

Diseño y Validez de un Instrumento para Determinar Discapacidad Psicosocial Asociada a Trastornos Mentales

Design and Validity of an Instrument to Determine Psychosocial Disability Associated with Mental Disorders

Felipe Agudelo-Hernández¹, Edison Andrés Romero² y Yudy Quintero-Pulgar³

Resumen

El objetivo del estudio consiste en presentar el proceso en el diseño de una escala para determinar la discapacidad psicosocial asociada a la enfermedad mental. Para esto se desarrolló la validez fundamentada en el contenido a través de juicio de expertos y se aplicó el instrumento a 203 familias de una estrategia de Rehabilitación Basada en Comunidad, para determinar un análisis factorial que mostró 75 ítems, agrupados en dominios de Adherencia al Tratamiento, Discapacidad Personal/Emocional, Discapacidad Funcionamiento Familiar, Discapacidad Social y Discapacidad Ocupacional. En el análisis factorial exploratorio se retuvieron 33 ítems, agrupados en cinco factores, en los que se encontró además una adecuada validez concurrente. Finalmente, se proponen puntos de corte y se dan recomendaciones para futuras adaptaciones.

Palabras clave: evaluación de la discapacidad, salud mental, estudio de validación, recuperación de la salud mental

Abstract

The motivational climate in sport is a predictor of the athletes' motivation, satisfaction, dropout, anxiety, and self-esteem. This study aims to obtain a Portuguese version of the Perceived Motivational Climate in Sport Questionnaire 2 (PMCSQ-2), contributing with a more current instrument that evaluates the motivational climate in sport according to several subfactors. This will allow us to analyse and intervene in the sport context. We proceed to the PMCSQ-2 translation, with the final version being applied to 499 young athletes with ages between 12 and 18 years old. The sub-factors - Cooperative Learning, Punishment for Mistakes, Unequal Recognition, Important Roles, , Effort/Improvement - revealed good internal consistency. The confirmatory factor analysis showed that the Portuguese version of the questionnaire has adequate psychometric properties that make it suitable for future studies.

Keywords: motivation, climate, sport context, confirmatory factor analysis

Declaramos que este trabajo no recibió ningún financiamiento.

Agradecimientos: Al Municipio de Aranzazu-Caldas, Colombia, a Diana Rodríguez Araújo del Ministerio de Salud de Colombia y a Gloria Inés Saldarriaga Toro de la Dirección Territorial de Salud de Caldas.

¹Médico Psiquiatra, Ph.D en Ciencias Sociales, Niñez y Juventud. Universidad de Manizales, Docente de Salud Pública, Manizales, Caldas, Carrea 22 #58-21, 170001, Colombia. Tel.: +57 3146517362. Correo: afagudelo81703@umanizales.edu.co; <https://orcid.org/0000-0002-8356-8878> (Autor de correspondencia)

²Psicólogo, Especialista en Gestión del Talento Humano. Dirección Territorial de Salud de Caldas, referente de conducta suicida. Carrera 21a #19-02, Manizales, Caldas, Colombia. Correo: saludmental.dtsc@gmail.com

³Psicóloga, Magíster en Salud Pública. Agency for International Development – USAID, asesora; <https://orcid.org/0000-0003-4977-6937>. Calle 62 #4-92, Bogotá, Colombia.

Introducción

Se ha descrito que el impacto de los trastornos mentales a nivel individual, familiar y comunitario es significativo, con consecuencias relacionadas con pérdidas económicas, dificultad en la productividad y, principalmente, la dificultad para llevar una vida placentera (Organización Mundial de la Salud -OMS-, 2022). Aunque el origen y las consecuencias de los trastornos mentales tienen una evidente relación psicosocial, los enfoques aún están centrados únicamente en los síntomas de un individuo y no en la comunidad como eje de recuperación, incluso cuando la evidencia global indica lo contrario (Patel et al., 2018).

Esta evidencia global ha tenido hitos importantes. Uno de estos consiste en Los Principios de Brasilia del 2005, los cuales reiteran la validez de la Declaración de Caracas de 1990, en relación con la protección de los derechos humanos y las libertades fundamentales de las personas afectadas por trastornos mentales (OMS, 2010a). La Asamblea General de las Naciones Unidas adopta la Convención Sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad (2006), vinculando jurídicamente a las personas con impedimentos psicosociales, e incluyendo las barreras sociales como factor diferencial entre limitación y discapacidad en un individuo. Esta plantea una apuesta por parte de los estados hacia una participación plena y efectiva en la sociedad, en igualdad de condiciones (Naciones Unidas, 2006).

Posteriormente, la Comisión de Lancet revisó a fondo la salud mental en países de ingresos bajos y medianos, donde se encontró que la carga de los trastornos mentales no era proporcional a los recursos disponibles (Lancet Global Mental Health Group, 2007). En 2018 se actualizó esta Comisión, donde empeoraron los indicadores de discapacidad psicosocial asociada a enfermedades mentales, donde se señala que las enfermedades mentales causan más años de vida con discapacidad (32.4%) que cualquier otra condición de salud (Patel et al., 2018). Además, menciona que las personas que viven con enfermedades mentales también tienen más probabilidades de desarrollar problemas de salud física, menos probabilidades de recibir atención médica de calidad y de adherir al tratamiento, lo que da como resultado de salud

física más deficientes, incluida una mayor mortalidad prematura (Patel et al., 2018).

Estos factores han orientado al abordaje de los trastornos mentales desde la categoría de discapacidad psicosocial (Agudelo-Hernández, 2023; Ravaghi et al., 2023). La discapacidad hace referencia tanto a la alteración en las funciones o estructuras corporales (en estas, la mente), como a las restricciones vitales en la participación efectiva de las personas que poseen dicha alteración (Leiva-Peña et al., 2021). Puede plantearse desde las barreras del contexto para acceder a las funciones; y desde las características individuales, lo que le da a la discapacidad una articulación entre condiciones de vida y condiciones de salud (Digel Vandyk et al., 2013; Docrat et al., 2020; Ferrante & Ferreira, 2011; Gallardo-Peralta & Gálvez-Nieto, 2018).

Desde las recomendaciones globales se indica un modelo convergente en el que interactúan factores psicosociales, ambientales, biológicos y genéticos a lo largo del ciclo de vida, en el marco de los Objetivos de Desarrollo Sostenible (Patel et al., 2018). Estos modelos han mostrado impactos en un menor gasto en clínicas psiquiátricas, en aumento de servicios cercanos a las personas y en un aumento en la calidad de vida (Jamison et al., 2018; OPS, 2016).

El abordaje de la salud mental debe considerar características sociodemográficas que puedan tener relación con la calidad de vida de las personas (Phino et al., 2017). Esto debe conducir diseño de programas que incluyan los aspectos clínicos, sociales y económicos a los que se enfrentan las personas con trastornos mentales (BasicNeeds, 2022; McQuaid et al., 2012; Russell et al., 2023).

Es así como la evaluación en la investigación de la salud mental ha progresado desde conceptualizaciones imprecisas y subjetivas del trastorno, hasta definiciones y medidas objetivas y estandarizadas (McQuaid et al., 2012). Sin embargo, la creciente investigación sobre la convergencia de los aspectos biológicos, psicológicos y sociales de los trastornos mentales orienta sobre la necesidad de determinar la discapacidad más allá de síntomas aislados (Bhugra et al., 2017).

Para determinar la discapacidad psicosocial se han propuesto algunas herramientas como el Cuestionario para la Evaluación de la Discapacidad de la OMS– WHODAS 2.0 (OMS, 2010b; WHO,

2000), la Escala de Discapacidad de Londres (LHS), la Encuesta de Salud SF-36 Versión Reducida de 36 preguntas para el Estudio de los Resultados Médicos (Harwood et al., 2007), el WHOQOL-100 (WHO, 1982), además de la *International classification of functioning, disability and Health* (CIF) (OMS, 2001), y otros instrumentos que determinan el compromiso en múltiples esferas de funcionamiento por los trastornos mentales (Lima-Castro et al., 2021).

Aunque se cuenta con instrumentos para medir la discapacidad psicosocial, se requieren herramientas de medición de aplicación en entornos comunitarios que precisen algunos elementos adicionales propios de los trastornos mentales, además de aquellos aspectos psicosociales que se relacionan con la recuperación. Esto puede ser de utilidad en la planeación de unos objetivos de tratamiento más centrados en la vida y en la cotidianidad de las personas con trastornos mentales. Por lo anterior, objetivo del presente artículo es describir el proceso de creación y validación de una escala para determinar la discapacidad psicosocial asociada a trastornos mentales en población colombiana.

Método

Participantes

La muestra se conformó por 203 individuos con patología mental y sus cuidadores principales, de área rural (39.4%), semiurbana (30.3%) y urbana (30.3%), con una media de 35.7 años. Todos se encontraban en un programa de Rehabilitación Basada en la Comunidad, en Caldas, Colombia.

Procedimiento

La fase de la creación de este instrumento siguió la metodología propuesta por Escobar-Pérez y Cuervo-Martínez (2008). Se planteó una delimitación conceptual del constructo a evaluar. En este punto, se abordaron definiciones semánticas de las variables (Carretero-Dios & Pérez, 2005), acompañadas de una evaluación de expertos de dichas definiciones, según lo planteado por Galicia-Alarcón et al. (2017), al igual que las relaciones esperadas entre estas.

En este consenso de expertos (conformado por una socióloga con experticia en salud mental, una

psicóloga social, una psicóloga clínica, un psiquiatra, doctor en ciencias sociales, y una psicóloga magíster en salud pública), se definieron los dominios.

Posteriormente, en cuanto a la construcción y evaluación cualitativa de ítems, se consideraron aspectos del contexto y de la edad a quien podría aplicarse, además del entorno y tiempo de aplicación. Como siguiente paso, se elaboraron preguntas por dimensiones para luego ser revisadas por expertos, quienes juzgaron las propiedades de cada ítem en cuanto a criterios de claridad, objetividad, pertinencia, organización, suficiencia, adecuación, consistencia, coherencia, metodología, y significatividad, para determinar la validez de contenido.

En cuanto a la aplicación del instrumento en la comunidad, todos firmaron el consentimiento informado. Esta aplicación se dio por parte del personal de salud del primer nivel de atención, especialmente psicología y enfermería, e incluyeron datos sociodemográficos y otros instrumentos para determinar situaciones asociadas a la discapacidad psicosocial. De encontrar algún riesgo en salud mental, se activaron rutas de atención con el hospital local. Se devolvieron los resultados posteriormente a las personas. No se consideraron criterios de exclusión para la aplicación, la cual fue en compañía de cuidadores principales.

Instrumentos

El presente instrumento se denominó Escala de Discapacidad Psicosocial de Caldas se propuso como una herramienta heteroaplicada para entornos comunitarios, desarrollada con el fin de identificar y especificar la discapacidad psicosocial. Este instrumento contó inicialmente con 75 preguntas de carácter cuantitativo, con respuestas dicotómicas (ver Tabla 1).

De estas 75 preguntas se excluyeron dos por presentar un bajo Coeficiente de Validez de Contenido: *¿Considera conflictivas las relaciones con la comunidad?* y *¿Hay frecuentes discusiones en su ámbito laboral?*, la 57 y 73, respectivamente, ya que se consideró por los expertos que se asemejaba a otras preguntas sin dar otros aportes. Estas preguntas se califican SI y NO, corresponden a niveles de riesgo, siendo uno el mayor valor de menor riesgo y dos como mayor riesgo (ver Tabla 2).

Tabla 1. Ítems de la escala

Adherencia al tratamiento (AT)

1. ¿Asiste con la periodicidad programada a los controles?
 2. ¿Sigue las recomendaciones del tratamiento?
 3. ¿Toma los medicamentos a la hora indicada?
 4. Cuando los síntomas desaparecen, ¿suspende el tratamiento?
 5. Para que siga el tratamiento, ¿es necesario que otros se lo recuerden?
 6. ¿Sigue otras recomendaciones aparte del manejo farmacológico o psicoterapéutico?
 7. ¿Conoce los motivos y el funcionamiento del tratamiento farmacológico?
- Discapacidad a nivel personal y emocional (DPE)
8. ¿Cuida su higiene personal?
 9. ¿Cuida su alimentación?
 10. ¿Se responsabiliza del cuidado de su salud?
 11. ¿Se responsabiliza de la toma de medicamentos y asistencia a las terapias?
 12. ¿Asiste a controles odontológicos?
 13. ¿Asiste a otras citas médicas para otros problemas médicos?
 14. ¿Asiste a los programas de promoción y prevención?
 15. ¿Considera que tiene buen uso del tiempo libre?
 16. ¿Asiste a procesos de capacitación, como curso, seminarios, clases?
 17. ¿Realiza actividad física por lo menos 90 minutos a la semana?
 18. ¿Tiene espacios de espiritualidad o reflexión?
 19. ¿Practica de forma habitual lectura, dibujo, escritura, otro tipo de arte o artesanías?
 20. ¿Participa en celebración de fechas especiales?
 21. ¿Participa de alguna organización o grupo?
 22. ¿Considera que tiene habilidades manuales o artísticas aparte de las laborales?
 23. En los últimos tres meses, ¿es frecuente que se aísla a causa de sus emociones?
 24. ¿Suele buscar ayuda en las personas más cercanas cuando se siente triste o angustiado?
 25. En los últimos tres meses, ¿llora con frecuencia?
 26. En los últimos tres meses, ¿se frustra con facilidad?
 27. ¿Se dirige a alguna institución para buscar ayuda en caso de sentirse mal?
 28. ¿Golpea los objetos cuando se frustra o entristece?
 29. ¿Golpea a otras personas?
 30. ¿Se autolesiona?
 31. ¿Se siente con frecuencia sin esperanza?
 32. ¿Tiene capacidad de encontrar soluciones ante las dificultades?
 33. ¿Busca otros escenarios fuera de casa cuando se siente triste o ansioso?
 34. ¿Se siente una carga para su familia?
 35. ¿Ha presentado ideación suicida en los últimos tres meses?
 36. ¿Ha presentado ideación suicida en el último año?
 37. ¿Considera otras redes de apoyo, aparte de las familiares?
 38. ¿Aplica pautas de crianza en niños, niñas, adolescentes a cargo?
- Discapacidad en funcionamiento familiar (DFF)
39. ¿Siente que tiene autoridad en las decisiones de su sistema familiar?
 40. ¿Tiene autonomía en las decisiones a nivel familiar?
 41. ¿Siente que hay sobreprotección de otros miembros familiares hacia usted?
 42. ¿Siente que hay una dependencia anormal en las relaciones familiares?
 43. ¿Considera un vínculo fuerte óptimo a nivel familiar?
 44. ¿Considera que sus relaciones familiares son estrechas?
 45. ¿Considera que sus relaciones familiares son conflictivas?
 46. ¿Considera que sus relaciones familiares son distantes?
 47. A nivel de pareja, ¿resuelven de forma tranquila los conflictos?
 48. ¿Manejan situaciones de enojo o estrés en la pareja?
 49. ¿Considera que hay respeto entre usted y su pareja?
 50. ¿Considera que hay una buena comunicación entre usted y su pareja?
 51. ¿Considera que tiene una vida sexual satisfactoria?
- Discapacidad social (DS)
52. ¿Cuenta con un grupo de amigos?
 53. ¿Comparte momentos con alguien de ocio, como ver películas, leer un libro, ir al cine, a caminar, etc.?
 54. ¿Sale de paseo con un grupo social?
 55. ¿Practica en grupo alguna actividad que disfrute, de forma semanal (hobbie)?
 56. ¿Sale de compras?
 57. ¿Considera conflictivas las relaciones con la comunidad?
 58. ¿Sus relaciones en la comunidad son participativas?
 59. ¿Siente apatía al relacionarse con su comunidad?
- Discapacidad laboral/ocupacional (DL)
60. ¿Siente que puede trabajar actualmente?
 61. ¿Está satisfecho con la cantidad de ocupaciones que puede desempeñar?
 62. ¿Considera que su rendimiento en sus labores es bueno?
 63. ¿Le gusta las labores que desempeña?
 64. ¿Se considera ágil en las labores que desempeña?
 65. ¿La relación con sus jefes es buena?
 66. ¿Considera negativa la relación con sus superiores?
 67. ¿Tiene una buena comunicación con sus superiores a nivel ocupacional?
 68. ¿Es capaz de seguir instrucciones a nivel laboral?
 69. ¿Tiene buenas relaciones con los compañeros de trabajo?
 70. ¿Considera las relaciones con sus compañeros de trabajo como solidarias?
 71. ¿Hay buena comunicación a nivel laboral?
 72. ¿Considera que las relaciones de trabajo son tensas con sus compañeros?

73. ¿Hay frecuentes discusiones o problemas personales en el ámbito laboral?

74. ¿Colabora en las labores del hogar?

75. ¿Aporta a la economía del hogar de alguna forma?

Tabla 2. Puntajes de los ítems

Pregunta	Opción de respuesta	Puntuación
1,2,3,6,7,8,9,10,11,12,13,14,15,16,17,18,19,20,21,22,24,27,32,33, 37, 38,39,40,43,44,	SI	1
47, 48, 49, 50,51,52,53,54,55,56,58, 60,61,62,63,64,65,67,68,69,70,71,74,75.	NO	2
4,5,23,25,26,28,29,30,31,34,35,36, 41,42,45,46,59,66,72.	SI	2
	NO	1

Elaboración propia.

Se planteó que la escala debería ser para mayores de 16 años, sin déficit o trastornos cognitivos mayores, en contextos ambulatorios o comunitarios, y con un tiempo de aplicación de 25 a 30 minutos, preferiblemente con sus cuidadores principales y acompañado por personal de salud de primer nivel de atención en el diligenciamiento. Se consideró además que el tiempo para calificación tardaría de 5 a 10 minutos, incluido el análisis por dominios. Se consideraron dos opciones de respuesta, buscando mayor comprensión de la pregunta y agilidad en la misma por las exigencias de los contextos comunitarios.

En el procedimiento también se usaron escalas para determinar la correlación con algunas variables que también hacen parte del constructo de discapacidad psicosocial. La Escala de Zarit indica sobrecarga de cuidador en la familia, incluidas algunas barreras de participación en la sociedad, y su estructura factorial ha sido evaluada en población similar (Rodríguez et al., 2016). Este instrumento mide áreas similares a las de la Escala de Discapacidad Psicosocial de Caldas, como la financiera, social, bienestar físico y psicológica, entre otras (Vélez-Lopera et al., 2012).

El Self Reporting Questionnaire -SRQ-, muestra alteraciones individuales en la salud mental (Beusenberg & Orley, 1994), y se usó para determinar la validez concurrente por ser el instrumento de referencia en Colombia para determinar síntomas psiquiátricos, según la última Encuesta Nacional de Salud Mental (Gómez-Restrepo, 2016). Este determina síntomas de depresión, ansiedad, psicosis y convulsiones, y permite determinar alteraciones individuales que contribuyan a la discapacidad psicosocial (Londoño Pérez, 2017).

Análisis de los resultados

En cuanto al Coeficiente de Validez de Contenido, según las categorías de claridad, objetividad, pertinencia, organización, suficiencia, adecuación, consistencia, coherencia, metodología, significatividad, se usó el (IVC) con la V Aiken, dada la posibilidad de evaluar la significación estadística, lo que permite generar valores que pueden contrastarse a nivel estadístico para elegir finalmente los ítems más pertinentes (Escrura Mayaute, 1988).

Se indagó en cada ítem si este era innecesario, útil, o esencial. El IVC para cada ítem se basó en la fórmula $IVC = (n_e - N/2) / N/2$, n_e equivale al número valoraciones del ítem como esencial y N al total de evaluaciones. El IVC oscila entre +1 y -1, y las puntuaciones positivas indican una mejor validez de contenido.

Se consideró excluir las preguntas con una V de Aiken inferior a lo establecido para un intervalo de confianza del 99%, y un coeficiente de variación superior a un 25% en los parámetros de pertinencia y contenido evaluados por los expertos. De igual forma, se eliminaron aquellos ítems con mínimo dos consideraciones de jueces para eliminar la pregunta, o que un juez lo considere y después de la evaluación, el equipo investigador lo considere. Se revisaron además aquellos ítems con una V de Aiken menor que .8, buscando realizar ajustes en términos de redacción.

Usando SPSS (versión 26), se llevaron a cabo análisis univariados para determinar medidas de tendencia central. Sobre los resultados de la muestra, se realizó un análisis factorial exploratorio, donde se retuvieron ítems que cumplieran con los siguientes criterios: 1) cada factor estuviera representado por al menos tres ítems (sobredeterminación), 2) cada ítem carga de manera importante en un solo factor (no cargas cruzadas), y 3) todos los factores tuvieran un

Tabla 3. Validez de contenido

Criterios y definición		#Jueces	Acuerdos V	Aiken V	Validez *
Claridad	Lenguaje claro y apropiado	5	5	1	Válido *
Objetividad	Expresado en conductas observables	5	5	1	Válido *
Pertinencia	Está formulado de acuerdo a conceptos vigentes	5	5	1	Válido *
Organización	Hay una secuencia lógica	5	4	.80	Válido *
Suficiencia	Comprende aspectos de cantidad y calidad	5	4	.80	Válido *
Adecuación	Mide de forma suficiente el constructo que desea medir	5	5	1	Válido *
Consistencia	Basado en bases teóricas vigentes	5	5	1	Válido *
Coherencia	Entre las preguntas y las dimensiones	5	4	.80	Válido *
Metodología	La estrategia responde al propósito de la medición	5	4	.80	Válido *
Significatividad	Es útil y adecuado para abordar la necesidad	5	4	.80	Válido *

* $p < .05$

coherencia teórica. Se realizaron análisis bivariados para determinar la validez concurrente entre la Escala de Zarit, el SRQ y la Escala de Discapacidad Psicosocial de Caldas.

Consideraciones éticas

Este trabajo cumple con las normas de investigación en seres humanos según lo dispuesto en la resolución No 008430 de 1993 del Ministerio de Salud y en la Declaración de Helsinki de 2.000. Es una investigación de riesgo mínimo y se revisó y avaló mediante acta CBE02_2021 por el Comité de Bioética de la Universidad de Manizales.

Resultados

Como se evidencia en la Tabla 3, en la revisión de expertos, todos los ítems obtuvieron resultados de V Aiken (Coeficiente de Validez de Contenido) por encima de .8, en cuanto a claridad, objetividad, pertinencia, organización, suficiencia, adecuación, consistencia, coherencia, metodología, y significatividad, lo que se considera adecuado (Charter, 2003).

En la aplicación del instrumento, se encontró, en cuanto a los datos sociodemográficos, que un 47.29% de la muestra fueron mujeres, entre estratos socioeconómicos uno, dos y tres. Como diagnósticos, se reportó 49.26%, de Trastorno Bipolar, 26.63% de depresión mayor (unipolar) y 24.11% de esquizofrenia o trastorno esquizoafectivo. Todos fueron mayores de edad y contaron con una red familiar de cuidado.

Al analizar los resultados de la Escala con los 73 ítems previos, el análisis factorial mostró la agrupación de 33 ítems en seis factores (ver Tabla 4). Para la elección de los ítems se consideró una carga factorial superior a .5 y el cumplimiento de los criterios de sobredeterminación, no cargas cruzadas y coherencia teórica.

Los dominios resultantes fueron los siguientes: Adherencia al Tratamiento, identifica elementos relacionados con el tratamiento, su continuidad y comprensión por parte de la persona; Discapacidad Personal y Emocional, evalúa la capacidad del cuidado de sí mismo, la realización de actividades significativas y pérdida de la capacidad de respuesta emocional. Referente al dominio de Discapacidad en el Funcionamiento Familiar, se reconoce la estructura familiar teniendo en cuenta, el parentesco, la edad, la profesión y nivel de escolaridad. En el dominio de Discapacidad Social, se evalúa el contacto significativo con otras personas, la existencia y relaciones con las redes de apoyo. Finalmente, en el dominio de Discapacidad Laboral, se indaga sobre satisfacción laboral, relaciones con pares y superiores, además del desempeño laboral y ocupacional. Los demás ítems no mostraron una agrupación consistente.

Al realizar una sumatoria de cada uno de estos ítems, se clasifica por cuartiles el riesgo psicosocial en Bajo, Moderado, Alto y Muy Alto, como se muestra en la Tabla 5.

Posteriormente, se buscó una aproximación a una validez concurrente. La Escala de Zarit, indica sobrecarga de cuidador en la familia (Vélez Lopera

Tabla 4. Análisis factorial exploratorio

	Factor 1	Factor 2	Factor 3	Factor 4	Factor 5	Factor 6	Unicidad
DL6	.97						.08
DL11	.96						.12
DL12	.95						.13
DL5	.90						.20
DL9	.89						.20
DL8	.89						.21
DL1	.86						.25
DL10	.85						.27
DL16	.65						.47
DPE14		.87					.33
DPE8		.87					.29
DPE12		.85					.21
DPE11		.81					.27
DPE26		.79					.31
DPE10		.77					.57
DPE5		.67					.49
DS2		.64					.33
DPE1		.55					.16
DFF12			.98				.07
DFF13			.95				.13
DFF14			.88				.22
DFF11			.87				.22
DS6 - Invertido				.87			.32
DFF8 - Invertido				.78			.36
DS8 - Invertido				.74			.50
DFF9 - Invertido				.60			.57
DPE23 - Invertido					.90		.21
DPE22 - Invertido					.88		.25
DPE24 - Invertido					.65		.56
AT3						.81	.32
AT2						.64	.23
AT4 - Invertido						.55	.55
AT7						.53	.26

Nota. AT: Adherencia al Tratamiento; DL: discapacidad laboral/ocupacional; DPE: discapacidad personal y emocional; DFF: Discapacidad en Funcionamiento Familiar; DS: Discapacidad Social. Los autores.

Tabla 5. Niveles de riesgo y puntajes de discapacidad psicosocial

Cuartil	Nivel de Riesgo	Puntaje
4	Muy alto	>60
3	Alto	51 – 59
2	Moderado	44– 50
1	Bajo	< 43

Elaboración propia.

Tabla 6. Coeficientes de correlación entre la Escala de Discapacidad Psicosocial de Caldas e instrumentos relacionados

	Adherencia al Tratamiento	Discapacidad laboral	Discapacidad emocional	Funcionamiento Familiar	Discapacidad social
Sumatoria SRQ					
C. Pearson	.192*	.139	.258**	.201*	.265**
Sig (Bilateral)	.029	.114	.004	.022	.002
Sumatoria Zarit					
C. Pearson	.125	.210*	.184*	.244**	.259**
Sig (Bilateral)	.156	.017	.037	.005	.003

*La correlación es significativa en el nivel .05 (bilateral). **La correlación es significativa en el nivel .01 (bilateral). N=203. Los autores.

et al., 2012) y, el SRQ, alteraciones en la salud mental (Londoño Pérez, 2017). Como lo muestra la Tabla 6, se encuentran correlaciones entre dominios que miden aspectos similares, como discapacidad familiar o discapacidad social y escala de Zarit; o discapacidad socioemocional y el SRQ.

Discusión

El objetivo del presente estudio fue diseñar y validar una escala para determinar la discapacidad psicosocial asociada a trastornos mentales en una población colombiana como parte de una estrategia de Rehabilitación Basada en Comunidad. La

evaluación de la discapacidad asociada a trastornos mentales, resulta de vital importancia al ayudar a predecir factores que, más allá de la enfermedad y el diagnóstico médico, pueden ayudar a determinar y predecir necesidades, capacidad de cuidado, nivel de atención, evolución de la condición, capacidades y funciones (Russell et al., 2023). A través de una medición precisa de este constructo puede influir en decisiones de políticas, al identificar necesidades, ajustar tratamientos e intervenciones, medir resultados y efectividad, establecer prioridades y asignar recursos (OMS, 2010a). Esto pretende integrar otros aspectos y esferas que necesariamente se vinculan con los enfoques de salud mental, estrechamente relacionados con el bienestar y el desarrollo personal, así como con el desarrollo de las comunidades, regiones y países (Triece et al., 2022).

Si bien se ha avanzado en diferentes regiones del mundo en la planificación y desarrollo de estrategias comunitarias de rehabilitación en salud mental, aún existe evidencia limitada que permita comprender su aplicación y funcionamiento desde la perspectiva de la medición (Drocat et al., 2020; Ravaghi et al., 2023). En este contexto, este trabajo busca aportar un instrumento para determinar el nivel de discapacidad psicosocial asociada a trastornos mentales y especificar dominios de la misma, para orientar diagnósticos más específicos y acciones puntuales de intervención o acompañamiento con base en lo indicado por la más reciente evidencia en salud mental.

La elaboración de instrumentos para evaluar la discapacidad psicosocial requiere de procesos de investigación que permitan modelar de forma culturalmente sensible los dominios que conforman la discapacidad psicosocial (Ravaghi et al., 2023). Esto resulta de especial relevancia en la atención actual en salud mental, la cual pretende ubicar a las personas, la comunidad y sus capacidades, en el eje del abordaje (Patel et al., 2018).

Otros elementos de medición basados en un enfoque psicosocial, consiste en la Clasificación Internacional de Funcionamiento, Discapacidad y Salud (ICF) de la OMS (World Health Organization, 2001), que permite determinar el efecto de las condiciones de salud sobre las realidades, en especial sobre los procesos de

participación y las barreras sociales, aspectos que también aporta la Escala de Discapacidad Psicosocial de Caldas. Sin embargo, aunque usado para determinar el grado de deterioro, se han señalado dificultades para usar este instrumento como una medida estandarizada del funcionamiento de las personas (McQuaid et al., 2012), aspecto que podría mejorar la Escala propuesta en la presente investigación.

Otra de las herramientas propuestas consiste en el SF-36 (McHorney et al., 1994), el cual proporciona ocho puntajes de dominio que indexan el funcionamiento físico, el rol físico, el dolor corporal, la salud general, la vitalidad, el funcionamiento social, el rol emocional y la salud mental; además, se pueden calcular puntuaciones resumidas de salud física y mental. La fiabilidad y validez del SF-36 están bien documentadas (McHorney et al., 1994). De igual forma, la Escala de Evaluación de la Discapacidad de la OMS-II (WHODAS-II) (OMS, 2010b) es otra alternativa que evalúa una amplia gama de dimensiones de deficiencia y discapacidad utilizando escalas de elementos múltiples: comprensión y comunicación, movilidad, autocuidado, llevarse bien con los demás, actividades de la vida (incluye trabajo, educación y responsabilidades del hogar), y participación en la sociedad. Tiene una alta confiabilidad test-retest y se correlaciona con otras medidas de funcionamiento, como el SF-36 (WHO, 2000).

Aunque estos dos instrumentos abordan aspectos similares a la Escala de Caldas, se han señalado en algunas revisiones (Lima-Castro et al., 2021; McQuaid et al., 2012) que se centran predominantemente en el deterioro relacionado con la salud física, que requieren que las personas con trastornos mentales hagan una atribución sobre la etiología del deterioro en cuestión, lo que puede sesgar los resultados, además pueden ser difíciles de calificar o requieren la compra de una licencia o autorización antes de su uso. Las anteriores limitaciones podría considerarse fortalezas de la Escala de Discapacidad Psicosocial de Caldas.

Una fortaleza de este estudio consiste en obtener respuestas de académicos que además tienen experiencia en la atención y la gestión de los trastornos mentales. La incorporación de expertos por experiencia es una estrategia altamente recomendada en investigación y transferencia de

conocimiento en el ámbito de la salud mental y psiquiatría (Tapsell et al., 2020). Aunque la consulta de expertos incluyó solo una ronda de comentarios, las decisiones metodológicas del equipo de investigación fueron orientadas en reuniones entre los autores primarios del cuestionario, facilitando el consenso de las adaptaciones a realizar, las cuales, para este caso, fueron mínimas.

Este instrumento puede aportar a generar variables de implementación como utilidad, factibilidad, pertinencia y costo-beneficio de una intervención para la salud mental. Se recomienda, en futuros estudios, analizar la estructura factorial del instrumento presentado con una muestra mayor, que permita identificar puntos de corte adecuados para profundizar en el análisis de la satisfacción de las intervenciones, de continuidad del cuidado y de efectividad de las intervenciones integrales para la salud mental (Digel Vandyk et al., 2013).

Estudios posteriores podrían aportar a la validez concurrente desde otros instrumentos más específicos para el apoyo social (Gallardo-Peralta & Gálvez-Nieto, 2018), buscando generalizar con más fuerza los dominios propuestos. Estos estudios indagarían si este instrumento es estable en el tiempo, además de la validez discriminante y la capacidad de adaptación de su estructura interna a otros escenarios culturales (Ledesma et al., 2019). También se recomienda que futuras investigaciones relacionadas con la discapacidad psicosocial incluyan aspectos tecnológicos (Bhugra et al., 2017; McQuaid et al., 2012).

En conclusión, especificar en las personas los componentes de la discapacidad psicosocial podría aumentar los beneficios de las estrategias comunitarias de salud mental, las cuales han demostrado una importante evidencia y han sido recomendadas por los marcos políticos globales y locales en los planes de recuperación. El presente estudio aporta un instrumento que puede ser utilizado para este propósito y que puede usarse de forma libre para futuras adaptaciones.

Referencias

- Agudelo-Hernández, F. (2023). De las barreras a los posibles. Las políticas del acontecimiento en los grupos de ayuda mutua juvenil en Colombia. *ISBN publicación electrónica: 978-958-5468*. Editorial Universidad de Manizales, Manizales, Colombia.
- Beusenbergh, M., & Orley, J. (1994). *A user's guide to the self reporting questionnaire SRQ*. Geneva: World Health Organization, Division of Mental Health.
- Bhugra, D., Tasman, A., Pathare, S., Priebe, S., Smith, S., Torous, J., Arbuckle, M. R., Langford, A., Alarcón, R. D., Chiu, H. F. K., First, M. B., Kay, J., Sunkel, C., Thapar, A., Udomratn, P., Baingana, F. K., Kestel, D., Ng, R. M. K., Patel, A., Picker, L., ... Ventriglio, A. (2017). The WPA-Lancet Psychiatry Commission on the Future of Psychiatry. *The Lancet. Psychiatry*, 4(10), 775-818. [https://doi.org/10.1016/S2215-0366\(17\)30333-4](https://doi.org/10.1016/S2215-0366(17)30333-4)
- Carretero-Dios, H., & Pérez, C. (2005). Normas para el desarrollo y revisión de estudios instrumentales. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 5(3), 521-551. <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=33705307>
- Charter, R. A. A (2003). Breakdown of reliability coefficients by test type and reliability method, and the clinical implications of low reliability. *Journal of General Psychology*, 130(3), 290-304. <https://doi:10.1080/00221300309601160>
- Digel Vandyk, A., Graham, I. D., VanDenKerkhof, E. G., Ross-White, A., & Harrison, M. B. (2013). Towards a conceptual consensus of continuity in mental healthcare: Focused literature search and theory analysis. *International Journal of Evidence-Based Healthcare*, 11(2), 94-109. <https://doi.org/10.1111/1744-1609.12024>
- Docrat, S., Besada, D., Cleary, S., & Lund, C. (2020). The impact of social, national and community-based health insurance on health care utilization for mental, neurological and substance-use disorders in low- and middle-income countries: A systematic review. *Health Economics Review*, 10(1), 11. <https://doi.org/10.1186/s13561-020-00268-x>
- Escobar-Pérez J., & Cuervo-Martínez A. (2008). Validez de contenido y juicio de expertos: Una aproximación a su utilización. *Avances en medición*. 6(1). 27-36.

- Recuperado de http://www.humanas.unal.edu.co/psicometria/files/7113/8574/5708/Articulo3_Juicio_de_expertos_27-36.pdf.
- Escurrea Mayaute, L. (1988). Cuantificación de la validez de contenido por criterio de jueces. *Revista de Psicología*, 6(1-2), 103-111. <https://doi.org/10.18800/psico.198801-02.008>
- Ferrante C., & Ferreira M. A. (2011). Cuerpo y habitus: El marco estructural de la experiencia de la discapacidad. *Intersticios*, 5(1) 85-101. <http://www.intersticios.es/article/view/8888>.
- Galicia Alarcón, L., Balderrama Trápaga, J., & Edel Navarro, R. (2017). Validez de contenido por juicio de expertos: Propuesta de una herramienta virtual. *Apertura* (Guadalajara, Jal.), 9(2), 42-53. <https://doi.org/10.32870/ap.v9n2.993>
- Gallardo-Peralta, L. P., & Gálvez-Nieto, J. L. (2018). Validación del Cuestionario de Apoyo Social Comunitario en personas mayores Chilenas [Validation of the Community Support Questionnaire among elderly Chilean people]. *Revista Iberoamericana de Diagnóstico y Evaluación – e Avaliação Psicológica*, 49(4), 47-57. <https://doi.org/10.21865/RIDEP49.4.04>.
- Gómez-Restrepo C. (2016). La Encuesta Nacional de Salud Mental–ENSM 2015 [National Mental Health Survey- NMHST 2015]. *Revista colombiana de psiquiatria*, 45 Suppl 1, 1. <https://doi.org/10.1016/j.rcp.2016.09.006>
- Harwood, R. H., Rogers, A., Dickinson, E., & Ebrahim, S. (1994). Measuring handicap: The London Handicap Scale, a new outcome measure for chronic disease. *Quality in Health Care: QHC*, 3(1), 11-16. <https://doi.org/10.1136/qshc.3.1.11>
- Jamison, D., Nugent, H., Gelband, S., Horton, P., Jha, R., Laxminarayan, & Mock, C. (2018). Prioridades para el control de enfermedades: Compendio de la 3 a edición. Washington, DC. <https://openknowledge.worldbank.org/handle/10986/29392>.
- Lancet Global Mental Health Group, Chisholm, D., Flisher, A. J., Lund, C., Patel, V., Saxena, S., Thornicroft, G., & Tomlinson, M. (2007). Scale up services for mental disorders: a call for action. *Lancet* (London, England), 370(9594), 1241-1252. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(07\)61242-2](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(07)61242-2)
- Ledesma, R. D., Ferrando, P. J., & Tosi, J. D. (2019). Uso del Análisis Factorial Exploratorio en RIDEP. Recomendaciones para autores y revisores. *Revista Iberoamericana de Diagnóstico y Evaluación – e Avaliação Psicológica*, 3(52), 173-180. <https://doi.org/10.21865/RIDEP52.3.13>
- Leiva-Peña, V., Rubí-González, P., & Vicente-Parada, B. (2021). Determinantes sociales de la salud mental: Políticas públicas desde el modelo biopsicosocial en países latinoamericanos. *Revista Panamericana de Salud Pública*. 45-158. <https://doi.org/10.26633/RPSP.2021.158>.
- Lima-Castro, S., Arias-Medina, P., Blanco, V., & Vázquez, F. L. (2021). Propiedades psicométricas de la versión en Español del Test de Compromiso con la vida en personas con discapacidad física [Psychometric properties of the Spanish version of the Life Engagement Test in people with physical disability]. *Revista Iberoamericana de Diagnóstico y Evaluación – e Avaliação Psicológica*, 60(3), 15-26. <https://doi.org/10.21865/RIDEP60.3.02>
- Londoño Pérez, C. (2017). Instrumentos usados en Colombia para evaluar la dimensión psicológica del proceso salud-enfermedad. Universidad Católica de Colombia (Eds.). ISBN: 978-958-8934-75-4
- McHorney, C. A., Ware, J. E., Jr, Lu, J. F., & Sherbourne, C. D. (1994). The MOS 36-item Short-Form Health Survey (SF-36): III. Tests of data quality, scaling assumptions, and reliability across diverse patient groups. *Medical Care*, 32(1), 40-66. <https://doi.org/10.1097/00005650-199401000-00004>
- McQuaid, J. R., Marx, B. P., Rosen, M. I., Bufka, L. F., Tenhula, W., Cook, H., & Keane, T. M. (2012). Mental health assessment in rehabilitation research. *Journal of Rehabilitation Research and Development*, 49(1), 121-138. <https://doi.org/10.1682/jrrd.2010.08.0143>

- Organización Mundial de la Salud. (2010a). *Informe de la Reunión Internacional sobre la Salud en Todas las Políticas, Adelaida*. https://www.who.int/social_determinants/spanish_adelaide_statement_for_web.pdf
- Organización Mundial de la Salud. (2010b). *Medición de la salud y la discapacidad: Manual para el cuestionario de evaluación de la discapacidad de la OMS*. https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/170500/9874573309_spa.pdf?sequence=1&isAllowed=y
- Patel, V., Saxena, S., Lund, C., Thornicroft, G., Baingana, F., Bolton, P., Chisholm, D., Collins, P. Y., Cooper, J. L., Eaton, J., Herrman, H., Herzallah, M. M., Huang, Y., Jordans, M., Kleinman, A., Medina-Mora, M. E., Morgan, E., Niaz, U., Omigbodun, O., Prince, M., & Unützer, J. (2018). The Lancet Commission on global mental health and sustainable development. *Lancet (London, England)*, 392(10157), 1553-1598. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(18\)31612-X](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(18)31612-X)
- Pinho, L. G., Pereira, A., & Chaves, C. (2017). Influence of sociodemographic and clinical characteristics on the quality of life of patients with schizophrenia. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, 51, e03244. <https://doi.org/10.1590/S1980-220X2016031903244>
- Ravaghi, H., Guisset, A. L., Elfeky, S., Nasir, N., Khani, S., Ahmadnezhad, E., & Abdi, Z. (2023). A scoping review of community health needs and assets assessment: Concepts, rationale, tools and uses. *BMC Health Services Research*, 23(1), 1-20. <https://doi.org/10.1186/s12913-022-08983-3>
- Rodríguez, Á. P. A., Córdoba, A. M. C., & Poches, D. K. P. (2016). Escala de sobrecarga del cuidador Zarit: Estructura factorial en cuidadores informales de Bucaramanga. *Revista de Psicología (Universidad de Antioquía)*, 8(2), 87-99. <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=6059407>
- Russell, K., Rosenbaum, S., Varela, S., Stanton, R., & Barnett, F. (2023). Fostering community engagement, participation and empowerment for mental health of adults living in rural communities: A systematic review. *Rural and Remote Health*, 23(1), 7438. <https://doi.org/10.22605/RRH7438>
- Tapsell, A., Martin, K., Moxham, L., Burns, S., Perlman, D., & Patterson C. (2020). Expert by experience involvement in mental health research: Developing a wellbeing brochure for people with lived experiences of mental illness. *Issues Ment Health Nurs*, 41(3), 194-200. <https://doi.org/10.1080/01612840.2019.1663566>
- Triece, P., Massazza, A., & Fuhr, D. C. (2022). Effectiveness and implementation outcomes for peer-delivered mental health interventions in low- and middle-income countries: A mixed-methods systematic review. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 57(9), 1731-1747. <https://doi.org/10.1007/s00127-022-02294-y>
- United Nations General Assembly. (2006). *Convention on the rights of persons with disabilities*. New York: United Nations. <https://www.un.org/development/desa/disabilities/convention-on-the-rights-of-persons-with-disabilities.html>
- Vélez Lopera, J. M., Berbesí Fernández, D., Cardona Arango, D., Segura Cardona, A., & Ordóñez Molina, J. (2012). Validación de escalas abreviadas de zarit para la medición de síndrome del cuidador primario del adulto mayor en Medellín. *Atencion Primaria*, 44(7), 411-416. <https://doi.org/10.1016/j.aprim.2011.09.007>
- World Health Organization. (2000). *Disability assessment schedule WHODAS II: Phase 2 field trials—Health services research: 12-item interviewer administered version*. Geneva (Switzerland): World Health Organization. <http://www.who.int/classifications/icf/12int.pdf>
- World Health Organization. (2001). *International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF)*. Geneva (Switzerland).
- World Health Organization. (1982). *Quality of Life assessment (WHOQOL): position paper from the World Health Organization*. (1995). *Social Science & Medicine*, 41(10), 1403-1409. [https://doi.org/10.1016/0277-9536\(95\)00112-k](https://doi.org/10.1016/0277-9536(95)00112-k)