asamblea Médica Mundial, de la Resolución 8430 de 1993 del Ministerio de Salud y de la reglamentación vigente en investigación de la Universidad del Valle.

Firma: 
Nombre: ADALBERTO SÁNCHEZ G.
Capacidad representativa: VICEDECANO DE LA FACULTAD DE SALUD
Fecha: 30 08 2017
Teléfono: 5185680

Quito, 27 de marzo del 2018

**Elvis Siprian Castro Alzate
INVESTIGADOR PRINCIPAL**

ASUNTO: REVISIÓN DE PROTOCOLO DE INVESTIGACIÓN

Por medio de la presente y una vez que el protocolo de investigación presentado por el Sr. Elvis Siprian Castro Alzate, que titula "ESTUDIO MULTICÉNTRICO DE EVALUACIÓN DE LA DISCAPACIDAD EN POBLACIÓN CON TRASTORNOS MENTALES GRAVES, DE TRES PAÍSES DE SURAMÉRICA QUE PRESENTAN DIFERENTES NIVELES DE IMPLEMENTACIÓN DE REFORMA EN SUS POLÍTICAS DE SALUD MENTAL: CENTRO QUITO (ECUDOR), 2018" ha sido revisado y evaluado por el Comité de Ética de Investigación en Seres Humanos del Hospital General Docente de Calderón (CEISH-HGDC), se comunica que dicho proyecto está APROBADO al cumplir todos los requerimientos éticos, metodológicos y jurídicos establecidos por el reglamento vigente para tal efecto.

Los documentos analizados que constan anexos a esta comunicación con aprobación del CEISH, son los siguientes:

- Protocolo titulado "ESTUDIO MULTICÉNTRICO DE EVALUACIÓN DE LA DISCAPACIDAD EN POBLACIÓN CON TRASTORNOS MENTALES GRAVES, DE TRES PAÍSES DE SURAMÉRICA QUE PRESENTAN DIFERENTES NIVELES DE IMPLEMENTACIÓN DE REFORMA EN SUS POLÍTICAS DE SALUD MENTAL: CENTRO QUITO (ECUDOR), 2018", versión 2018, fecha de aprobación 27 de marzo del 2018.
- Documento de consentimiento informado, incluido en el protocolo.


El (la) investigador(a) principal debe continuar con el proceso de autorización en la Dirección Nacional de Inteligencia en Salud (DIS) previo a su ejecución dentro de lo programado en su protocolo.

Como respaldo de lo indicado, consta el formato de informe de Comités de Ética respecto a análisis de protocolos de investigación.

También se recuerda las obligaciones que el investigador principal debe cumplir con el CEISH-HGDC antes, durante y después de la ejecución del proyecto.

- Presentar la autorización de la DIS para iniciar el proyecto,
- Presentar los informes de avance de proyecto, según el cronograma establecido en el protocolo. En los casos de estudios mayores a un año deberá ser al menos un informe anual.
- Entregar el informe final del proyecto una vez culminada la investigación,
- En el caso de publicación del estudio, mantener la filiación institucional del Hospital General Docente de Calderón, indicándolo como centro donde se realizó el estudio.

Atentamente,


Dr. Danny Flores Almeida
PRESIDENTE COMITÉ DE ETICA DE INVESTIGACIÓN EN SERES HUMANOS
HOSPITAL GENERAL DOCENTE DE CALDERÓN

9.7. Formato de consentimiento informado



Universidad de Concepción
Facultad de Medicina
Doctorado en Salud Mental

Estimado usuario(a):

Este documento le entregará toda la información que necesita para decidir su participación, de manera libre y voluntaria, en el estudio que le presentamos.

El estudio titulado “*Comparación de modelos explicativos de perfiles de discapacidad en población con trastornos mentales graves de tres países de Sudamérica*”, será realizado en Chile por el Departamento de Psiquiatría y Salud Mental de la Universidad de Concepción y será financiado por la Comisión Nacional de Investigación Científica y Tecnológica – CONICYT. El Investigador Responsable es el Dr (C) Elvis Siprian Castro Alzate, RUT 25.042.839-1, Terapeuta Ocupacional y Epidemiólogo, alumno del Doctorado en Salud Mental de la Universidad de Concepción, dirección de residencia: Avenida Ignacio Collao 750 Departamento 1401, teléfono +56 9 97 71 62 44, correo electrónico: elviscastro@udec.cl. El ámbito territorial en Chile corresponde al Servicio de Psiquiatría de Concepción.

A continuación, se presenta información sobre el estudio, le solicitamos pueda leerla con detención y en caso de dudas, realizar las consultas que estime convenientes con total libertad.

OBJETIVO DEL ESTUDIO.

Este tiene por objetivo comparar modelos explicativos de perfiles de discapacidad en una muestra de personas con trastornos mentales graves de tres países de Sudamérica, lo que permitirá determinar diferencias entre la estimación de la discapacidad en Chile, Colombia y Ecuador.

La invitación a participar de esta investigación científica es en razón de su condición de usuario del Servicio de Psiquiatría de Concepción mediante consulta ambulatoria, que está dentro del grupo de personas entre 18 y 65 años. Se invitará a todos los usuarios, y quienes acepten serán entrevistados por un profesional sanitario para realizar la evaluación de discapacidad.

Su participación implica tener disponibilidad para:

Solicitar información sobre el diagnóstico médico.

Responder un test de evaluación de habilidades cognitivas.

Responder una escala de evaluación de discapacidad.

La duración de las actividades tendrá una duración aproximada de 45 (cuarenta y cinco minutos), y serán aplicados en las instalaciones del Servicio de Psiquiatría. Todas las actividades estarán a cargo del Investigador Responsable, Dr. Elvis Siprian Castro Alzate.

BENEFICIOS

Su participación permitirá profundizar en el conocimiento sobre la vinculación de las personas con trastornos mentales graves en las actividades cotidianas y determinar la existencia de un impacto en el rol ocupacional en los usuarios del servicio.

RIESGOS

Si decide participar, es importante tener en cuenta que este estudio se trata de una investigación de riesgo mínimo, sin ser mayor a los riesgos presentados en la vida cotidiana. No obstante, en caso que algún participante presente alguna molestia psicológica producto de la evaluación, se le ofrecerá la atención requerida por profesionales de salud mental.

CONFIDENCIALIDAD DE LAS INFORMACIONES

Toda la información que se recoja será confidencial y no se usará para ningún otro propósito que no sean las de este estudio. Sus respuestas a los cuestionarios serán codificadas usando un código de identificación alfa numérico y, por lo tanto, esa información se manejará de forma anónima. Los datos serán custodiados por el Investigador Responsable. Así también se garantiza la privacidad de las opiniones y juicios emitidos por usted.

PARTICIPACIÓN LIBRE Y VOLUNTARIA

Su participación en este estudio es totalmente libre y voluntaria. No hay costos ni incentivos económicos por participar en esta investigación. Cuando deba concurrir al Servicio de Psiquiatría para una actividad asociada al proyecto, le será cancelado el costo de los pasajes. Usted tiene el derecho a no aceptar participar o a retirar su consentimiento y retirarse del proyecto en el momento que lo estime conveniente. Al hacerlo, usted no pierde ningún derecho que le asiste.

Si usted retira su consentimiento, sus datos serán eliminados y la información obtenida no será utilizada en este estudio.

RESULTADOS

Los resultados de la investigación se mantendrán en el medio académico y universitario, medio en que serán publicados, resguardados por el Investigador Responsable.

PREGUNTAS

Si tiene preguntas, dudas o requiere información adicional sobre su participación en el estudio, puede comunicarse con el Investigador Responsable, Dr. Elvis Siprian Castro Alzate, al teléfono +56 9 97 71 62 44 o al correo elviscastro@udec.cl. También puede comunicarse con la Dra. María Antonia Bidegain, Presidenta del Comité Ético Científico del Servicio de Salud de Concepción al teléfono 41 2722745.

Si usted acepta participar del estudio “Comparación de modelos explicativos de perfiles de discapacidad en población con trastornos mentales graves de tres países de Sudamérica”, rogamos firmar el Acta de Consentimiento que sigue.

ACTA DE CONSENTIMIENTO

Acepto participar de manera libre y voluntaria en el estudio *“Comparación de modelos explicativos de perfiles de discapacidad en población con trastornos mentales graves de tres países de Sudamérica”*, sobre la base que:

- a) Mi participación es libre y voluntaria.
- b) No hay riesgos en este estudio para mí.
- c) No hay costos ni incentivos económicos para mí por participar en esta investigación.
- d) Cuando deba concurrir al Servicio de Psiquiatría por una actividad asociada al proyecto, me será cancelado el costo de traslado (pasajes)
- e) Me podré retirar de este estudio en cualquier momento sin ser obligado(a) a dar razones y sin que ello me perjudique de ninguna forma.
- f) la información que entrego será confidencial y estará resguardada por el Investigador Responsable en un espacio con llave designado por el Departamento de Psiquiatría y Salud Mental de la Universidad de Concepción, especialmente adaptado para ello.
- g) Los resultados de este estudio pueden ser publicados, pero mi identidad no será revelada y mis datos personales permanecerán en forma confidencial.
- h) Puedo hacer las preguntas necesarias para obtener información acerca de mi participación en este estudio.

Este documento se firmará en dos ejemplares, siendo una copia para usted y otra para el Investigador Responsable.



Nombre del participante	Firma	Fecha: D / M / A
Nombre del testigo Relación con el participante	Firma	Fecha: D / M / A
Nombre profesional que solicita el consentimiento	Firma	Fecha: D / M / A
Nombre Director del Servicio o delegado Ministro de Fe	Firma	Fecha: D / M / A