

**Cuestionario para la Evaluación de Discapacidad de la
Organización Mundial de la Salud
(World Health Organization Disability Assessment Schedule II)**

WHO-DAS II

J. L. Vázquez-Barquero
S. Herrera Castanedo
E. Vázquez Bourgón
L. Gaite Pindado

Índice

1	Introducción	4
1.1	La Familia Internacional de Clasificaciones de la OMS (FIC-OMS): una nueva visión.....	5
1.2	La Familia Internacional de Clasificaciones de la OMS (FIC-OMS): historia de un nuevo concepto.....	6
1.3	Objetivos y Estructura de la Familia Internacional de Clasificaciones.....	7
2	Clasificación Internacional del Funcionamiento, de la Discapacidad y de la Salud (CIF)	10
2.1	La Clasificación Internacional de Deficiencias, Discapacidades y Minusvalías (CIDDM).....	10
2.2	Clasificación Internacional del Funcionamiento, de la Discapacidad y de la Salud (CIF).....	12
2.3	Cuestiones taxonómicas y terminológicas.....	14
2.4	Estructura de la CIF	18
2.5	La difusión e implementación de la CIF	20
3	Instrumentos para la evaluación de la discapacidad: una revisión crítica.....	22
3.1	Instrumentos de evaluación de la discapacidad.....	23
3.2	Instrumentos genéricos de evaluación de la discapacidad.....	24
3.3	Instrumentos específicos de evaluación de la discapacidad	28
3.4	Conclusiones sobre los instrumentos existentes para la evaluación de la discapacidad	40
4	Desarrollo de un nuevo instrumento de evaluación de la discapacidad: WHO-DAS II	43
4.1	Metodología.....	43
4.1.1	Identificación de las áreas e ítems potencialmente válidos para ser incorporados en el WHO-DAS II	44
4.1.1.1	La “Versión Preliminar Extensa de 96 ítems del WHO-DAS II”	45
4.1.2	Traducción y análisis de la aplicabilidad transcultural de la “Versión Preliminar Extensa de 96 ítems del WHO-DAS II”	45
5	Desarrollo del proceso de simplificación de la “Versión Preliminar Extensa de 96 ítems del WHO-DAS II”	47
5.1	Estrategias adoptadas para la reducción de ítems	47
5.1.1	Estrategias Cualitativas.....	47
5.1.1.1	Criterios de reducción aplicados:	47
5.1.2	Estrategias Cuantitativas.....	48
5.1.2.1	Criterios de reducción adoptados:	48
5.2	Población participante en el estudio.....	49
5.2.1	Estudio de expertos	49
5.2.2	Estudio de personas con discapacidad.....	49
5.2.2.1	Composición de la muestra	50
5.2.2.1.1	Evaluación de la muestra	50
5.3	Resultados del proceso de reducción de ítems	50
5.4	Las versiones reducidas del WHO-DAS II.....	54
5.4.1	Adecuación del WHO-DAS II (36 ítems).....	55
6	Estudio de validación del WHO-DAS II.....	57
6.1	Diseño Metodológico.....	57
6.1.1	Población Muestral	57
6.1.2	Estudio de la muestra.....	60
6.1.3	Recogida de datos.....	61
6.1.4	Análisis Estadístico	62
6.1.4.1	Análisis de la Fiabilidad.....	62
6.1.4.2	Análisis de la Validez	63
6.1.4.2.1	Validez de Criterio y Validez Convergente/Discriminante con respecto a otras escalas	63
6.1.4.2.2	Validez Clínica o Discriminante con respecto a los distintos subgrupos muestrales.....	68

6.2	Resultados	68
6.2.1	Características sociodemográficas	68
6.2.2	Características Clínicas.....	69
6.2.3	Análisis de las Propiedades Psicométricas del WHO-DAS-II 36 ítems	71
6.2.3.1	Estudio de la Fiabilidad Test-retest del WHO-DAS-II 36 ítems.....	71
6.2.3.2	Estudio de la Fiabilidad Test-retest del WHO-DAS II (36 ítems), en los distintos subgrupos muestrales.	72
6.2.3.2.1	Población General	72
6.2.3.2.2	Problemas Mentales	73
6.2.3.2.3	Problemas Físicos	73
6.2.3.2.4	Problemas derivados del Consumo de Sustancias.....	74
6.2.3.3	Estudio de la Consistencia Interna del WHO-DAS II (36 ítems).....	75
6.2.3.3.1	Estudio de la consistencia interna del WHO-DAS II (36 ítems), en el conjunto de la muestra.....	75
6.2.3.3.2	Estudio de la consistencia interna del WHO-DAS II (36 ítems), en los distintos subgrupos muestrales	75
6.2.4	Estudio de la Validez del WHO-DAS II (36 ítems)	76
6.2.4.1	Validez Convergente/Discriminante con respecto a otros instrumentos de medida de discapacidad	77
6.2.4.1.1	Estudio de la Validez Convergente/Discriminante de las Escalas Globales del WHO-DAS II (36 ítems)	77
6.2.4.1.2	Estudio de la Validez Convergente/Discriminante de los distintos dominios del WHO-DAS II (36 ítems)	78
6.2.4.1.2.1	“Escala de Evaluación de Discapacidad según el Entrevistador”	79
6.2.4.1.2.2	“London Handicap Scale” (LHS).....	81
6.2.4.1.2.3	SF-36	82
6.2.4.1.2.4	WHOQOL-BREF.....	84
6.2.4.1.3	Correlación entre los distintos dominios del WHO-DAS II (36 ítems).....	85
6.2.4.2	Validez Clínica o Discriminante con respecto a los distintos subgrupos muestrales.....	87
6.2.4.2.1	Análisis de los Niveles de Discapacidad	87
6.2.4.2.1.1	Niveles de discapacidad según el sexo	88
6.3	La medida de la discapacidad en los distintos grupos muestrales.....	89
6.4	Aplicabilidad y aceptabilidad del WHO-DAS II (36 ítems): Conclusiones.....	91
7	Descripción del WHO Disability Assessment Schedule II (WHO-DAS II)	94
7.1	Introducción.....	94
7.2	Descripción del instrumento	95
7.3	Versiones del WHO-DAS II.....	100
7.3.1	Versión de 36 ítems	100
7.3.2	Versión de 12 ítems	100
7.3.3	Versión de 12 + 24 ítems	101
8	Manual de uso del WHO-DAS II	102
9	WHO-DAS II: Descripción de los sistemas de codificación.....	119
9.1	Introducción.....	119
9.2	Manejo de los datos.....	120
9.2.1	Datos generales.....	120
9.2.2	Sintaxis de SPSS.....	125
10	Bibliografía.....	132
10.1	Bibliografía relativa a la Monografía.....	132
10.2	Bibliografía adicional relevante sobre el WHO-DAS II.....	137
11	Agradecimientos.....	140
12	Apéndices: WHO-DAS II, 36 y 12 ítems	141

1 Introducción

El objetivo principal de la presente Monografía es presentar el Cuestionario para la Evaluación de Discapacidades de la Organización Mundial de la Salud WHO-DAS II¹ (“World Health Organization - Disability Assessment Schedule II”), en su versión en lengua española desarrollada por la Unidad de Investigación en Psiquiatría de Cantabria (UIPC)². Se pretende así, poner a disposición de los profesionales de la salud una herramienta útil para evaluar el impacto de los estados de salud sobre el nivel de funcionamiento de una persona.

El Cuestionario para la Evaluación de Discapacidades de la Organización Mundial de la Salud (WHO-DAS II) se integra dentro del sistema conceptual de la *Clasificación Internacional del Funcionamiento, de la Discapacidad y de la Salud (CIF)*, aprobada en mayo de 2001 por la Asamblea Mundial de la Salud. Asimismo la CIF se integra en un marco más amplio, la Familia Internacional de Clasificaciones de la Organización Mundial de la Salud (OMS), que representa un nuevo modelo, más sofisticado y completo, de definición de la salud.

Como veremos a lo largo de esta Monografía, el WHO-DAS II ha sido desarrollado teniendo en cuenta este nuevo marco teórico sobre la discapacidad, para evaluar las limitaciones de la actividad y las restricciones en la participación experimentadas por la persona, independientemente de su diagnóstico médico.

¹ Con objeto de evitar confusiones, conviene aclarar que la Organización Mundial de la Salud publicó en 1988 un instrumento de evaluación de discapacidades (World Health Organization, 1988) que estaba basado en el anterior modelo de la Clasificación Internacional de Deficiencias, Discapacidades y Minusvalías (CIDDM). Era específico para las discapacidades psíquicas y fue denominado “World Health Organization Psychiatric Disability Assessment Schedule” adjudicándosele las siglas de “WHO/DAS”. Dicho instrumento aparece mencionado en algunas publicaciones como DAS e incluso en otras, y desde nuestro punto de vista de manera injustificada dado que no surgía de un proceso de revisión, como “DAS-II”. A su vez otra publicación hace referencia al desarrollo de una nueva versión reducida de ese instrumento, el WHO-DAS-S (Janca et al., 1996). Dichos instrumentos, si bien pretenden medir la discapacidad, han sido desarrollados exclusivamente para su aplicación en enfermos psiquiátricos, utilizando el antiguo modelo de discapacidad de la CIDDM, y sin tener en cuenta la multidimensionalidad y complejidad conceptual que hoy día caracteriza la visión que se tiene de dicho “constructo”. Por ello, conviene tener presente que el instrumento objeto de este trabajo, denominado WHO-DAS II, no ha surgido fruto de la revisión de dichos instrumentos, sino que está basado en una conceptualización diferente de la discapacidad, puede ser aplicado de manera universal a las “condiciones de salud” y ha sido desarrollado utilizando técnicas metodológicas más sofisticadas que incluyen, por ejemplo, la verificación de su aplicabilidad transcultural.

² Unidad de Investigación en Psiquiatría de Cantabria (UIPC). Centro Colaborador de la Organización Mundial de la Salud. Hospital Universitario “Marqués de Valdecilla”. Santander, Cantabria (España).

1.1 La Familia Internacional de Clasificaciones de la OMS (FIC-OMS): una nueva visión

La salud de las poblaciones ha sido tradicionalmente medida basándose en estadísticas de morbi-mortalidad y en la incidencia y prevalencia de las enfermedades u otros problemas de salud. Para ello se ha utilizado, como herramienta fundamental, la “*Clasificación Estadística Internacional de Enfermedades y Problemas Relacionados con la Salud (CIE)*” (Ramos Martín-Vegue et al., 2002). Ahora bien, aún cuando la consideración del diagnóstico y la mortalidad es importante para el desarrollo y la evaluación de las actuaciones en el campo de la salud, lo cierto es que ambos aspectos por sí solos no incluyen todos los elementos esenciales del estado de salud. Resultan, por lo tanto, inadecuados para predecir las necesidades que, en términos de políticas, programas y servicios, presentan las personas con determinados “estados relacionados con la salud”. Por ello se hace evidente que, junto con las medidas de salud basadas en la CIE, es preciso tener en cuenta otras mediciones que recojan los aspectos relacionados con las repercusiones de las enfermedades y el funcionamiento humano. Esta idea constituye la esencia del modelo que fundamenta la nueva “*Clasificación Internacional del Funcionamiento, de la Discapacidad y de la Salud (CIF)*” aprobada en Mayo de 2001 por la 54ª Asamblea Mundial de la Salud (Organización Mundial de la Salud, 2001; Vázquez-Barquero et al., 2001b; World Health Organization, 2001). Se enriquece de esta manera de forma muy significativa la “*Familia Internacional de Clasificaciones (FIC)*” de la Organización Mundial de la Salud (OMS), sobre la que se sustentan los sistemas de información de la salud (Vázquez-Barquero et al., 2001b). El concepto de *Familia Internacional de Clasificaciones* de la OMS se enmarca dentro del concepto más amplio de *Familia de Clasificaciones* de las Naciones Unidas, en el que junto con las clasificaciones de la salud se incluyen otras que tienen que ver con aspectos sociales y económicos que, aunque relevantes para la salud, no se contemplan sin embargo en ella.

Este nuevo concepto de Familia Internacional de Clasificaciones constituye un nuevo modelo, más sofisticado y completo, de definición de salud y de las actuaciones en dicho campo, siendo aplicable incluso para las enfermedades infecciosas (véase por ejemplo el caso del SIDA en el que el estado de salud, las necesidades de servicios o las posibilidades de participar en la sociedad varían en función del individuo, la cultura y el medio, y quedan insuficientemente descritos utilizando simplemente el diagnóstico). Por tanto este nuevo modelo cobra especial significado ante el creciente número de enfermedades o lesiones crónicas y discapacitantes, que además representan la carga más significativa de cuidados a las que los servicios sanitarios y sociales de los países desarrollados han de enfrentarse.

1.2 La Familia Internacional de Clasificaciones de la OMS (FIC-OMS): historia de un nuevo concepto

Los antecedentes más remotos de la FIC pueden remontarse a la primera adaptación de la CIE en 1959. Sin embargo, la primera formulación explícita de este concepto aparece en el año 1989 cuando la “Conferencia para la 10ª Revisión de la CIE” recomendó que la OMS promoviera el concepto de “Familia de Clasificaciones de la Enfermedad y Estados Relacionados con la Salud”. De acuerdo con ello el informe de la Conferencia incluyó, en su ítem 6, el nuevo concepto de “*Familia de Clasificaciones*”. Se formulaba así una estructura conceptual en la que la CIE aparecía como núcleo central, y enlazando con ella de manera directa o indirecta se situaban otras clasificaciones y desarrollos. Entre los mismos se pueden citar las “Adaptaciones por Especialidades”; las “Clasificaciones para Procedimientos Médicos” y “Otras Clasificaciones Relacionadas con la Salud”. Entre estas últimas se encontraba la “Clasificación Internacional de Deficiencias, Discapacidades y Minusvalías” (CIDDM). Por lo tanto, en esa estructura, quedaban incorporadas, aunque subordinadas a la CIE que constituía el núcleo central, toda una serie de clasificaciones (entre las que se encontraba la CIDDM) que se habían ido creando para satisfacer las necesidades de información en el campo de la salud.

Desde entonces las redes de expertos de la OMS en clasificación y en instrumentos de registro de información de salud y de las actuaciones en salud, han continuado revisando el concepto, filosofía y estructura de la “FIC”. Dicha dinámica se ha intensificado, en los últimos años, sin lugar a dudas como resultado del proceso de revisión de la CIDDM. Dicho proceso culminó con la aprobación de la “*Clasificación Internacional de Funcionamiento, de la Discapacidad y de la Salud (CIF)*”, en la 54ª Asamblea Mundial de la Salud (mayo de 2001). La aprobación de la nueva clasificación, con su énfasis en las repercusiones de la enfermedad y de los “estados de salud” y en el funcionamiento humano, permite expandir el concepto de salud mas allá del modelo basado en la enfermedad y la mortalidad representado por la CIE. Desde esta perspectiva ambas clasificaciones, CIE y CIF, se nos presentan como complementarias y al combinarlas posibilitan analizar, evaluar y clasificar la salud de la población y las actuaciones y políticas sanitarias, de una manera más completa. Y es justamente esta nueva visión la que ha hecho que la FIC-OMS, haya cambiado de estructura incorporando el binomio CIE/CIF como núcleo central, con el cual enlazan desarrollos y aplicaciones específicas.

1.3 Objetivos y Estructura de la Familia Internacional de Clasificaciones

La FIC-OMS tiene como objetivos fundamentales:

- 1) Aportar bases científicas precisas, fiables y con aplicabilidad transcultural, para la definición y manejo de los “estados de salud” y sus consecuencias.
- 2) Establecer un lenguaje común internacional en los aspectos relacionados con la salud y las actuaciones en salud.
- 3) Permitir la transferencia y la comparación de información en temas de salud a través del tiempo, las disciplinas y las naciones.
- 4) Aportar sistemas de codificación y registro para el desarrollo de sistemas de información en la salud.
- 5) Promover la investigación y en última instancia el conocimiento, en los temas de salud y en las actuaciones en salud.

Para satisfacer estos objetivos, la OMS ha promovido la adopción de estrategias capaces de garantizar que la FIC cumpla el múltiple requisito de: *a)* fundamentarse en unas sólidas bases científicas y taxonómicas, para lo que ha incorporado los aspectos esenciales del estado actual del conocimiento; *b)* ser aplicable en las distintas culturas para lo que ha potenciado durante su desarrollo la realización de estudios cualitativos y cuantitativos de verificación transcultural; *c)* entender la salud, y por lo tanto las actuaciones en salud, como un concepto multidimensional que incorpora los distintos aspectos del modelo biopsicosocial de salud y enfermedad; *d)* satisfacer las necesidades de las múltiples disciplinas que operan en el campo de la salud, pero también de los distintos grupos de afectados, lo cual ha quedado reflejado en los grupos de trabajo que han participado en los procesos de desarrollo de las distintas clasificaciones, y; *e)* garantizar que a partir de ella se puedan satisfacer las necesidades de información en salud y elaborar todo tipo de medidas y estadísticas relevantes sobre los estados y las actuaciones en el ámbito de la salud.

En su formato actual la FIC esta concebida como una estructura compleja que incorpora no solo clasificaciones, sino también una serie de desarrollos y aplicaciones relacionados con definiciones de conceptos, estándares y métodos. Éstos, aunque en sí mismos no puedan ser considerados como clasificaciones, han sido elaborados a partir de ellas y para facilitar su aplicación. En la estructura actual que se presenta en la Figura 1, la CIE y la CIF se sitúan como elementos centrales (se denominan *Clasificaciones de Referencia*). Con ellas enlazan, de manera directa o indire-

cta, una serie de desarrollos que se catalogan como *Clasificaciones Derivadas* y *Clasificaciones Relacionadas*. A los aspectos conceptuales que definen cada una de estas tres categorías nos referiremos brevemente a continuación.

Clasificaciones de Referencia

Se trata de las clasificaciones nucleares surgidas como resultado de la consecución de un consenso internacional. Este consenso ha sido promovido y refrendado por la propia OMS y, por lo tanto, pasa a ser formulado por la Asamblea Mundial de la Salud (AMS) como “Recomendación de Cumplimiento” para los estados miembros bajo la fórmula: “*La AMS, Hace suya la..., Insta a los estados miembros a utilizar la...; Pide a la Directora General que apoye a los estados miembros en el uso de la...*”. Las definiciones, estructura y contenidos que incorporan, han sido verificados internacionalmente, en estudios de aplicabilidad transcultural, y se consideran de tal relevancia como para justificar que a partir de ellas se pueden elaborar aplicaciones. También pueden utilizarse como modelo para el desarrollo, o la revisión, de otras clasificaciones. En su estado actual la FIC incorpora como *Clasificaciones de Referencia* la CIE y la CIF, sobre la base de que en conjunto posibilitan una recogida de información para poder describir con precisión los elementos esenciales de la salud y las actuaciones en salud.

Clasificaciones Derivadas

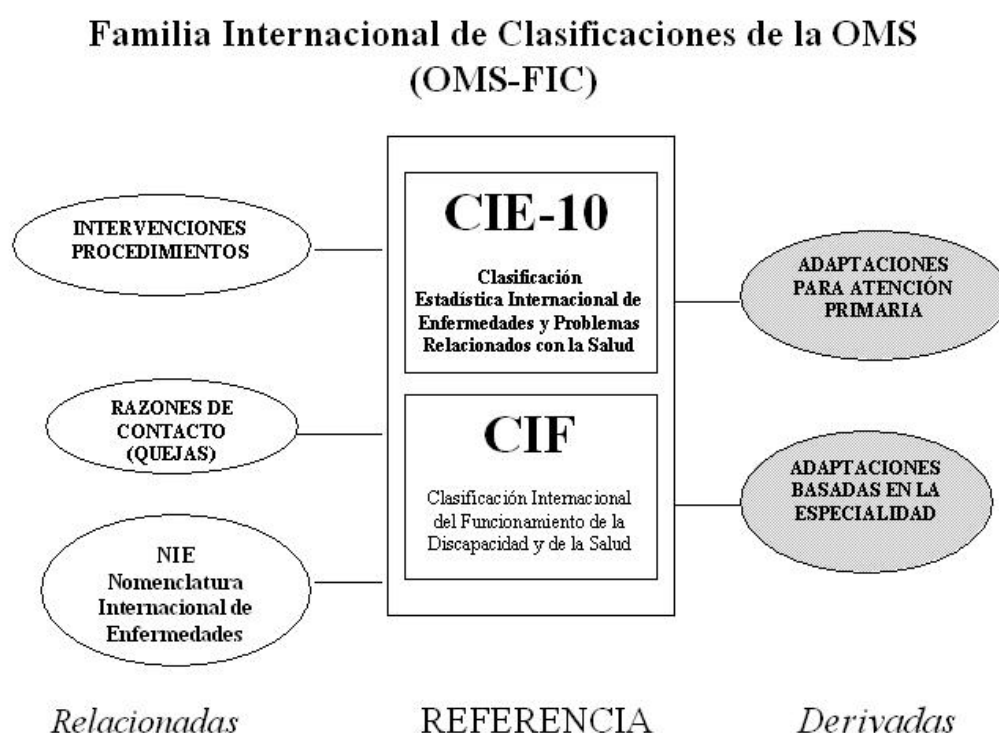
Son clasificaciones desarrolladas a partir de las Clasificaciones de Referencia, bien seleccionando algunos de sus elementos o elaborando otros en más detalle. La experiencia nos confirma que dichas clasificaciones surgen de necesidades de grupos o especialidades concretas (por ejemplo, la Atención Primaria de Salud, adaptaciones basadas en requerimientos concretos para especialidades como Neurología, Dermatología o Trastornos Mentales y del Comportamiento), o derivadas de iniciativas nacionales o multinacionales. Es de esperar que a partir de la CIF se desarrollen clasificaciones de esta naturaleza en un futuro próximo.

Clasificaciones Relacionadas

Se trata de clasificaciones que mantienen una relación más tangencial con las Clasificaciones de Referencia. Es posible que estén asociadas exclusivamente a determinados aspectos de su estructura o de sus contenidos. Podemos citar como ejemplos, la Nomenclatura Internacional de Enfermedades (NIE) y la Clasificación Internacional de Procedimientos en Medicina (CIPM).

Todos estos elementos anteriormente descritos integran la Familia Internacional de Clasificaciones de la OMS. Gracias al nuevo modelo que aporta la FIC, basado en el binomio CIE/CIF, será posible en el futuro describir con mayor exactitud, y en un lenguaje uniforme y aplicable internacionalmente, un rango más completo de información sobre la salud de las personas y las naciones.

Figura 1. Estructura y Contenidos de la Familia Internacional de Clasificaciones de la OMS (FIC-OMS)



2 Clasificación Internacional del Funcionamiento, de la Discapacidad y de la Salud (CIF)

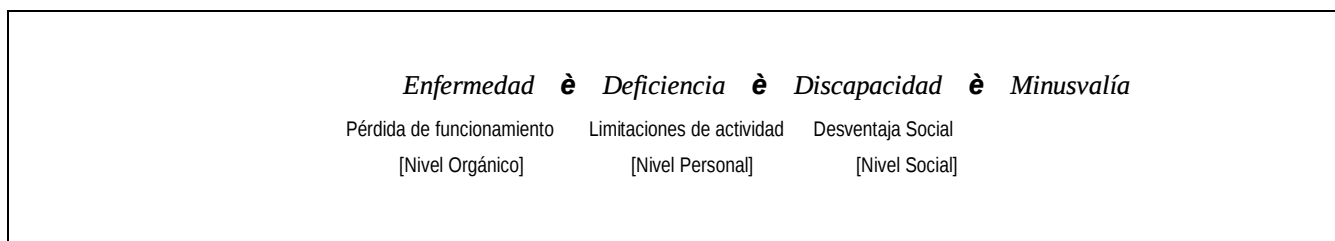
2.1 La Clasificación Internacional de Deficiencias, Discapacidades y Minusvalías (CIDDM)

Los antecedentes de la CIF no son otros que la Clasificación Internacional de Deficiencias, Discapacidades y Minusvalías (CIDDM), publicada en 1980 por la OMS como instrumento para la clasificación de las consecuencias de las enfermedades y sus repercusiones en la vida del individuo (World Health Organization, 1980). Este instrumento, traducido a más de 14 idiomas y cuya versión española fue publicada en 1983 (Organización Mundial de la Salud, 1983) tenía por objeto ofrecer un marco conceptual para la clasificación de las consecuencias de las enfermedades, los traumatismos y otros trastornos. En este marco se prestaba atención tanto a la salud individual, incluidas la detección precoz y la prevención, como a la acción contra los obstáculos del entorno físico o social. Su campo de actuación se extendió así mismo al estudio de los sistemas asistenciales, tanto en lo que respecta a la evaluación de dichos sistemas como a la formulación de políticas de salud.

Los conceptos utilizados en la CIDDM suscitaron gran interés y sus aplicaciones se extendieron a los campos de la Seguridad Social, la evaluación de la capacidad laboral, la evaluación de las necesidades comunitarias, el urbanismo y la arquitectura, etc. En todos estos sectores la utilización de la CIDDM facilitó la comunicación entre los profesionales y la coordinación entre los diferentes tipos de asistencia. Desde el punto de vista conceptual, el empleo de la CIDDM modificó la manera de considerar las discapacidades, las personas discapacitadas y el papel que desempeñan el entorno físico y social en el proceso discapacitante. También se modificaron las orientaciones de la política social, la planificación y la gestión.

El modelo teórico en el que se sustentaba la CIDDM incorporaba un esquema lineal de discapacidad (Figura 2), que en cierta medida replicaba el modelo médico de enfermedad, estableciendo una secuencia que va desde el trastorno a la minusvalía, pasando por la discapacidad y la deficiencia.

Figura 2. Modelo teórico de la CIDDM



Así, tal y como se ha señalado, desde su instauración en 1980 la CIDDM, fue ampliamente utilizada en todo el mundo, y por supuesto también en nuestro país. Sin embargo, a lo largo de su periodo de utilización, se identificaron en ella una serie de limitaciones, de las que a continuación revisaremos las más relevantes: *a)* la principal crítica que se hizo a la CIDDM era precisamente la relacionada con el modelo en el que se sustentaba. Dicho modelo, aún cuando permitía distinguir entre deficiencia, discapacidad y minusvalía, no informaba suficientemente sobre la relación existente entre dichos conceptos; *b)* la segunda crítica que se planteó hacía referencia al “abordaje negativo” que aplicaba la CIDDM al estudio y clasificación del estado de salud de la persona; *c)* otro tipo de críticas se referían, fundamentalmente, o bien a la falta de una estructura clara y que cumpliera todas las reglas de una clasificación jerárquica, o a la presencia de problemas en la definición y organización de los conceptos incorporados (Brandsma et al., 1995; Heerens et al., 1995).

Con objeto de subsanar las deficiencias apuntadas, en 1993 la Organización Mundial de la Salud (OMS) puso en marcha el proceso de revisión de la CIDDM para generar lo que provisionalmente se denominó la CIDDM-2 (Gray & Hendershot, 2000). Los principios esenciales sobre los que se fundamentaba dicho proceso estaban dirigidos a posibilitar que la nueva clasificación:

- estableciera un lenguaje común, aplicable transculturalmente, que permitiera describir de manera fiable y replicable los estados funcionales inherentes a las “condiciones de salud” de las personas;
- incorporara un sistema de codificación que fuera sistematizado, fiable y sencillo de aplicar;
- utilizase un modelo biopsicosocial en el que la discapacidad fuera explicada como la resultante de la interacción de las limitaciones del individuo, con el entorno y el contexto socio-cultural;

- entendiéndose la discapacidad como un hecho de naturaleza universal y en cierta medida intrínseco a la condición humana;
- promoviera la utilización de una terminología neutral que facilitase la superación de la marginación y discriminación de las personas con discapacidades;
- fuera utilizable, de manera complementaria, con el resto de clasificaciones de la OMS.

Para la ejecución de este proceso de revisión, la OMS puso en marcha un extenso equipo multicéntrico internacional cuya representación para España y países de habla hispana recayó en la UIPC - Unidad de Investigación en Psiquiatría de Cantabria (Vázquez-Barquero et al., 2000a; Vázquez-Barquero et al., 2000b).

Tras años de trabajos de campo y análisis de la fiabilidad y la validez de los distintos borradores que fueron surgiendo, se llegó a la elaboración de un Borrador Final de la CIDDM-2, la cual paso a denominarse “*International Classification of Functioning Disability and Health*” (ICF). Dicho Borrador Final fue presentado al comité ejecutivo de la OMS en Enero de 2001 y finalmente aprobado por unanimidad, en la Quincuagésima Cuarta Asamblea Mundial de la Salud, celebrada en Mayo de 2001, con el título en español de “*Clasificación Internacional del Funcionamiento, de la Discapacidad y de la Salud*”, estableciéndose además que adoptaría el acrónimo de CIF. La razón para dicho acrónimo, que no se corresponde totalmente con el título, es hacerlo más cercano y compatible con el de la CIE (o ICD en inglés) (Ayuso-Mateos et al., 2005; Organización Mundial de la Salud, 2001; World Health Organization, 2001).

2.2 Clasificación Internacional del Funcionamiento, de la Discapacidad y de la Salud (CIF)

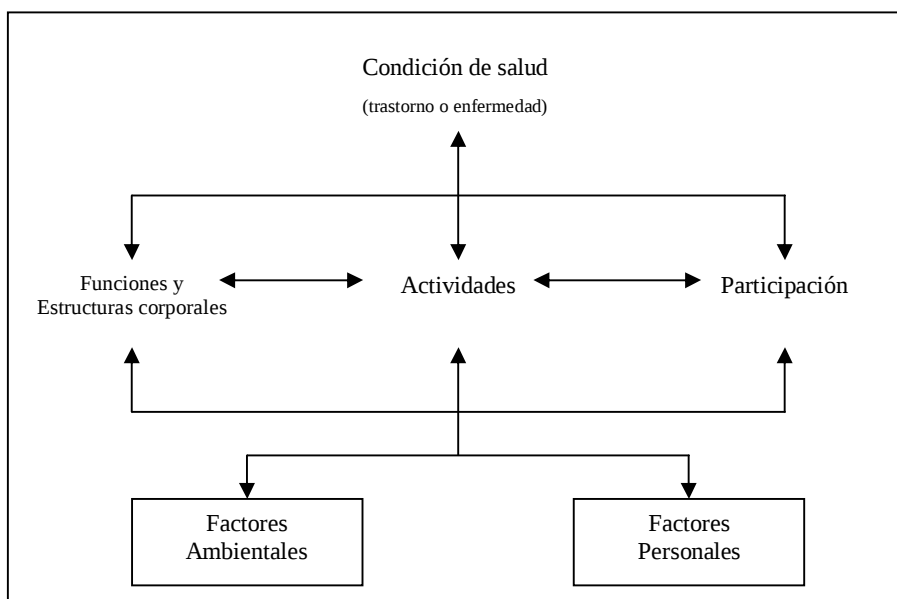
La CIF³ tiene como objetivo esencial clasificar el funcionamiento y la discapacidad asociados a las condiciones de salud. De esta manera la CIF ha pasado de ser una clasificación de “consecuencias de enfermedades” (versión de 1980) a una clasificación de “componentes de salud”. Los “componentes de la salud” identifican los constituyentes de la salud, mientras que las “consecuencias” se refieren a las repercusiones derivadas de las enfermedades u otras condiciones de salud. Así, la CIF adopta una posición neutral en relación con la etiología, de manera que queda en manos de los investigadores desarrollar relaciones causales utilizando los métodos científicos

³ Para una revisión exhaustiva del modelo conceptual, estructura y elementos de la CIF puede consultarse la versión española de la clasificación (Organización Mundial de la Salud, 2001).

apropiados. De forma similar, este planteamiento es también diferente al del abordaje basado en los “determinantes de salud” o en los “factores de riesgo”. Para facilitar el estudio de los “determinantes” o “factores de riesgo”, la CIF incluye una lista de factores ambientales que describen el contexto en el que vive el individuo.

Desde el punto de vista del marco conceptual que sustenta la CIF, podemos señalar que, como clasificación, no establece un modelo para el “proceso” del funcionamiento y la discapacidad. Sin embargo, puede utilizarse para describir dicho proceso proporcionando los medios para delinear los diferentes “constructos” y “dominios” que lo integran. Proporciona además un abordaje, desde una perspectiva múltiple, a la clasificación del funcionamiento y la discapacidad, aportando también las bases para crear modelos explicativos y valorar los diferentes aspectos del proceso. El diagrama de la Figura 3 nos permite visualizar la interacción entre los diferentes componentes de la CIF. De acuerdo con ese diagrama, el funcionamiento de un individuo en un “dominio” específico se entiende como una relación compleja entre la condición de salud y los Factores Contextuales, de forma que existe una interacción dinámica entre estos elementos. Estas interacciones son específicas y no siempre se dan en una relación recíproca predecible. La interacción funciona en dos direcciones; la presencia de la discapacidad puede incluso modificar a la propia condición de salud. Puede resultar razonable inferir una limitación en la capacidad por causa de uno o más déficits, o una restricción en el desempeño/realización por una o más limitaciones.

Figura 3. Componentes de la CIF



El esquema expuesto en la Figura 3, muestra el papel que juegan los Factores Contextuales, dentro de los que se diferencian los *Factores Personales* y *Ambientales*. Los Factores Ambientales son extrínsecos a la persona (por ejemplo, las actitudes de la sociedad, las características arquitectónicas, el sistema legislativo, etc.). Por otro lado, los Factores Personales no se clasifican en la versión actual de la CIF, y su evaluación, se deja a la iniciativa del usuario en los casos en que sea necesario.

2.3 Cuestiones taxonómicas y terminológicas

Los términos son la representación de conceptos definidos en expresiones lingüísticas, como palabras o frases. Hay términos que se emplean en la clasificación cuyo uso puede inducir a error, y en la mayoría de los casos, esto es debido a que ese mismo término se utiliza habitualmente, con un significado diferente. Por ejemplo, los términos deficiencia, discapacidad y minusvalía se emplean frecuentemente, fuera del ámbito científico, como sinónimos, a pesar de que en la versión de la CIDDM de 1980 se les adjudicaron definiciones específicas. Por ello vuelve a ser importante definir aquí de manera clara y precisa los distintos conceptos, que se han incorporado a la CIF de forma que se puedan escoger los términos apropiados para expresar sin ambigüedades los conceptos subyacentes.

A continuación se exponen las definiciones de algunos términos utilizados en la CIF:

“Bienestar”

Es un término general que engloba todo el universo de dominios de la vida humana, incluyendo los aspectos físicos, mentales y sociales que componen lo que se considera como tener una “buena vida”. Los dominios de salud son un subgrupo dentro de los dominios que componen todo el universo de la vida humana.

Estados “relacionados con la salud” y dominios “relacionados con la salud”

Un “estado relacionado con la salud” es el nivel de funcionamiento dentro de un determinado “dominio relacionado con la salud” de la CIF. Los “dominio relacionados con la salud” son aquellas áreas de funcionamiento que, aún teniendo una fuerte relación con una “condición de salud”, no se incluyen dentro de las responsabilidades prioritarias de los sistemas de salud, sino más bien, dentro de las de otros sistemas que contribuyen al “bienestar” global. En la CIF solamente se consideran los dominios del “bienestar” global “relacionados con la salud”.

“Condición de salud”

Es un término genérico que incluye enfermedad (aguda o crónica), trastorno, traumatismo y lesión. Una “condición de salud” puede incluir también otras circunstancias como embarazo, envejecimiento, estrés, anomalías congénitas o predisposiciones genéticas. Las “condiciones de salud” se codifican utilizando la CIE-10.

Funcionamiento

Es 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).

Discapacidad y *Minusvalía*

Durante el proceso de revisión de la CIDDM, mientras que el término “*minusvalía*” fue abandonado, se mantuvo el término “discapacidad”, aunque utilizándolo como término genérico para las tres perspectivas: corporal, individual y social. Por lo tanto “*discapacidad*” persiste en la CIF, como 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 una “condición de salud”) y sus factores contextuales (factores ambientales y personales).

Funciones corporales

Son las funciones fisiológicas de los sistemas corporales, incluyendo las funciones psicológicas. Con “cuerpo” nos referimos al organismo humano como un todo, y por tanto se incluye la mente en la definición. Por ello, las funciones mentales (o psicológicas) están incluidas dentro de las funciones corporales. El estándar empleado para valorar estas funciones es lo que consideramos la norma estadística para los seres humanos.

Estructuras corporales

Son las partes anatómicas o estructurales del cuerpo como órganos o miembros, y sus componentes clasificados en relación con los sistemas corporales. El estándar empleado para valorar estas estructuras es lo que consideramos la norma estadística para los seres humanos.

Deficiencia

Es la anormalidad o pérdida de una estructura corporal o de una función fisiológica. Las funciones fisiológicas incluyen las funciones mentales. Con “anormalidad” se hace referencia, estrictamente, a una desviación significativa respecto a la norma estadística establecida y sólo debe usarse en este sentido.

Actividad

Es la realización de una tarea o acción por una persona. Representa la perspectiva del individuo respecto al funcionamiento.

Limitaciones en la actividad

Son las dificultades que un individuo puede tener para realizar actividades. Una “limitación en la actividad” abarca desde una desviación leve hasta una grave en términos de cantidad o calidad, en la realización de la actividad, comparándola con la manera, extensión o intensidad en que se espera que la realizaría una persona sin esa condición de salud.

Participación

Es la implicación de la persona en una situación vital. Representa la perspectiva de la sociedad respecto al funcionamiento.

Restricciones en la participación

Son los problemas que puede experimentar un individuo para implicarse en situaciones vitales. La presencia de una restricción en la participación viene determinada por la comparación de la participación de esa persona con la participación esperable de una persona sin discapacidad en esa cultura o sociedad.

Factores Contextuales

Son los factores que constituyen, conjuntamente, el contexto completo de la vida de un individuo, y en concreto el trasfondo sobre el que se clasifican los estados de salud en la CIF. Los Factores Contextuales tienen dos componentes: Factores Ambientales y Factores Personales.

Factores Ambientales

Constituyen un componente de la CIF y se refieren a todos los aspectos del mundo extrínseco o externo que forma el contexto de la vida de un individuo, y como tal afecta el funcionamiento de

esa persona. Los Factores Ambientales incluyen al mundo físico natural con todas sus características, el mundo físico creado por el hombre, las demás personas con las que se establecen diferentes relaciones, las actitudes y valores, los servicios y sistemas sociales y políticos, y las reglas y leyes.

Factores Personales

Son los factores contextuales que tienen que ver con el individuo, como por ejemplo la edad, el sexo, el nivel social, etc. Aunque no están actualmente clasificados en la CIF es posible que los usuarios puedan incorporarlos al aplicar la clasificación.

Facilitadores

Son todos aquellos factores en el entorno de una persona que, cuando están presentes, mejoran el funcionamiento y reducen la discapacidad. Entre ellos se incluyen aspectos tales como, la accesibilidad física, la disponibilidad de tecnología asistencial adecuada, las actitudes positivas de la población respecto a la discapacidad, y también los servicios, sistemas y políticas que aumentan la participación de las personas con una condición de salud en todas las áreas de la vida. También la ausencia de un factor puede ser un facilitador, por ejemplo la ausencia de actitudes negativas entre la población. Los facilitadores pueden, por ejemplo, prevenir que un déficit o limitación en la actividad se convierta en una restricción en la participación.

Barreras

Son todos aquellos factores en el entorno de una persona que, cuando están presentes o ausentes, limitan el funcionamiento y generan discapacidad. Entre ellos se incluyen aspectos tales como la inaccesibilidad del ambiente físico, la ausencia de tecnología asistencial adecuada, las actitudes negativas de la población respecto a la discapacidad, y también los servicios, sistemas y políticas que dificultan la participación de las personas con una condición de salud en todas las áreas de la vida.

Capacidad

Es un “constructo” que indica, como calificador, el máximo nivel posible de funcionamiento que puede alcanzar una persona en un momento dado, en alguno de los dominios incluidos en Actividad y Participación. La capacidad se mide en un contexto/entorno uniforme o normalizado, y por ello, refleja la habilidad del individuo ajustada en función del ambiente. Se puede utilizar el

componente Factores Ambientales para describir las características de este contexto/entorno uniforme o normalizado.

Desempeño/Realización

Es un “constructo” que describe, como calificador, lo que los individuos hacen en su ambiente/entorno real, y, de esta forma, conlleva el aspecto de la participación de la persona en situaciones vitales. El contexto/entorno actual también se describe utilizando el componente Factores Ambientales.

2.4 Estructura de la CIF

Para poder entender la CIF, es importante que revisemos, aunque sea brevemente, su estructura, la cual queda reflejada en la Figura 4 y se evidencia de manera más clara a través de la definición de sus términos más significativos, a algunos de los cuales nos referiremos a continuación.

Clasificación

Es el todo el universo y estructura global de la CIF. En un orden jerárquico, éste es el término de máximo nivel.

Partes de la clasificación

Son sus dos grandes subdivisiones.

La *Parte 1* se ocupa de Funcionamiento y Discapacidad

La *Parte 2* se ocupa de Factores Contextuales

Componentes

Son cada una de las dos subdivisiones principales de las Partes. Los *Componentes* de la Parte 1 son:

Funciones y Estructuras Corporales

Actividades y Participación.

Los *Componentes* de la Parte 2 son:

Factores Ambientales

Factores Personales (que no están clasificados en la CIF).

“Constructos”

Son conceptos clave incorporados en la CIF, y que se definen a través del uso de calificadores con puntuaciones relevantes. Hay cuatro “Constructos” para la Parte 1 y uno para la Parte 2.

Los “Constructos” de la Parte 1 son:

- Cambio en funciones corporales
- Cambio en estructuras corporales
- Capacidad
- Desempeño/Realización

El “Constructo” de la Parte 2 es:

- Facilitadores o barreras en Factores Ambientales

Dominios

Son conceptos que definen en la CIF un conjunto práctico y lógico de funciones fisiológicas, estructuras anatómicas, acciones, tareas, o áreas de la vida. Los dominios constituyen los distintos capítulos y bloques en cada componente.

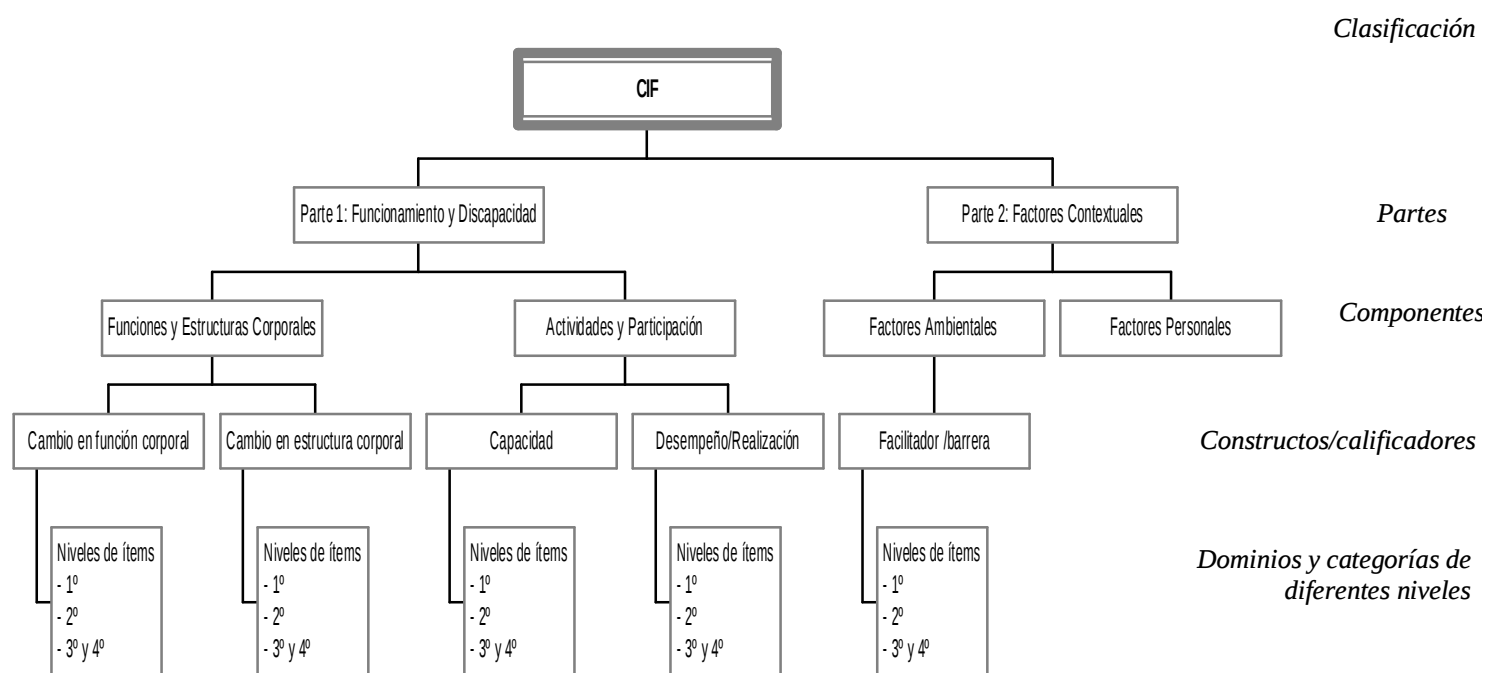
Categorías

Son conceptos que en la clasificación se refieren a clases y subclases dentro del dominio de un componente (por ejemplo, unidades de clasificación).

Niveles

Constituyen el orden jerárquico proporcionando indicaciones hasta el nivel de detalle de las categorías (ej. nivel de detalle de los dominios y categorías). El primer nivel incluye todos los ítems del segundo nivel y así sucesivamente.

Figura 4. Estructura de la CIF



2.5 La difusión e implementación de la CIF

La CIF tiene como objetivo obtener mejor información sobre el fenómeno de la discapacidad y el funcionamiento, mediante un amplio consenso internacional. Sin embargo, el desarrollo y aprobación de una clasificación como la CIF no deja de ser un ejercicio teórico y con limitadas repercusiones prácticas, si no va seguido de adecuadas estrategias de difusión, implementación, y sobre todo del desarrollo de aplicaciones que la hagan útil y aplicable en la actividad socio-sanitaria. Por tanto, la OMS y sus centros colaboradores están llevando a cabo trabajos adicionales para responder a estas necesidades.

Teniendo en cuenta las diferentes necesidades de los distintos tipos de usuarios, la CIF se presenta en diferentes formatos y versiones. Existe una *versión completa* que proporciona todos los niveles de la clasificación y una *versión corta* que incluye dos niveles de categorías para cada componente y dominio. Además, en un futuro aparecerán adaptaciones específicas para diferentes usos, incluyendo versiones para uso clínico y versiones para la investigación. Dichas versiones responderán a necesidades específicas y brindarán definiciones operativas y precisas para evaluar las condiciones de salud. Otro de los aspectos fundamentales, es llevar a cabo una estrategia de entrenamiento y capacitación de los profesionales en el uso de la CIF. Por consiguiente,

tanto desde la OMS como desde los grupos de expertos en la CIF, se han desarrollado materiales docentes adecuados para capacitar a los potenciales usuarios de la CIF en su correcta utilización.

Asimismo, otra de las áreas de trabajo más importantes ha sido la elaboración de un instrumento de evaluación de la discapacidad basado en la conceptualización y marco teórico que aporta la CIF, que no es otro que el WHO-DAS II, motivo de la presente monografía.

3 Instrumentos para la evaluación de la discapacidad: una revisión crítica

El abordaje del estudio de la discapacidad se ha basado desde sus comienzos en considerarla como un *epifenómeno* de la enfermedad. Era por tanto un *fenómeno* que acompañaba a la enfermedad, pero sin ser característico de ella. Así, se consideraba que tener un síntoma (ej. oír voces, o tener un déficit visual) implicaba automáticamente una discapacidad. Consecuentemente al referirse a la interferencia de ese trastorno o enfermedad con la vida diaria de la persona se consideraba la existencia de una “deficiencia funcional”. Se englobaban con este término las dificultades que limitaban sustancialmente el funcionamiento de la persona en una o varias de las áreas principales de su vida, incluyendo: *a)* las habilidades básicas diarias, como el comer, asearse, vestirse, etc.; *b)* las habilidades instrumentales de la vida cotidiana, tales como mantener la casa, administrar el dinero, tomar la medicación prescrita o el funcionamiento de la persona en el contexto social, familiar y educativo/laboral.

El primer grupo de habilidades básicas de la vida diaria, denominado como “Actividades de la Vida Diaria”, fue contemplado en instrumentos como el ADL: “Index of Activities of Daily Living” (Katz & Akpom, 1976); mientras que el segundo, designado como “Actividades Instrumentales de la Vida Diaria”, fue utilizado en otros instrumentos como es el caso de la escala IADL: “Instrumental Activities of Daily Living” (Lawton et al., 1982). Ambos instrumentos serán revisados en el apartado de instrumentos de evaluación de discapacidad.

Tras este primer acercamiento a la discapacidad como un epifenómeno de la enfermedad, su comprensión actual se basa en su diferenciación respecto al diagnóstico. Así, podemos decir que mientras el diagnóstico se refiere al proceso patológico en sí, la discapacidad presenta una perspectiva más amplia en la que se contemplan las consecuencias y el impacto de la enfermedad sobre el funcionamiento de la persona. A pesar de que diagnóstico y discapacidad pueden ir asociados, como de hecho ocurre en muchos casos, se consideran conceptos independientes que no cubren las mismas áreas y que por lo tanto han de ser clasificados y evaluados por separado.

Al igual que ocurre con la clasificación, la medición y evaluación de la discapacidad es multidimensional, e incluye dimensiones relacionadas con las estructuras corporales, las funciones, las actividades de la persona y el entorno. Sin embargo, hasta el inicio del proceso de desarrollo del WHO-DAS II no existía un claro consenso acerca de qué “constructos” debían ser empleados en

los instrumentos de medida de la discapacidad. Existían también muchas diferencias relativas a la terminología, marco teórico y estrategias de evaluación. Mientras algunos autores empleaban términos con una connotación negativa (por ejemplo, mal ajuste), otros utilizaban términos neutros como ajuste, ejecución o función. Además, la mayoría de esos instrumentos medían también otros conceptos como sintomatología psiquiátrica, apoyo social, carga familiar, satisfacción, bienestar subjetivo, calidad de vida, etc. Todo ello, como es fácil de entender, ha hecho extremadamente complejo el revisar los instrumentos utilizados para la medida de la discapacidad.

3.1 Instrumentos de evaluación de la discapacidad

Entre los instrumentos empleados para medir la discapacidad se encuentran los de medida del estado de salud. Éstos pueden clasificarse en dos grandes tipos, genéricos (independientes de enfermedad) y específicos (dependientes de enfermedad). Mientras que los específicos están diseñados para su utilización en pacientes con un tipo de problema de salud concreto, los genéricos son independientes del diagnóstico y se han desarrollado para poder ser utilizados en diferentes tipos de pacientes o poblaciones (Alonso et al., 1995). Entre las ventajas de los instrumentos genéricos (ver Tabla 1) destaca el no tener contaminación clínica y el permitir realizar análisis comparativos con otras poblaciones sanas (comunitarios) o entre patologías diversas.

Tabla 1. Instrumentos Genéricos *versus* Específicos (González et al., 1995)

	Instrumentos Genéricos	Instrumentos Específicos
<i>Ventajas</i>	Aplicables a un amplio rango de patologías, estrategias terapéuticas y subgrupos culturales/demográficos. Permiten comparación entre distintas condiciones, intervenciones, poblaciones, etc. Suelen tener un proceso de desarrollo más riguroso (selección de ítems y evaluación de su fiabilidad y validez)	Diseñados específicamente para ese trastorno, condición o población. Sensibilidad a cambios clínicamente relevantes.
<i>Inconvenientes</i>	Demasiado imprecisos, pérdida de aspectos relevantes para una patológica concreta. Baja sensibilidad a los cambios clínicamente relevantes	El desarrollo del instrumento requiere una gran cantidad de tiempo y trabajo. No permiten comparaciones entre distintos grupos (patologías, gravedad, poblaciones)

La elección entre un instrumento genérico y uno específico ha de realizarse teniendo siempre presente el propósito de la investigación, ya sea en el ámbito de la investigación clínica, de la práctica clínica o de la política sanitaria (Guyatt et al., 1993). Con respecto a la conveniencia de utilizar instrumentos genéricos o específicos no existe un claro consenso (González et al., 1995). Así, hay autores que favorecen la utilización de instrumentos genéricos frente a los específicos (Bullinger, 1993; Bullinger, 1994). Otros, en cambio, recomiendan, la utilización de instrumentos genéricos siempre que el objetivo sea establecer comparaciones entre distintos grupos diagnósticos o poblacionales (variabilidad inter-sujeto), e instrumentos específicos cuando el objetivo sea detectar cambios intra-sujeto en función del tiempo o discriminar entre la implementación de diferentes tratamientos (Patrick & Deyo, 1989).

A continuación pasaremos a revisar los instrumentos que, hasta la fecha, han sido con más frecuencia utilizados para la evaluación de la discapacidad, diferenciado para ello entre instrumentos genéricos y específicos.

3.2 Instrumentos genéricos de evaluación de la discapacidad

Pasaremos a continuación a describir los instrumentos genéricos más significativos utilizados hasta la fecha para la evaluación de la discapacidad asociada a cualquier estado de salud.

Index of Activities of Daily Living (ADL)

Se trata de un instrumento de evaluación de actividades de la vida diaria, en el que se valoran las seis funciones básicas de todo ser humano: bañarse, vestirse, asearse, desplazarse, control de esfínteres y comer (Katz & Akpom, 1976). Estos autores, después de 20 años de trabajo con ancianos y enfermos crónicos, llegaron al convencimiento de la gran utilidad de clasificar el estado de salud y enfermedad en términos de medidas objetivas de funcionamiento; no sólo por su utilidad como indicador de gravedad y de cambios en el curso de la enfermedad, sino también por la connotación neutral que dicho término conlleva. Asimismo observaron como algunos de los pacientes en fase de recuperación pasaban por los siguientes tres estadios: *a)* recuperación de la independencia para comer y controlar esfínteres; *b)* recuperación de la movilidad y aseo; *c)* recuperación de la independencia para vestirse y bañarse. El orden jerárquico de este patrón observado es el utilizado en el ADL para organizar las funciones y es similar a la progresión en el desarrollo que siguen las funciones básicas de los niños. Las puntuaciones del Index of ADL son

útiles a la hora de predecir las necesidades que, en un futuro, puedan tener pacientes con déficits neurológicos (Katz & Akpom, 1976).

Instrumental Activities of Daily Living (IADL)

El IADL es un instrumento que evalúa el funcionamiento de las personas en su vida diaria, valorando su capacidad para moverse fuera de casa, llevar la contabilidad, preparar comidas, realizar las tareas domésticas, utilizar el teléfono, etc. Durante el desarrollo del IADL de 50 ítems, se utilizó una muestra compuesta por 182 sujetos, de los cuales 29 fueron entrevistados de nuevo 2 semanas más tarde para evaluar la fiabilidad del instrumento. Los resultados de dicho estudio indicaron que el IADL tiene una alta consistencia interna y una buena fiabilidad test-retest (Lawton et al., 1982).

Groningen Activity Restriction Scale (GARS)

Es un instrumento desarrollado para la evaluación de los “estados de salud” que mide la discapacidad en actividades de la vida diaria (ADL) y en actividades instrumentales de la vida diaria (IADL). Fue desarrollado a partir de estudios llevados a cabo con ancianos y enfermos crónicos holandeses, comprobándose que las propiedades psicométricas del instrumento eran satisfactorias. El GARS consta de 18 ítems y 5 categorías de respuesta, que hacen referencia a lo que la persona es capaz de hacer y no a lo que de hecho hace. Cuando un ítem hace referencia a más de una actividad, la causante del mayor problema es la que determina la respuesta del paciente (Suurmeijer et al., 1994).

London Handicap Scale (LHS)

La London Handicap Scale es un instrumento de medida del estado de salud general que cuantifica la minusvalía o desventaja experimentada por la persona debido a sus problemas de salud, enfatizando lo que la persona es capaz de hacer en su vida diaria, con independencia de la ayuda que pueda requerir. Se basa en la “Clasificación Internacional de Deficiencias, Discapacidades y Minusvalías” -CIDDDM- (Organización Mundial de la Salud, 1983) e integra las seis dimensiones de minusvalía que aparecen en la misma: *a)* movilidad, *b)* independencia física, *c)* ocupación, *d)* integración social, *e)* orientación y *f)* autosuficiencia económica. Cada una de estas dimensiones tiene seis niveles, ordenados en grado creciente de desventaja y la persona debe elegir el nivel que mejor se ajuste a su situación. Toda esta información permite elaborar un perfil descriptivo del individuo que puede transformarse en una puntuación global de gravedad de la minusvalía utilizando una escala de ponderación.

Fue diseñada para poder ser autoaplicada por personas con enfermedades crónicas, así como en la evaluación de las intervenciones desarrolladas como parte de sus tratamientos (incluida la rehabilitación). Esta escala es adecuada para ser utilizada en adultos de todas las edades pero no es adecuada su utilización con niños. La LHS presenta una buena validez, consistencia interna, fiabilidad y sensibilidad al cambio (Harwood et al., 1994; Harwood & Ebrahim, 1995)

MOS 36-Item Short-Form General Health Survey (SF-36)

El SF-36 es un instrumento desarrollado en Estados Unidos para su uso en el Estudio MOS (Medical Outcomes Study), con el objetivo de proporcionar una medida subjetiva y eficaz del estado de salud, en un momento en que el punto de vista del paciente sobre la enfermedad y los resultados de las intervenciones médicas adquirirían especial relevancia (Ware, Jr. & Sherbourne, 1992).

Consta de 36 ítems que cubren ocho dimensiones del estado de salud: *a)* función física; *b)* limitaciones del rol debido a problemas físicos; *c)* dolor; *d)* percepción de la salud general; *e)* energía y vitalidad; *f)* función social; *g)* limitaciones del rol debido a problemas emocionales; y *h)* salud mental general. Sus ítems detectan tanto estados positivos como negativos de salud. Este cuestionario fue diseñado para ser auto-administrado a partir de los 14 años de edad, requiriendo de 5 a 10 minutos su cumplimentación. También puede utilizarse de forma heteroaplicada, habiendo demostrado ser especialmente útil en entrevistas telefónicas. Su corrección e interpretación es sencilla: para cada dimensión se recodifican los ítems y se suman, transformándose posteriormente esta puntuación directa en una escala que va de 0 (el peor estado de salud para esa dimensión) a 100 (el mejor estado de salud). El instrumento proporciona un perfil de estado de salud basado en la puntuación alcanzada en cada una de las ocho dimensiones de salud; sin embargo no ha sido diseñado para generar un índice global de salud (Taft et al., 2001; Ware, Jr. & Sherbourne, 1992; Wilson et al., 2000).

La utilización de este instrumento presenta una serie de ventajas que lo convierten en una opción a considerar a la hora de evaluar el estado de salud general: *a)* bajo coste y facilidad de aplicación e interpretación; *b)* propiedades psicométricas bien establecidas; *c)* existencia de valores de referencia, tanto de población general como de un amplio grupo de enfermedades (hipertensión, diabetes tipo II, insuficiencia cardiaca, infarto de miocardio, depresión, etc.); *d)* amplia difusión mundial (González et al., 1995),.

El SF-36 ha sido traducido y validado en nuestro país por Alonso y cols. (Alonso et al., 1995) en el marco de un proyecto multicéntrico internacional para la Evaluación de la Calidad de Vida (International Quality of Life Assessment - IQOLA Project). En el análisis preliminar de las propiedades psicométricas del instrumento se utilizó una muestra de 46 pacientes con enfermedad coronaria estable, con una edad media aproximada de 61 años, siendo el 89% varones. La consistencia interna de las ocho dimensiones de que consta el cuestionario, se situó en un rango de valores α de Cronbach de 0.45 a 0.94. Así mismo, la mayoría de las escalas mostraron también una fiabilidad test-retest aceptable, cuando el cuestionario se administra en dos ocasiones separadas por dos semanas, con Coeficientes de Correlación Intraclass comprendidos entre 0.58 y 0.99. En función de los resultados obtenidos en este estudio, los autores concluyeron que se había obtenido un instrumento aparentemente equivalente al original y con una fiabilidad aceptable; pero que sin embargo, para poder establecer su completa equivalencia así como para poder recomendar definitivamente su uso en España, sería necesario establecer la validez (discriminante y convergente) y la sensibilidad a los cambios de salud de esta versión y compararlas con las del cuestionario original, así como reproducir los estudios de fiabilidad a una mayor escala.

En un amplio estudio epidemiológico comunitario llevado a cabo por nosotros sobre una muestra de 1.250 participantes representativa de la población en edad laboral (18-64 años) se determinó la aplicabilidad del instrumento en el ámbito de la investigación epidemiológica psiquiátrica y su validez y equivalencia conceptual con la versión original de instrumento (Ayuso-Mateos et al., 1999). La consistencia interna de las diferentes dimensiones del cuestionario, evaluada mediante α de Cronbach, se vio que era alta (límites: 0.7-0.9). En cuanto a la validez concurrente del instrumento, verificada través del análisis de su correlación con el Cuestionario de Salud General (GHQ-12 ítems), ésta se vio que era significativa. En particular se observó que las dimensiones de salud mental y energía/vitalidad del SF-36 correlacionaban significativamente con el GHQ-12, confirmando así los datos obtenidos por otros autores (McCabe et al., 1996).

Social Behaviour Assessment Schedule (SBAS)

El SBAS es un instrumento semiestructurado diseñado inicialmente para evaluar el comportamiento social de pacientes psiquiátricos, así como la carga que dicho comportamiento genera en las personas cercanas a ellos. Aunque fue desarrollado para utilizarse con familiares o amigos (informantes claves) de pacientes psiquiátricos agudos, también puede ser utilizado con familiares o amigos de enfermos físicos o crónicos (Weissman et al., 1981), razón por la cual puede ser también considerado como un instrumento genérico de medida de la discapacidad.

Consta de 329 ítems agrupados en seis secciones, constituyendo las secciones 2, 3 y 4 el núcleo central del mismo. Cada una de estas tres secciones principales cubre aspectos diferentes de la situación del paciente, tales como su conducta, la severidad del trastorno, su comportamiento social, la carga objetiva que este genera sobre el informante y el malestar emocional que ello supone. Todos estos aspectos son relevantes de cara a la evaluación del tratamiento. Las restantes tres secciones (1, 5, 6) son secciones secundarias que proporcionan información sobre el contexto y antecedentes del paciente e informante. El periodo de tiempo evaluado es el mes anterior a la entrevista, a excepción de la sección 5 en la que se recoge información relativa a los tres meses previos. Sin embargo, este intervalo de tiempo puede ser ajustado de acuerdo con los objetivos del estudio. De hecho, el instrumento ha sido diseñado de tal manera que todas las secciones y subsecciones puedan ser utilizadas independientemente y omitidas cuando ello sea necesario. El instrumento tiene el formato de una entrevista semiestructurada de 45 a 75 minutos de duración, la cual es llevada a cabo idealmente con el familiar o amigo más cercano al paciente – informante clave (Wallace, 1986).

No hay mucha información relativa a sus propiedades psicométricas, sin embargo la poca información existente apunta a que la fiabilidad entre observadores para la totalidad de la escala, subescalas e ítems individuales es adecuada y a que la validez del instrumento también es aceptable. Según Platt y cols. (Platt et al., 1980) la fiabilidad de las seis subescalas de la versión original es adecuada, encontrándose sin embargo una dudosa fiabilidad en ítems individuales que evalúan las alteraciones del comportamiento y el malestar causado por éstas en la realización de actividades culturalmente esperadas.

3.3 Instrumentos específicos de evaluación de la discapacidad

Presentaremos aquí una serie de instrumentos diseñados específicamente para evaluar la discapacidad en patologías concretas. Como veremos, la mayoría se refieren a trastornos psiquiátricos, siendo algunos de ellos específicos para la enfermedad mental y otros para determinadas categorías diagnósticas, como esquizofrenia, depresión, etc.

Health-Sickness Rating Scale (HSRS)

La evaluación de la actividad psicosocial general, en una escala de 0-100, fue operativizada por primera vez mediante la Health-Sickness Rating Scale (Luborsky, 1962). La HSRS, es una escala de evaluación global del estado de salud mental de la persona, que incorpora siete factores

clave que han de ser tenidos en cuenta en la valoración de la salud: habilidad para funcionar autónomamente, severidad de los síntomas, grado de malestar, efecto sobre el entorno, utilización de habilidades, calidad de las relaciones personales, y variedad, amplitud y grado de los intereses. Estos factores son evaluados en una escala del 0 al 100, dividida en 8 intervalos, que van de “un estado ideal de total integración del funcionamiento, efectividad social y capacidad de afrontamiento al estrés” a “cualquier situación que pueda causar la muerte del paciente, no refiriéndose necesariamente al suicidio”. Cada uno de estos intervalos está definido por niveles generales de funcionamiento y ejemplarizado por medio de categorías diagnósticas. Estas categorías diagnósticas no hacen más que dificultar la tarea de puntuar, ya que muchas veces dichas categorías entran en contradicción con el nivel general de funcionamiento de la persona (Endicott et al., 1976). Por ello, en la escala que dichos autores desarrollaron a partir del HSRS (“Global Assessment Scale” -GAS-) incluyeron, en lugar de diagnósticos, ejemplos de comportamientos específicos para ilustrar cada uno de los intervalos de puntuación. La escala HSRS también incluye 30 casos tipo, los cuales pueden ser utilizados como guía a la hora de puntuar a los sujetos (Endicott et al., 1976; Phelan et al., 1994).

Doce años después de que la HSRS fuera publicada, en una revisión de 18 estudios llevados a cabo con una amplia variedad de grupos de pacientes se concluyó que cuando esta escala era utilizada por personas con experiencia clínica resultaba una medida fiable de la salud mental del sujeto y correlacionaba positivamente con una gran variedad de escalas que requerían mayores tiempos de aplicación (Luborsky & Bachrach, 1974).

Global Assessment Scale (GAS)

En 1976, Endicott y cols. (Endicott et al., 1976) desarrollaron una revisión de la HSRS, a la que denominaron “Global Assessment Scale” (GAS). El GAS es una escala que evalúa el funcionamiento global del individuo en un hipotético *continuum* de “salud - enfermedad mental”, donde se puntúa del 1 al 100 el nivel de funcionamiento del sujeto en la última semana. El 1 representa, el mayor grado de enfermedad psicológica o psiquiátrica y el 100 el estado de salud mental positiva. Dicho *continuum* está dividido en diez intervalos iguales: 1-10 y así sucesivamente hasta el 91-100; cada uno de ellos aparece definido por una combinación de síntomas y niveles globales de funcionamiento social o adaptativo y con ejemplos derivados de una serie de comportamientos específicos (Endicott et al., 1976; Phelan et al., 1994). Aunque la semana previa a la evaluación es el periodo de tiempo generalmente seleccionado, algunos estudios especiales utilizan periodos de tiempo más amplios.

El estudio de la fiabilidad entre jueces del GAS se realizó utilizando evaluadores con distintos niveles de formación, sujetos procedentes de distintas poblaciones, incluida población general, e información procedente de entrevistas en vivo y de material escrito (Endicott et al., 1976). En la mayoría de los casos la precisión con que se puntuó fue relativamente alta y constante. El índice de precisión, se situó entre 5 y 6, indicando que se trata de un error aceptable tratándose de una escala de evaluación que puntúa del 1 al 100. En un análisis de cinco estudios, la fiabilidad entre observadores (Coeficiente de Correlación Intraclass) presentó valores comprendidos entre 0.61 y 0.91, encontrándose una fiabilidad más baja entre los profesionales dedicados exclusivamente a la clínica, en contraposición con los dedicados a la investigación. En relación con este hallazgo que también había sido descrito por otros autores, tales como Dworkin y cols. (Dworkin et al., 1990), se apunta que un entrenamiento sistemático a base de cursos periódicos de reciclaje, parece ser efectivo a la hora de mejorar la fiabilidad del personal clínico (Endicott y cols., 1976; Phelan y cols., 1994). Como ventajas de esta escala, está su fácil y rápida administración, así como la amplia utilización que se ha hecho de la misma. También podemos señalar como ventaja adicional el hecho de que se necesite poca información para puntuar en ella y que se pueda utilizar información procedente tanto de una entrevista con el paciente, como de cualquier otra fuente fiable de información. Además es posible utilizar solamente una parte de la escala cuando el estudio así lo requiera, haciéndola de este modo aún más breve. Como inconveniente cabe mencionar el hecho de que esta escala es una combinación de síntomas y niveles globales de funcionamiento social o adaptativo.

Children's Global Assessment Scale (CGAS)

Es una adaptación de la Global Assessment Scale (GAS) para su aplicación en población infantil. Está diseñada para reflejar el nivel más bajo de funcionamiento de un niño o adolescente durante un periodo específico de tiempo. Su rango de valores va del 1 al 100. Puntuaciones por encima de 70 indican un funcionamiento normal (Endicott et al., 1976; Phelan et al., 1994).

Global Assessment of Functioning Scale (GAF)

Se trata de una escala que proporciona una puntuación global del funcionamiento social y de la gravedad de los síntomas que presentan los pacientes psiquiátricos (American Psychiatric Association, 1987; Goldman et al., 1992). La escala GAF es una versión modificada del cuestionario GAS (Bech et al., 1993; Endicott et al., 1976) que ha sido incluida en la Clasificación DSM-III-R. La diferencia fundamental con el GAS radica en el hecho de haberse reducido el número de

intervalos de esta escala a 9, pasándose, por lo tanto, a puntuar del 0 al 90. No se aprecian, sin embargo, grandes diferencias entre ambas escalas en lo relativo a las definiciones dadas a cada uno de sus intervalos. Otra diferencia importante es que el GAS puntúa el nivel más bajo de funcionamiento en la semana previa a la evaluación y en cambio el GAF evalúa tanto el funcionamiento actual del sujeto, como el nivel más alto de funcionamiento en el último año. En cuanto a la selección de los ítems el GAF es una combinación y simplificación de la Global Assessment Scale (GAS) y de la Children's Global Assessment Scale (CGAS). Las puntuaciones de la escala GAF deben referirse a dos períodos: *a)* Actual: nivel de actividad en el momento de la evaluación. Esta puntuación, en general refleja la necesidad de tratamiento o de atención médica; *b)* El último año: nivel más alto de actividad durante varios meses, en el transcurso del último año. Esta puntuación suele tener significado pronóstico, dado que, tras un episodio de enfermedad, el sujeto vuelve a su nivel previo. Esta escala presenta una buena validez psicométrica; varios estudios han demostrado que las puntuaciones obtenidas del GAF/GAS son un parámetro válido del nivel de funcionamiento psicopatológico. La fiabilidad de la escala es muy buena cuando ésta es administrada por entrevistadores entrenados. La escala no es muy sensible con pacientes ligeramente deteriorados o que no presenten síntomas obvios. Es una escala útil para evaluar el funcionamiento global del individuo en pacientes con esquizofrenia (Gaite et al., 2005).

La mayor limitación de todas estas escalas (GAS, GAF y CGAS) es que incluyen tanto síntomas como niveles de funcionamiento en una única medida (Goldman et al., 1992; Phelan et al., 1994; Endicott et al., 1976). La combinación en un único eje de medidas psicológicas y de funcionamiento social y laboral es problemático por dos razones: *a)* porque viola el principio de un sistema multiaxial, en el que “cada uno de los ejes aporta distinto tipo de información”, y; *b)* porque puede plantear confusiones de cara a puntuar al sujeto, debido la complejidad de asignar una única puntuación que integre tres diferentes dimensiones que no siempre varían de un modo paralelo (Goldman et al., 1992). Esta idea ha sido también sustentada en un reciente estudio multicéntrico internacional sobre el empleo del GAF (Gaite et al., 2005).

En el artículo “Revising Axis V for DSM-IV: A Review of Measures of Social Functioning”, se apunta que las principales limitaciones que presenta la escala GAF son la combinación de síntomas y niveles de funcionamiento en una misma escala y que únicamente tiene en cuenta las alteraciones en el funcionamiento debidas a deficiencias mentales, no incluyendo por lo tanto las causadas por deficiencias físicas (Goldman et al., 1992). De cara a intentar solventar ambos problemas dichos autores proponen que la actual escala GAF podría ser dividida en dos escalas dife-

rentes, una destinada a la evaluación global de la sintomatología y funcionamiento psicológico y otra destinada a la evaluación del funcionamiento social y laboral.

En dicho artículo propusieron la **Mental and Physical Impairments Functioning Scale (GAFS-M)** como ejemplo de una posible modificación. Contiene la misma escala de puntuaciones que el GAF, es decir puntúa de 1-90, siendo muchas de las definiciones que se dan a cada intervalo, muy similares en ambas escalas. La diferencia fundamental con el GAF reside en que las definiciones de sus intervalos no recogen síntomas, únicamente niveles de funcionamiento social y laboral; y en que esta escala evalúa el deterioro en el funcionamiento social y laboral debido a la combinación de trastornos físicos y mentales. Con esta nueva escala se reduciría la confusión a la hora de puntuar y se mejoraría la independencia de las puntuaciones de estas áreas. Esta hipótesis, así como la fiabilidad de las medidas de esta escala, deberán ser evaluadas en estudios de campo. Esta misma escala, ligeramente modificada, ha sido incluida en el apartado “Ejes diagnósticos para estudios posteriores” de la Clasificación DSM-IV (American Psychiatric Association, 1994), con el nombre de **Escala de Evaluación de la Actividad Social y Laboral (EEASL)**. La ligera modificación mencionada, consiste en que a esta escala se le ha añadido el intervalo 91-100, destinado a registrar la actividad superior en un amplio abanico de actividades.

Eje V del DSM-IV

El eje V del DSM-IV, incluye la opinión del clínico acerca del nivel general de actividad del sujeto, sirviéndose para ello de la **Escala de Evaluación de la Actividad Global (EEAG)** (American Psychiatric Association, 1994). La EEAG, siguiendo en la misma línea que las escalas anteriormente descritas, es una escala de puntuación que evalúa la actividad psicológica, social y laboral a lo largo de un hipotético *continuum* de salud-enfermedad, donde se puntúa del 0 al 100 el nivel de actividad global del sujeto en el momento de la evaluación. No se incluye en esta escala alteraciones de la actividad debidas a limitaciones físicas o ambientales. Aunque en principio las evaluaciones de la EEAG deberían referirse al periodo actual, puesto que las evaluaciones de la actividad actual reflejarán generalmente la necesidad de tratamiento, puede ser también de utilidad cumplimentar esta escala tanto en el momento de la admisión como en el del alta. La EEAG también puede ser cumplimentada en otros periodos de tiempo (por ejemplo, mejor nivel de actividad alcanzado por lo menos en algunos meses durante el último año).

Eje II de la CIE-10

El eje II de la Clasificación de los Trastornos Mentales y del Comportamiento (CIE-10) es un eje de discapacidad social, que permite al clínico valorar la discapacidad en relación a las tareas y funciones que se espera que el individuo realice en su situación sociocultural. El término discapacidad ha sido seleccionado para evitar potenciales discordancias en el uso, por profesionales y profanos, de los términos de la Clasificación Internacional de Deficiencias, Discapacidades y Minusvalías (CIDDM), y abarca todos ellos, es decir abarca las nociones de deficiencia, discapacidad y minusvalía. Por este motivo es un eje muy sencillo que, merced al empleo de la **Escala de Discapacidad de la OMS** (a la cual nos referiremos a continuación), permite valorar cuatro áreas específicas de funcionamiento social (personal, laboral, familiar, social) y unos grados descritos de un modo muy general.

Sheehan Disability Scale

La Sheehan Disability Scale es una escala de tres ítems diseñada para ser autoadministrada (Sheehan, 1983). El paciente puntúa en una escala del 1 al 10 el grado en que los síntomas de su enfermedad mental deterioran su funcionamiento en las siguientes tres áreas: vida social, vida familiar y vida laboral. Es por lo tanto una escala de evaluación de deficiencia funcional, entendiéndose dicha deficiencia como indicador de severidad de los síntomas. La administración de esta escala es sencilla, llevándole al paciente alrededor de un minuto el completarla.

El estudio de las propiedades psicométricas de esta escala se ha realizado en dos estudios clínicos independientes: uno de ellos con pacientes con trastorno de pánico; y otro con pacientes que presentaban a la vez trastorno de pánico y depresión (Leon et al., 1992). Estos autores demostraron que la “Sheehan Disability Scale” es un instrumento moderadamente fiable y válido cuando se utiliza con pacientes que reúnen los criterios para ser diagnosticados de trastorno de pánico con o sin depresión comórbida. Se demostró también que los tres ítems de que consta esta escala están correlacionados, pudiendo ser por tanto utilizados de forma conjunta como medida de deficiencia. Es un instrumento sensible a cambios de la deficiencia a través del tiempo. Aunque sus intervalos (“ninguno”, “moderado” y “grave”) son ambiguos y muy generales, la escala mide adecuadamente las deficiencias. Las propiedades psicométricas de esta escala todavía no han sido establecidas en otras poblaciones de pacientes psiquiátricos.

Psychiatric Epidemiology Research Interview (PERI)

El PERI incluye 56 ítems de medida del funcionamiento social, “en teoría”, independientes de las medidas de sintomatología psicológica incluidas en dicho instrumento. Las escalas de funcionamiento social son proporcionadas para evaluar la consecución de trabajo, rendimiento laboral, satisfacción con el trabajo, tareas domésticas, rendimiento en los estudios, actuación y satisfacción en el matrimonio, relaciones heterosexuales y satisfacción parental. Se han utilizado muestras epidemiológicas en Nueva York y en Israel, así como con pacientes psiquiátricos ambulatorios e ingresados y posee una buena fiabilidad en términos de consistencia interna en todas las escalas, excepto en la de rendimiento laboral. Las escalas de funcionamiento social, de nuevo a excepción de la de ejecución laboral, diferencian exitosamente las muestras de pacientes de la población general (Dohrenwend et al., 1983).

Katz Adjustment Scales (KAS)

La escala KAS es una de las escalas de ajuste social más utilizadas (Katz & Lyerly, 1963). Fue diseñada para ser administrada a personas con problemas mentales graves, bien antes de su ingreso en el hospital o bien durante su seguimiento en la comunidad. Hay dos versiones disponibles: la escala KAS-R, que consta de 205 ítems completados por una persona cercana al paciente; y la escala KAS-S de 138 ítems a completar por el paciente. Cada una de ellas está dividida a su vez en cinco secciones: la primera y más larga (127 ítems en la versión heteroadministrada, 55 ítems en la versión autoadministrada) se centra principalmente en los síntomas y comportamientos, mientras que las demás evalúan la conducta social, actividades de tiempo libre y actividades socialmente esperadas. El tiempo de aplicación para esta escala está entorno a los 25-45 minutos y ha sido utilizada con gran variedad de poblaciones: pacientes ingresados en hospitales y en residencias, estudios epidemiológicos y estudios de aplicabilidad transcultural. Esta escala evalúa las “pasadas semanas” (Phelan et al., 1994; Wallace, 1986; Weissman, 1975). La fiabilidad y validez del KAS, y en especial de la Sección 1 del KAS-R, ha sido ampliamente estudiada (Phelan et al., 1994), y la consistencia interna del KAS-R se sitúa entre 0.41 y 0.81 (Wallace, 1986). Las puntuaciones globales discriminan bien entre pacientes y población general (Hogarty & Katz, 1971) y entre diferentes tipos de pacientes con depresión (Paykel, 1972). A pesar del gran número de ítems es relativamente fácil de administrar y puntuar. Se trata de un instrumento útil a la hora de evaluar personas que presentan una discapacidad significativa debida a enfermedades mentales, pero sin embargo es menos apropiado cuando se evalúan trastornos mentales menores o transitorios.

Disability Assessment Schedule (DAS)

Se trata de un instrumento de evaluación de las repercusiones funcionales, fundamentalmente sociales, de la enfermedad mental desarrollado al final de los 70 por la OMS para ser utilizado en un proyecto internacional sobre trastornos psiquiátricos (Jablensky et al., 1980), y que en ocasiones es denominado como WHO-DAS. La filosofía adoptada para su desarrollo fue la de elaborar un instrumento sencillo de evaluación de las repercusiones de la enfermedad mental, que fuera compatible con el Present State Examination (PSE), en el sentido de que cubriese el mismo periodo de tiempo (el mes anterior a la evaluación), y que pudiese ser aplicable transculturalmente (Jablensky et al., 1980; Montero et al., 1988). Con él se pretendía además evaluar el nivel de funcionamiento social del sujeto en su particular contexto social y cultural, para lo que se comparaba el funcionamiento del paciente con el “funcionamiento normal” de una persona del mismo sexo, edad, y similar ambiente sociocultural (Montero et al., 1988). En el DAS se entiende por “discapacidad” toda alteración en el comportamiento social o en el desempeño de los roles sociales, resultado de un trastorno mental. Consta de las siguientes cinco grandes áreas o secciones: 1) Comportamiento general (*cuidado personal, baja actividad, lentitud, aislamiento social*); 2) Desempeño de su rol social (*tareas domésticas, trabajo, relaciones personales, relaciones sexuales, cuidado de los hijos, etc.*); 3) Conducta durante el ingreso, únicamente para pacientes que hayan estado hospitalizados al menos 20 días en el último mes (*comportamiento en la unidad de internamiento, opiniones del personal de enfermería; ocupaciones del paciente, contacto con el mundo exterior*); 4) Factores modificantes (*evaluaciones específicas, desventajas específicas, ambiente familiar*); y 5) Evaluación global.

A cada uno de los ítems de las Secciones 1 y 2 se les asigna dos puntuaciones: la primera evalúa el funcionamiento del sujeto en el pasado mes con una escala de puntuaciones del 0 (ausencia de disfunción) al 5 (disfunción máxima); y la segunda compara este funcionamiento actual con el que el sujeto tenía hace un año, con el fin de averiguar si se han producido cambios. En general, en esta escala el funcionamiento actual del sujeto (durante el pasado mes), es evaluado comparándolo con dos criterios: a) el funcionamiento “normal” de una persona del mismo sexo, procedente del mismo medio cultural y de edad semejante; b) el comportamiento y funcionamiento del propio sujeto un año antes. De esta manera, el cálculo del funcionamiento social actual del propio sujeto se hace en dos ejes: a) desviación del grupo social; b) desviación de sus propias características anteriores. El DAS se completa con la información obtenida entrevistando a un informante clave del paciente (normalmente, un miembro de la familia), pero también es necesario tener una entrevista breve con el paciente para hacernos una idea sobre algunos ítems específi-

cos. Dos de las novedades aportadas por este instrumento son, en primer lugar, incluir un área dedicada a estimar la importancia de factores ambientales y familiares capaces de incidir en el curso de la enfermedad, y en segundo término, introducir un criterio comparativo de la conducta actual con la que el pacientes presentaba el año anterior, lo que permite valorar la evolución de cada uno de los ítems por separado (Montero et al., 1988).

Existe una traducción al español de una segunda versión del DAS, prácticamente igual a la anterior, denominada DAS-II (Montero et al., 1988). En el análisis de la fiabilidad entre entrevistadores que realizaron en veinte pacientes ambulatorios diagnosticados de esquizofrenia (DSM-III), se evidenciaron coeficientes de Kappa satisfactorios en todos los ítems excepto en aquellos relacionados con la vida y actitudes familiares, concluyéndose que la versión española del DAS-II presenta una fiabilidad aceptable. Para su utilización es necesario realizar un entrenamiento previo y estar familiarizado con determinados aspectos de la vida de la persona con esquizofrenia. El estudio de la fiabilidad de la versión italiana del DAS-II concluyó que la fiabilidad era satisfactoria (Ardoin et al., 1991) y parecida a la encontrada en otros estudios anteriores (de Jong et al., 1985). Más tarde, ya en 1998 se tradujo nuevamente al español dicha versión, introduciendo modificaciones en sus secciones principales de Comportamiento general y Desempeño de roles sociales y limitándose al estudio de la fiabilidad de esas secciones (Mañá et al., 1998). El estudio que realizaron en 49 pacientes ambulatorios con diagnóstico de esquizofrenia (DSM-IV) demostró una excelente fiabilidad entre observadores en todos los ítems de estas secciones, con coeficientes de correlación intraclass (CCI) que oscilaban entre 0.84 y 0.98 (media = 0.91); hallazgo semejante al informado por los autores del instrumento (World Health Organization, 1988).

The World Health Organization Short Disability Assessment Schedule (WHO-DAS-S)

Se trata de una versión reducida del primitivo WHO/DAS, que ha sido desarrollada para ser incluida en el Eje II de la Versión Multiaxial para Adultos (Separata Eje II) de la CIE-10 (Janca et al., 1996). Dicha escala ha sido traducida en la versión española con el nombre de **“Escala de Discapacidad de la OMS”**. Surgido de las pautas de valoración psiquiátrica de discapacidades de la OMS, el WHO-DAS-S es una escala sencilla dirigida al registro de la valoración clínica de las discapacidades causadas por trastornos mentales y físicos. Sus puntuaciones, como hemos mencionado antes, hacen referencia a áreas específicas del funcionamiento social, las cuales son evaluadas por medio de una escala de 0 (ausencia de discapacidad) a 5 (discapacidad máxima) y teniendo siempre en mente el presumible funcionamiento “normal” de una persona del mismo sexo, de similar edad y de formación y situación socio cultural parecida. En casos de duda, la

regla general es seleccionar el nivel numérico más bajo. El periodo de tiempo a evaluar puede variar en función del propósito principal por el que se hace la valoración; siendo las opciones temporales ofrecidas por el instrumento: “actual”; “último mes”; “último año” y “otro período (especificar tiempo)”. Esta escala ha sido desarrollada y verificada, a nivel internacional, en los estudios de campo de la Versión Multiaxial para Adultos (Separata eje II) de la CIE-10, en los cuales estuvieron implicados 70 centros de más de 25 países. Los resultados de estos estudios de campo, realizados en la fase inicial del desarrollo del instrumento, revelaron escasos niveles de fiabilidad de las categorías de discapacidad, siendo necesaria la introducción de modificaciones en dicho instrumento, pese a las cuales, los niveles de fiabilidad continuaron siendo insuficientes. Se puede por lo tanto concluir que es necesario seguir trabajando en el desarrollo y perfeccionamiento de este instrumento (Janca et al., 1996).

Groningen Social Disabilities Schedule (GSDS)

La mayoría de los instrumentos empleados tradicionalmente para la evaluación de las disfunciones sociales de los pacientes psiquiátricos suelen ser simplemente listados de ítems precodificados que no permiten realizar preguntas adicionales. Debido a este vacío existente surge, en Holanda, el GSDS, un cuestionario semiestructurado basado en la teoría del rol social y en la existencia de una jerarquía en las discapacidades sociales y que pretende ser compatible con la entonces vigente Clasificación Internacional de Deficiencias, Discapacidades y Minusvalías (CIDDM). El GSDS es un cuestionario de una a dos horas de duración, que evalúa el funcionamiento del paciente y/o entrevistado en los siguientes ocho roles sociales: 1) rol en el cuidado personal; 2) rol familiar; 3) rol de parentesco; 4) rol de pareja; 5) rol parental; 6) rol de ciudadano; 7) rol social; y 8) rol ocupacional. A excepción del rol de parentesco, todos los demás son más o menos parecidos, a los ítems del DAS, y por ello también a las secciones relevantes de la CIDDM (principalmente con la sección 3.17-19). Cada una de estas áreas se puntúa utilizando escalas de 5 niveles de funcionamiento (0 = funcionamiento excelente; 1 = satisfactorio; 2 = ligera discapacidad; 3 = clara discapacidad; 4 = máxima discapacidad) y teniendo en cuenta las expectativas del entorno y las oportunidades individuales para realizar ciertas actividades. La fiabilidad entre observadores de las escalas es adecuada. El instrumento ha sido utilizado en pacientes crónicos en hospitales y viviendas protegidas, y en pacientes de atención primaria, por lo que un amplio abanico de trastornos ha estado representado en las muestras (Wiersma et al., 1988).

Social Adjustment Scale (SAS)

La SAS es una entrevista semiestructurada de una hora de duración, que fue desarrollada para ser utilizada en mujeres con depresión. Tanto esta escala, como su versión autoadministrada (SAS-SR) constan de 42 ítems que evalúan componentes afectivos e instrumentales, en seis áreas principales del funcionamiento del sujeto: trabajo, actividades sociales y de tiempo libre, relaciones con familiares lejanos, matrimonio, paternidad e independencia económica; evaluándose en cada una de estas áreas la realización de las tareas propias de dicho rol, relaciones interpersonales y satisfacción con el rol desempeñado. Además la SAS también contiene seis escalas referidas a juicios globales adicionales realizados por el entrevistador, los cuales, como es lógico, no se incluyen en la versión autoadministrada. Los ítems de cada área son puntuados sobre una escala de severidad de 5 puntos, donde puntuaciones altas son indicativas de gran deficiencia (Wallace, 1986; Weissman & Bothwell, 1976).

Algunos autores han señalado que solamente hay un ítem que evalúe las habilidades de la vida diaria y ninguno que haga referencia al funcionamiento cognitivo (Rosen et al., 1989), pero también se ha demostrado su buena validez discriminante y concurrente (Wallace, 1986).

Social Adjustment Scale- Self-Report (SAS-SR)

El SAS-SR es una versión autoadministrada de la Social Adjustment Scale (SAS). Tiene una estructura parecida a la de la SAS, con el mismo número de ítems. Esta versión incluye 42 ítems que miden la actuación afectiva e instrumental en el rol ocupacional, actividades sociales, unidad y relaciones familiares, rol marital y parental e independencia económica. Los ítems de cada área son puntuados sobre una escala de 5 puntos, pudiéndose derivar, a partir de ellos, una puntuación general. Puede ser completada en 15-20 minutos, idealmente en presencia de un investigador que informe a la persona acerca de la prueba, conteste sus preguntas y compruebe que haya contestado todos los ítems. Esta escala evalúa las dos semanas previas a la administración de la prueba, a diferencia de la SAS que evalúa los dos meses anteriores. Una de las razones de esta reducción en el periodo de tiempo, es que se consideró que dos meses era un periodo muy amplio para que el sujeto recordase lo ocurrido durante el mismo de modo fiable y sin ayuda de las preguntas del entrevistador. El formato está precodificado, puntuándose sus ítems sobre una escala de 5 puntos; siendo puntuaciones altas indicativas de gran deficiencia. El grado de acuerdo entre los resultados obtenidos en la SAS-SR y en la SAS se estudió con una muestra de 76 pacientes ambulatorios que presentaban depresión, demostrándose que era excelente. También se encontró un buen grado de acuerdo entre los resultados procedentes de la versión autoadministrada por el

paciente, la versión completada por personas cercanas al paciente y la evaluación del entrevistador sobre el estado del paciente. La SAS-SR es sensible al cambio en pacientes deprimidos. Se ha demostrado su alta consistencia interna y fiabilidad test-retest (Edwards et al., 1978). Asimismo, la SAS-SR discrimina bien entre pacientes y población general, obteniendo, los primeros puntuaciones más bajas en ajuste social. Sin embargo, esta escala presenta limitaciones a la hora de ser utilizada con pacientes crónicos, esquizofrénicos, ancianos y jóvenes (Weissman & Bothwell, 1976; Weissman et al., 1981).

Social Adjustment Scale-II (SAS-II)

La escala SAS-II es una adaptación de la SAS para ser utilizada en personas con esquizofrenia (Schooler et al., 1979). Consta de 52 preguntas que son administradas, en el curso de una entrevista semiestructurada, por personal entrenado, llevando alrededor de una hora el completarla. Esta escala evalúa tanto la actuación afectiva e instrumental en el rol laboral, la relación con el miembro principal de la familia, ajuste sexual conyugal y no conyugal, implicación romántica, rol parental, relaciones con familiares lejanos, actividades sociales de ocio, y bienestar personal. Esta información se obtiene del paciente o de un informante clave, y se puntúa sobre la base de las normas de la sociedad. Con una muestra de cincuenta y seis pacientes esquizofrénicos ambulatorios y sus familiares, se llevó a cabo un estudio de fiabilidad, del que se concluyó que el acuerdo entre informantes era excelente. Sin embargo, no hay nada publicado en relación con estudios sobre fiabilidad entre evaluadores (inter-rater) y validez del SAS-II (Weissman et al., 1981).

WHO Psychological Impairments Rating Schedule (WHO/PIRS)

Este instrumento fue diseñado en el seno de un estudio multicéntrico de la OMS sobre deficiencias y discapacidades asociadas con trastornos esquizofrénicos, para servir como complemento del Present State Examination (PSE) y permitir un registro detallado del comportamiento presentado por el paciente durante el curso de la entrevista (Jablensky et al., 1980). Su contenido, es una extensión de la sección de “Comportamiento, Afecto y Lenguaje” de la 9ª edición de la entrevista psiquiátrica “Present State Examination” (PSE). El concepto de deficiencia subyacente a los ítems de este instrumento hace referencia a las habilidades de interacción, que pueden considerarse como esenciales para el comportamiento social diario, y pueden estar presentes, con alguna variación, en la mayor parte de las culturas. El instrumento consta de 97 ítems distribuidos en 10 secciones: atención, fatigabilidad, capacidad de iniciativa, comunicación a través de la expresión facial, comunicación a través del lenguaje corporal, expresión afectiva, habilidades de

conversación, cooperación, etc. Para cada uno de los ítems de estas secciones se aporta una breve descripción y una clave de puntuación que permite registrar la “ausencia”, “presencia”, “presencia en grado severo” y “ausencia de certeza acerca del ítem” del comportamiento. Unido a esto, el WHO/PIRS también aporta una escala de “impresión global” de 6 puntos que permite al investigador hacerse un juicio más global sobre el grado de alteración en cada una de las 10 secciones, sin tener que tomar en cuenta las puntuaciones de los ítems específicos. Una vez completadas las diez secciones relacionadas con el comportamiento, el entrevistador tiene que puntuar su propia impresión subjetiva acerca de la personalidad del paciente (Jablensky et al., 1980).

Disability Assessment Schedule

Se trata de un instrumento estructurado para ser utilizado con niños y adultos que presentan discapacidad intelectual. Debe ser administrado por un entrevistador entrenado, el cual se sirve de la ayuda de un informante que conoce bien a la persona que presenta la discapacidad intelectual (enfermera, profesor, instructor o padres, etc.). El instrumento consiste en 8 secciones, de las cuales 4 hacen referencia a habilidades físicas asociadas al desarrollo y las restantes hacen referencia a comportamiento anormal. Cada sección comprende 2 o más ítems y cada ítem, es puntuado con una escala de 3 a 8, de forma que a mayor puntuación mayor es el nivel de desarrollo que presenta el sujeto, siendo esto aplicable para todos los ítems. Por tanto, el instrumento consta de 44 ítems, en total, los cuales pueden ser completados en unos 20 o 25 minutos aproximadamente (Holmes et al., 1982).

3.4 Conclusiones sobre los instrumentos existentes para la evaluación de la discapacidad

La revisión realizada sobre los principales instrumentos desarrollados hasta la fecha para la evaluación de la discapacidad nos permite concluir que existen marcadas diferencias entre ellos, y ninguno se adapta al nuevo modelo adoptado en la Clasificación Internacional del Funcionamiento, de la Discapacidad y de la Salud (CIF). Se dan en ellos limitaciones muy importantes, respecto a aspectos tan esenciales como el modelo conceptual que aplican para la definición de la discapacidad, las áreas o dominios que abarcan, e incluso las estrategias que utilizan para su evaluación. Entre estas limitaciones podemos mencionar:

- Los instrumentos de evaluación de discapacidad existentes, por lo general, no se han desarrollado a partir de un marco teórico o de un modelo global de discapacidad. Por el contrario, la mayoría han surgido de necesidades concretas para evaluar los programas de re-

habilitación, investigar la evolución de los trastornos mentales, o incluso la de clasificar a los pacientes, generalmente psiquiátricos, en sistemas diagnósticos multiaxiales como los de la DSM-IV o la CIE-10. Por este motivo, en su desarrollo se han tenido en cuenta aspectos muy parciales de la discapacidad. Así, por ejemplo, cuando lo que se pretendía era evaluar los programas de rehabilitación, las escalas han tomado en cuenta áreas específicas del funcionamiento, atomizando cada aspecto relacionado con la conducta; cuando lo que se buscaba era el estudiar el curso de la esquizofrenia, se hacía hincapié en el “comportamiento social”; mientras que cuando lo que se perseguía era añadir a un sistema multiaxial de clasificación, una dimensión relacionada con el nivel de interferencia en el funcionamiento, se adoptaron estrategias globales de evaluación. En consecuencia, la mayoría de los instrumentos desarrollados hasta la fecha, se han centrado en la evaluación de una sola área, sin tener en cuenta que el proceso de la discapacidad es un proceso complejo y multidimensional en el que se ven afectadas, sino todas, muchas de las distintas áreas del funcionamiento del sujeto.

- Prácticamente todos los instrumentos desarrollados precisan mayor verificación psicométrica pues no han sido bien estudiadas su consistencia interna, fiabilidad test-retest y validez en diferentes idiomas o grupos en situación de desventaja social (ej. personas con un estatus socioeconómico bajo, etnias minoritarias, personas “sin hogar”). Tampoco se ha realizado con ellas estudio epidemiológico alguno que muestre la magnitud y la distribución de la discapacidad en la comunidad, por lo que falta conocimiento sobre la aplicabilidad de estas medidas en la población general.
- No se ha realizado una verificación adecuada de su aplicabilidad transcultural. Tenemos que decir que la práctica totalidad de los instrumentos desarrollados son por lo general, específicos para cada una de las culturas y no existen estudios exhaustivos de su aplicabilidad transcultural. Esto es especialmente importante puesto que cada vez es más necesarios disponer de estrategias de evaluación fiables a la hora de comparar datos de manera intercultural e intracultural. Este aspecto se ve además complicado por el hecho de que mientras que algunos instrumentos incluyen términos con una connotación negativa (ej. mal ajuste, discapacidad), otros en cambio, emplean una terminología neutra (ej. ajuste, rendimiento), lo cual complica aún más el estudio de la aplicabilidad transcultural dado que las connotaciones negativas y positivas de los términos pueden variar de una cultura a otra.

De todo lo expuesto se pueden deducir una serie de puntos esenciales a tener en cuenta en el futuro desarrollo de un instrumento de evaluación de discapacidad:

1. Que se ajusten y se fundamenten en un modelo de discapacidad que sea global y aceptado internacionalmente. El modelo actual ha tener en cuenta el que se ha incorporado en la CIF.
2. Que satisfaga el criterio de multidimensionalidad que hoy en día caracteriza el “constructo” de la discapacidad, y que incluye aspectos relacionados con los niveles corporal, individual y social
3. Que sea aplicable transculturalmente de manera que permita establecer estudios comparativos entre distintos países y culturas.
4. Que presente en las distintas culturas adecuados índices de validez y fiabilidad.

Se justifica así la necesidad, asumida por la OMS, de desarrollar un nuevo instrumento de evaluación de discapacidades que resuelva todas las limitaciones y cumpla todos los requisitos expuestos.

El desarrollo del nuevo instrumento de evaluación de discapacidades de la OMS, World Health Organization - Disability Assessment Schedule II (WHO-DAS II), se llevó a cabo mediante un proceso secuencial que se detallará a continuación.

4 Desarrollo de un nuevo instrumento de evaluación de la discapacidad: WHO-DAS II

Como ya se ha mencionado en capítulos anteriores de esta monografía, en un afán de dar respuesta a las críticas realizadas, a los cambios ocurridos en los últimos años en la conceptualización de la discapacidad, y a la necesidad de contar con adecuados sistemas de evaluación, la OMS puso en marcha un ambicioso proyecto destinado a revisar la CIDDM y desarrollar instrumentos de evaluación que fueran compatibles con el nuevo sistema de clasificación, aplicables transculturalmente, y que permitieran evaluar de manera fiable y en todas sus dimensiones las discapacidades. Con respecto a la revisión de la CIDDM ya se ha mencionado que culminó en mayo de 2001 con la aprobación de la nueva versión denominada Clasificación Internacional del Funcionamiento, de la Discapacidad y de la Salud (CIF), por la 54ª Asamblea Mundial de la Salud. En cuanto al desarrollo de instrumentos de evaluación, se ha llevado a cabo la elaboración del WHO-DAS II (“World Health Organization Disablement Assessment Schedule II”).

4.1 Metodología

El proceso seguido en el desarrollo del nuevo instrumento de evaluación de discapacidades de la OMS (WHO-DAS II) incorporó estrategias metodológicas de tipo cualitativo y cuantitativo. Las estrategias cualitativas utilizadas (Grupos de Focalización, Análisis Lingüístico, Estudio de los Procesos Cognitivos, etc.) estuvieron principalmente encaminadas a: *a)* verificar la aplicabilidad transcultural de los conceptos e ítems incorporados en el instrumento; *b)* llevar a cabo los procesos de traducción necesarios en las distintas fases del desarrollo del instrumento y; *c)* aportar información cualitativa para el proceso de simplificación del instrumento.

Las estrategias cuantitativas aplicadas (Análisis Factorial, Pruebas de Correlación, Análisis multi-ítem, etc.) estuvieron dirigidas a fundamentar el proceso de simplificación de la versión preliminar del instrumento, mediante la eliminación de aquellos contenidos (ítems) menos significativos estadísticamente; y llevar a cabo la verificación de la validez y fiabilidad de las versiones reducidas de dicho instrumento, en las distintas culturas.

La aplicación de dichas estrategias metodológicas se llevó a cabo mediante un proceso secuencial compuesto de las siguientes fases:

- A. Identificación de las áreas e ítems potencialmente válidos para ser incorporados en el WHO-DAS II
- B. Traducción y análisis de la aplicabilidad transcultural de la “*Versión Preliminar Extensa de 96 ítems del WHO-DAS II*”
- C. Simplificación de la “*Versión Preliminar Extensa de 96 ítems del WHO-DAS II*”
- D. Análisis de la fiabilidad y validez de las “*Versiones Reducidas del WHO-DAS II*”

En lo concerniente al desarrollo de la versión en lengua española del WHO-DAS II, todas las fases descritas se llevaron a cabo en la UIPC⁴. En este capítulo se presentan los aspectos más significativos de las dos primeras fases (**A** y **B**) del proceso de desarrollo del WHO-DAS II, describiéndose los apartados **C** y **D** posteriormente.

4.1.1 Identificación de las áreas e ítems potencialmente válidos para ser incorporados en el WHO-DAS II

Esta primera fase se basó, fundamentalmente, en dos estrategias: 1) revisión bibliográfica del “constructo” discapacidad y de los instrumentos de evaluación existentes, haciendo especial énfasis en los conceptos que en ese momento estaban siendo incorporados en la nueva clasificación internacional de discapacidades, CIDDM-2 sometida a revisión en aquel momento; 2) realización, en los distintos países, de “Grupos de Focalización” y “Talleres de Expertos en Discapacidades” dirigidos a establecer las características idóneas del futuro instrumento de evaluación de discapacidades.

Con la información obtenida se confeccionó una primera lista de posibles ítems a incluir en el instrumento. Posteriormente, mediante un procedimiento de depuración consistente en eliminar aquellos que presentaban un claro solapamiento, o no se ajustaban a los contenidos de la nueva clasificación de discapacidades (CIDDM-2 en aquel momento), se elaboró inicialmente un “**Listado Provisional de Ítems y Dominios a Incorporar en el WHO-DAS II**”, compuesto por 202 ítems. Dicho listado estaba constituido por las siguientes secciones: **Sección 1**, destinada a obtener información relativa a las características socio-demográficas de la población (9 ítems) y sobre la salud general del individuo (10 ítems); **Sección 2** con 12 ítems destinada al cribado de las discapacidades; **Sección 3**, compuesta de 154 ítems tenía como objeto explorar las distintas áreas o dominios de la discapacidad; **Sección 4** con 17 ítems encaminada a realizar una revisión de

⁴ Unidad de Investigación en Psiquiatría de Cantabria (UIPC). Centro Colaborador de la Organización Mundial de la Salud. Hospital Universitario “Marqués de Valdecilla”. Santander, Cantabria (España).

aspectos relacionados con el origen de la dificultad, los efectos del entorno, etc. Por lo tanto, desde el punto de vista de la evaluación de la discapacidad, el núcleo central de dicho listado de ítems lo constituía la **Sección 3**. En ella se exploraban, mediante los 154 ítems mencionados (distribuidos en ítems de índole general, ítems específicos, e ítems relativos a las repercusiones de las discapacidades) las siguientes áreas o dominios clave de discapacidad: **a) comprensión y comunicación con el mundo que le rodea; b) capacidad para manejarse en el entorno; c) cuidado personal; d) relación con otras personas; e) actividades de la vida diaria; f) participación en la sociedad.**

Mediante el continuo desarrollo de trabajos de análisis y revisión se realizaron borradores sucesivos del instrumento, y de esta forma, se llegó a identificar 96 ítems, considerados por los expertos en discapacidades, esenciales para la evaluación del nivel de dificultad en el desarrollo de las actividades básicas de la vida. Son precisamente estos 96 ítems los que se utilizaron para constituir una *“Versión Preliminar Extensa de 96 ítems del WHO-DAS II”*.

4.1.1.1 La “Versión Preliminar Extensa de 96 ítems del WHO-DAS II”

La “Versión Preliminar Extensa de 96 ítems del WHO-DAS II” constaba de 6 dominios, 1) comprensión y comunicación con el mundo, 2) capacidad para manejarse en el entorno, 3) cuidado personal, 4) relación con otras personas, 5) actividades de la vida diaria, y 6) participación en la sociedad. Los ítems más significativos incluidos en dichos dominios pueden verse en las tablas 3, 4 y 5.

4.1.2 Traducción y análisis de la aplicabilidad transcultural de la “Versión Preliminar Extensa de 96 ítems del WHO-DAS II”

Esta fase se llevó a cabo en 21 centros distribuidos en por 19 países, empleando técnicas cualitativas. En la UIPC, el proceso adoptado para traducir al español dicho borrador siguió las fases de una “Estrategia Multifásica Interactiva de Traducción”. De esta forma se puede garantizar que la versión traducida presente una equivalencia técnica, semántica y conceptual con respecto a la versión original (Gaite et al., 1997; Uriarte Ituiño et al., 2001; Vázquez-Barquero, 1999).

Los trabajos de traducción al español, que fueron completados con éxito, demostraron desde un punto de vista lingüístico la convertibilidad de la versión original inglesa del WHO-DAS II al español. Se identificaron, no obstante, algunos conceptos e ítems que presentaban problemas en su traducción a nuestro idioma. Dichas áreas problemáticas fueron descritas en el informe lingüístico realizado y enviado a la OMS y que fue, como es lógico, utilizado junto con los infor-

mes provenientes de otras culturas para fundamentar la revisión ulterior del instrumento (Vázquez-Barquero et al., 1998).

5 Desarrollo del proceso de simplificación de la “Versión Preliminar Extensa de 96 ítems del WHO-DAS II”

El proceso de reducción de ítems, diseñado por el grupo coordinador del estudio en la OMS, incorporó estrategias de tipo cualitativo y cuantitativo aplicadas a tanto a expertos en discapacidad como a personas afectadas por diferentes enfermedades.

5.1 Estrategias adoptadas para la reducción de ítems

5.1.1 Estrategias Cualitativas

Las estrategias cualitativas se basaron fundamentalmente en: *a)* el “Protocolo de Análisis de los Procesos Cognitivos”; *b)* los comentarios realizados por los entrevistadores en relación con dificultades encontradas en la comprensión de determinados ítems; *c)* los datos aportados por los “Estudios de Expertos”. El “*Protocolo de Análisis de los Procesos Cognitivos*” (“Cognitive Debriefing Protocol”) es una estrategia cualitativa utilizada en el desarrollo de instrumentos de evaluación psicosocial para realizar un proceso de depuración mediante el análisis de los procesos cognitivos que emplea el entrevistado para responder a los ítems del instrumento. De esta forma se pueden identificar aquellos ítems que plantean problemas a la hora de ser respondidos, bien sea por su escasa aplicabilidad, por ser difíciles de comprender, por generar rechazo o por cualquier otra razón. Esto se consigue intercalando durante la administración del instrumento preguntas que exploran las motivaciones (“procesos mentales”) que llevan al entrevistado a contestar de la manera en que lo hace a determinados ítems.

Cuando estas estrategias revelaron que un ítem presentaba problemas en distintos centros, dicho ítem fue excluido de las versiones reducidas del WHO-DAS.

5.1.1.1 Criterios de reducción aplicados:

- *Evitación de ítems problemáticos en el Estudio de Expertos (EE)*. Se eliminaron aquellos ítems que de manera regular evidenciaron, en el Estudio de Expertos, algún tipo de problemas en su aplicación. Por ejemplo, porque no eran aplicables en la cultura o en algún tipo específico de discapacidad.
- *Ítems Difíciles de Comprender (IDC)*. Se eliminaron aquellos ítems que presentaron claras dificultades de comprensión, en al menos dos de los centros participantes en el estudio.

- *Evitación de ítems transculturalmente problemáticos según el “Protocolo de Análisis de los Procesos Cognitivos” (CD).* Se excluyeron aquellos ítems identificados, mediante esta estrategia metodológica, como problemáticos en cuanto a su relevancia o aplicabilidad transcultural.

5.1.2 Estrategias Cuantitativas

Los métodos cuantitativos utilizados fueron: *a)* análisis de ítems con valores ausentes; *b)* tests psicométricos pertenecientes a la “Teoría Clásica de los Tests” (CTT); *c)* test psicométricos pertenecientes a la “Teoría de Respuesta a Ítems” (IRT). A ellos nos referiremos brevemente a continuación.

Análisis de ítems con valores ausentes

Esta estrategia tuvo como objetivo identificar aquellos ítems que, dada su dificultad, incoherencia, escasa adecuación, o alta capacidad de generar rechazo, tendían a no ser contestados por un alto número de individuos y eran por lo tanto de escasa utilidad.

Tests psicométricos pertenecientes a la “Teoría Clásica de los Tests (CTT)”

Implicó, fundamentalmente, la evaluación de la distribución de los ítems, la realización de análisis multi-ítem, incluyendo Alfa de Cronbach, así como la verificación de las correlaciones entre ítems y escalas, dentro de un mismo dominio y entre distintos dominios.

Test psicométricos pertenecientes a la “Teoría de Respuesta a Ítems (IRT)”

La IRT asume que la respuesta a un ítem está determinada por su posición en una escala continua preexistente que define el rasgo o dominio en cuestión (por ejemplo calidad de vida). Además se postula en dicho modelo que existe una relación matemática específica (por ejemplo una función logística) que liga la respuesta positiva a un ítem con la escala preexistente del rasgo. Dentro de estos tests se encuentran, por ejemplo, los tests de Birnbaum, Rasch, Mokken.

5.1.2.1 Criterios de reducción adoptados:

a) Criterios basados en la “Teoría Clásica de los Tests (CTT)”

- *Ítems con alto número de “ausencia de respuestas” (AR).* Se procuró incluir sólo ítems con alto nivel de relevancia y aceptación en las distintas culturas y grupos de discapacitados. Para ello se eliminaron todos aquellos ítems que no eran contestados por al menos el 90% de la muestra.

- *Ítems con correlación baja (CB)*. Sólo se incluyeron ítems que alcanzaron, en el análisis inicial de las distintas áreas/dominios, correlaciones > 0.6
- *Ítems con alta correlación cruzada en distintas áreas (CC)*. Se eliminaron aquellos ítems que mantenían altos niveles de correlación con distintas áreas del instrumento, y que por lo tanto no se comportaban como específicos de una dimensión.
- *Evitación de ítems redundantes (IR)*. En general se pretendió incorporar una representación equivalente de ítems pertenecientes a las distintas áreas. Para ello se decidió eliminar todos los ítems redundantes, adoptando como criterio general el de que los ítems pertenecientes a una misma área tuvieran menos probabilidad de ser incluidos que los pertenecientes a otra área distinta.

b) Criterios basados en la “Teoría de Respuesta a Ítems (IRT)”

- *Ítems con buenas propiedades Birnbaum*. Se tendió a seleccionar ítems que presentaron buenas propiedades en el Análisis Birbaum. Es decir que presentaron un poder de discriminación superior a 1 y un nivel de dificultad tal que propiciaba que distintos niveles de dificultad estuvieran representados en el dominio
- *Ítems con buenas propiedades Mokken*. Los ítems sin valor Mokken fueron eliminados.

5.2 Población participante en el estudio

5.2.1 Estudio de expertos

Para su realización se remitió a 175 profesionales de todo el mundo, expertos en el campo de las discapacidades y en el desarrollo de instrumentos de evaluación, un ejemplar de la “Versión Preliminar Extensa de 96 ítems del WHO-DAS II”, junto con un cuestionario en el que entre otras cosas se les pedía que indicaran su punto de vista con respecto a: *a)* la necesidad de un nuevo instrumento, como el WHO-DAS II, para la evaluación de las discapacidades; *b)* la extensión (y tiempo de administración) que considerasen ideal para dicho instrumento; *c)* el nivel de cobertura que el instrumento permitía de las dimensiones de discapacidad incorporadas en la CIF; *d)* la aplicabilidad de los distintos conceptos e ítems del instrumento en la propia cultura y en los distintos estados de discapacidad.

5.2.2 Estudio de personas con discapacidad

Esta fase, que incorporó estrategias cualitativas y cuantitativas, implicó entrevistar a 1431 personas pertenecientes a 21 centros distribuidos en 19 países. Cada país debía aportar un mínimo de

50 personas con una representación proporcional por sexos, grupos etarios y tipos de discapacidad.

5.2.2.1 Composición de la muestra

Siguiendo las recomendaciones señaladas por la OMS, en Cantabria se seleccionó una población compuesta por 54 personas (27 varones y 27 mujeres) (Vazquez-Barquero et al., 2000; Vázquez-Barquero et al., 2001a). La descripción y comparación de la población muestral de Cantabria respecto al total del estudio y por subgrupos poblacionales se presenta en la Tabla 2.

Tabla 2. Descripción de la muestra incluida en el proceso de simplificación de la “Versión Preliminar Extensa de 96 ítems del WHO-DAS II”

	Total Muestra N	Mujeres (%)	Varones (%)	Psiquiátricos (%)	Alcohol (%)	Drogas (%)	Físicos (%)	Población General (%)
España	54	50,0	50,0	22,2	11,1	14,8	33,3	18,5
Resto de países	1377	45,5	54,5	27,6	13,6	11,3	29,3	18,3

5.2.2.1.1 Evaluación de la muestra

A todos los miembros de la muestra se les administró, junto con otros instrumentos, la “Versión Preliminar Extensa de 96 ítems del WHO-DAS II”, así como el “Protocolo de Análisis de los Procesos Cognitivos” (“Cognitive Debriefing Protocol”).

5.3 Resultados del proceso de reducción de ítems

Las “Reuniones de Expertos” y los “Grupos de Focalización” tuvieron por objetivo establecer, entre otros aspectos, las características idóneas de un instrumento de evaluación de discapacidades adecuado para ser utilizado a nivel internacional y que permitiera obtener información coherente con la CIF. Se resumen, a continuación, las características más significativas que, según dichos expertos, debían de estar presentes en las versiones definitivas del WHO-DAS II y que por lo tanto condicionaron su desarrollo:

- Que, en su formato final, tuviera una extensión máxima que permitiera su administración en un máximo de 20-30 minutos, debiendo existir además una versión corta (de despistaje) cuya aplicación no implicara un consumo de tiempo superior a los 10 minutos.
- Que permitiera explorar las discapacidades durante un período de tiempo suficientemente amplio, pero no superior a los 30 días previos.

- Que pudiera ser administrado a personas de distintos niveles educacionales, con distintas habilidades cognitivas, en distintos ámbitos socio-culturales y en los diversos tipos de discapacidades.
- Que, gracias a sus distintas versiones, pudiera ser utilizado con distintos fines. Por ejemplo: como instrumento de despistaje, para la evaluación de resultados, en estudios etiológicos, para la planificación de programas de intervención, etc.
- Que permitiera recoger información coherente con la nueva Clasificación Internacional de Discapacidades.

Todos estos aspectos han sido tenidos en cuenta en el proceso de reducción de ítems aplicado a la versión extensa del WHO-DAS II.

La Tabla 3 describe los principales ítems de la “Versión Preliminar Extensa de 96 ítems del WHO-DAS II” en los que, en el proceso de reducción, fueron eliminados teniendo en cuenta tanto criterios cualitativos como cuantitativos. Predominan los ítems de la dimensión 1, *comprensión y comunicación con el mundo* (siete ítems), dimensión 4, *relación con otras personas* (cinco ítems) y dimensión 6, *participación en la sociedad* (tres ítems), no existiendo ningún ítem de las dimensiones relacionadas con la *capacidad para manejarse en el entorno* (dimensión 2) y, *actividades de la vida diaria* (dimensión 5) y, tan solo un ítem de la dimensión 3 (*cuidado personal*).

Tabla 3. Principales ítems pertenecientes a la “Versión Preliminar Extensa de 96 ítems del WHO-DAS II” eliminados durante el proceso de reducción de ítems teniendo en cuenta criterios cualitativos y cuantitativos, especificando el tipo de criterio utilizado en cada uno de ellos (*)

Nº Ítem	Denominación	Criterios Cualitativos			Criterios Cuantitativos					
		CD	IDC	EE	AR	CB	CC	IR	Birnbaum	Mokken
1_4	Entender a alguien hablando en el otro lado de la habitación			X		X	X			
1_5	Entender a alguien en una habitación ruidosa			X		X	X			
1_9	Leer , por ejemplo un libro, el periódico, o un anuncio		X			X				
1_10	Escribir, por ejemplo una nota, o firmar		X			X	X			
1_11	Hacer cálculos sencillos como sumar y restar		X				X			
1_15	Manejar una crisis o una situación inesperada		X		X	X			X	
1_17	Hacerse comprender			X						
3_11	Seguir recomendaciones dadas con respecto al cuidado de la salud			X		X			X	
4_1	Relacionarse con las autoridades	X	X		X				X	
4_6	Manifestar intimidación a nivel físico	X	X		X				X	
4_7	Expresar sus sentimientos cuando está con otras personas	X								
4_9	Controlar su temperamento cuando está con otras personas		X							
4_10	Relacionarse con otras personas debido a peleas, fricciones o discusiones	X						X		
6_1	Cuanto problema ha tenido para alcanzar la educación que quería y para la cual estaba cualificado	X			X				X	
6_2	Cuanto problema ha tenido para participar en deportes o actividades recreativas que deseaba realizar	X			X				X	
6_3	Cuanto problema ha tenido para conseguir o mantener el tipo de trabajo que usted quería y para el cual estaba cualificado	X			X					

Nota: La descripción de los acrónimos (CD, IDC, EE, AR, CB, CC, IR) aparece en el apartado de criterios adoptados en el proceso de reducción de ítems.

* Datos elaborados por los autores a partir del WHO-DAS II Field Trials Report 1998 (Ustun, 1999)

La Tabla 4 describe los ítems en los que, en el proceso de reducción, solo se tuvieron en cuenta criterios cuantitativos. Como vemos predominan los ítems de la dimensión 1 (5 ítems), dimensión 2 (10 ítems), dimensión 3 (5 ítems) y dimensión 6 (6 ítems).

Tabla 4. Principales ítems pertenecientes la “Versión Preliminar Extensa de 96 ítems del WHO-DAS II” eliminados en el proceso de reducción de ítems teniendo en cuenta exclusivamente criterios cuantitativos, especificando el tipo de criterio utilizado en cada uno de ellos (*)

Nº Ítem	Denominación	Criterios Cuantitativos					
		AR	CB	CC	IR	BirnBaum	Mokken
1_1	Reconocer a una persona conocida al otro lado de la carretera		X				X
1_2	Reconocer a una persona conocida al otro lado de la habitación		X				X
1_3	Reconocer un objeto a distancia		X				X
1_6	Concentrarse haciendo algo durante menos de un minuto				X		
1_7	Concentrarse haciendo algo durante diez minutos				X		
2_1	Estar sentado durante cortos periodos de tiempo		X				X
2_2	Estar sentado durante largos periodos de tiempo		X				X
2_5	Incorporarse cuando estaba tumbado			X			
2_9	Subir o bajar dos escalones			X	X		
2_10	Andar 100 metros (o equivalente)			X	X		
2_11	Pasear por su vecindario				X		
2_13	Desplazarse a donde usted quiere utilizando medios de transporte			X	X		
2_14	Abrir recipientes		X				X
2_15	Coger cosas con los dedos		X				X
2_16	Alcanzar cosas situadas por encima de su cabeza		X	X			
2_17	Transportar cosas					X	
3_1	Lavarse la cara				X		
3_3	Cortarse las uñas de los pies			X			
3_4	Ir y usar el water			X			
3_5	Cuidar su apariencia personal				X		
3_8	Permanecer solo durante 20 minutos		X	X	X		
4_3	Hacer nuevos amigos	X					
5_8	Evitar errores y problemas en el trabajo				X		X
5_22	Cuanta dificultad ha tenido para hacer con otras personas cosas para relajarse o disfrutar		X	X			
6_9	Cuanto le han dificultado el votar o la participación en actividades políticas	X	X				
6_10	Cuanto ha sido discriminado o le han sido denegados sus derechos		X				
6_13	Cuanto tiempo ha dedicado su familia a su problema de salud			X			
6_15	Cuanto le ha afectado emocionalmente a su familia su problema de salud				X		
6_16	Cuanto problema le ha generado el coste de la medicación, dispositivos etc.				X		
6_17	Cuanto problema le ha generado el coste de la asistencia personal	X					

Nota: La descripción de los acrónimos (AR, CB, CC, IR) esta descrita en el apartado de criterios adoptados en el proceso de reducción de ítems.

* Datos elaborados por los autores a partir del WHO-DAS II Field Trials Report 1998 (Ustun, 1999)

5.4 Las versiones reducidas del WHO-DAS II

El proceso descrito permitió seleccionar 34 ítems en los que no estaban presentes los criterios de exclusión descritos. El análisis del contenido de dichos ítems reveló que no aportaban suficiente información en dos aspectos relevantes de la discapacidad: la actividad sexual y la sobrecarga familiar. Por ello se decidió incorporar, en base al criterio de los expertos, 2 nuevos ítems al instrumento, que pasó a tener 36 ítems (ítem 4-Expertos: *actividad sexual*; ítem 6-Expertos: *problemas en la familia generados por la discapacidad*). Es de destacar como los 36 ítems se distribuyen de manera bastante homogénea en las seis áreas o dominios descritos para la versión extensa: **área 1**, *comprensión y comunicación con el mundo que le rodea*; **área 2**, *capacidad para manejarse en el entorno*; **área 3**, *cuidado personal*; **área 4**, *relación con otras personas*; **área 5**, *actividades de la vida diaria*; **área 6**, *participación en la sociedad*.

Los análisis descritos permitieron a su vez identificar en cada una de las áreas los dos ítems más significativos que podían configurar una versión reducida del instrumento (*versión de 12 ítems*) capaz de aportar información significativa de la discapacidad a nivel global y en cada una de las áreas.

La Tabla 5 presenta los ítems seleccionados para las versiones reducidas del WHO-DAS II (versiones de 36 y 12 ítems).

Tabla 5. Versiones reducidas (de 36 y 12 ítems) del WHO-DAS II (*)

Dominio y nº de ítem	Contenido del ítem	WHO-DAS II
		12 ítems
1_8	Concentrarse haciendo algo mientras otras cosas sucedían a su alrededor	X
1_12	Recordar las cosas importantes que tiene que hacer	X
1_13	Analizar y encontrar soluciones a los problemas de la vida diaria	
1_14	Aprender a realizar una tarea	
1_16	Comprender en general lo que dice la gente	
1_18	Iniciar o mantener una conversación con gente que conoce bien	
2_4	Estar de pie durante largos periodos de tiempo	
2_6	Ponerse de pie cuando estaba sentado	X
2_7	Moverse dentro de su casa	
2_8	Salir de su casa	
2_12	Andar largas distancias como un kilómetro o un equivalente	X
3_2	Lavar y asear todo su cuerpo	X
3_6	Vestirse	
3_7	Comer	X
3_10	Permanecer solo durante toda la noche	
4_2	Desenvolverse con personas que no conoce	X
4_4	Mantener una amistad	
4_5	Relacionarse con otras personas cercanas a usted	
4_8	Controlar sus sentimientos cuando estaba con otras personas	X
4-Exper.	Actividad sexual	
5_7	Llevar a cabo su ocupación diaria	X
5_9	Realizar bien las tareas de trabajo más importantes	
5_10	Tener hecho todo el trabajo que necesitaba hacer	
5_11	Tener hecho su trabajo tan rápido como sea necesario	
5_15	Cuidar sus responsabilidades domésticas	X
5_16	Realizar bien las tareas domésticas más importantes	
5_17	Tener hecho todo el trabajo doméstico que necesitaba hacer	
5_18	Tener hecho el trabajo doméstico tan rápido como sea necesario	
5_21	Dificultad para realizar por si mismo cosas para relajarse o disfrutar	
6_4	Dificultad para participar igual que el resto de la gente en actividades de la comunidad	
6_6	Dificultad a la hora de llevar a cabo sus planes debido a barreras a su alrededor	
6_7	Dificultad para vivir con dignidad debido a actitudes o acciones de otras personas	X
6_12	Cuanto tiempo ha dedicado a su problema de salud o a las consecuencias de este	
6_14	Cuanto le ha afectado emocionalmente su problema de salud	X
6_18	Cuanta carga financiera ha supuesto para usted o para su familia su problema de salud	
6-Exper.	Problemas en la familia generados por la discapacidad	

* Datos elaborados por los autores a partir del WHO-DAS II Field Trials Report 1998 (Ustun, 1999)

5.4.1 Adecuación del WHO-DAS II (36 ítems)

Los datos aportados por la encuesta remitida a más de 175 expertos de todo el mundo en el campo de la discapacidad permitieron conocer la forma en que el WHO-DAS II de 36 ítems satisfacía los requisitos precisos para la adecuada evaluación, en los distintos contextos, de las diversas dimensiones de la discapacidad. La Tabla 6, basada en los datos obtenidos a nivel internacional, describe de manera resumida, las puntuaciones medias adjudicada por los expertos internacionales a una serie de parámetros establecidos para la evaluación del instrumento en una escala comprendida entre 1 y 5. De ella se deduce que la valoración del nivel de cobertura del instrumento y

de su aplicabilidad, alcanza, en la práctica totalidad de los casos, puntuaciones por encima del 3,5, lo cual lo sitúa en un nivel muy satisfactorio.

Tabla 6. Puntuaciones medias de la valoración realizada por los expertos con respecto al WHO-DAS II (36 ítems)

Área de evaluación	Puntuaciones medias**
Nivel de cobertura del Instrumento	4,0
Pertinencia de los 6 dominios/áreas	4,1
Adecuación de los ítems	3,6
Aplicabilidad en distintos medios culturales	3,6
Aplicabilidad en adultos	4,2
Aplicabilidad en niños	2,3
Aplicabilidad en ancianos	3,4
Aplicabilidad en los dos sexos	4,2
Aplicabilidad en las discapacidades físicas	4,4
Aplicabilidad en las discapacidades psíquicas	3,7
Aplicabilidad en las discapacidades por consumo de alcohol	3,5
Aplicabilidad en las discapacidades por consumo de drogas	3,3
Compatibilidad con la CIDDM-2	3,8
Cobertura de las deficiencias	3,8
Cobertura de las limitaciones de la actividad	4,4
Cobertura de las limitaciones de la participación	3,9

* Datos elaborados por los autores a partir del WHO-DAS II Field Trials Report 1998 (Ustun, 1999)

** Escala de puntuación de 1 (completamente insatisfactorio) a 5 (completamente satisfactorio)

En conclusión, tras todas estas complejas metodologías aplicadas en el marco de este trabajo multicéntrico, se obtuvieron las diferentes versiones definitivas del instrumento. Una vez obtenido el instrumento y tal y como hemos mencionado anteriormente, la fase siguiente es la de abordar el estudio de sus propiedades psicométricas para verificar su validez y fiabilidad para la medida de la discapacidad.

6 Estudio de validación del WHO-DAS II

6.1 Diseño Metodológico

Se llevó a cabo mediante un estudio de tipo observacional analítico de cohortes concurrente, con evaluaciones realizadas en dos momentos temporales diferenciados, dirigido a verificar las propiedades psicométricas de la versión final, en lengua española, del WHO-DAS II (36 ítems). Para ello dicho instrumento fue sometido a: *a)* verificación de su fiabilidad, mediante estudios de fiabilidad “test-retest” y consistencia interna; *b)* análisis de su validez mediante la comparación de los resultados en él obtenidos, con los procedentes de otros instrumentos de evaluación de discapacidad ya validados; *c)* verificación de su capacidad para discriminar entre subgrupos de población caracterizados por la presencia de perfiles de discapacidad diferenciados (validez clínica/discriminante).

El estudio de la fiabilidad del WHO-DAS-II (36 ítems) se llevó a cabo mediante la verificación de la fiabilidad “test-retest” del instrumento, en un lapso de tiempo comprendido entre uno y cinco días; así como a través también del análisis de la consistencia interna. Para la verificación de su validez se llevó a cabo en primer lugar, un análisis de su validez concurrente, contrastando las puntuaciones con él obtenidas con las encontradas, en una misma entrevista, con instrumentos que, como el London Handicap Scale (LHS), el SF-36 o el WHOQOL-BREF (WHOQOL Group, 1998; Lucas, 1998), exploran distintas áreas o dominios del concepto de discapacidad y en segundo término, un análisis de su validez clínica/discriminante, para lo cual se verificó su capacidad para discriminar entre subgrupos muestrales caracterizados por la presencia de perfiles de discapacidad diferenciales.

6.1.1 Población Muestral

Los sujetos de la muestra fueron extraídos de la población general, así como de las siguientes unidades asistenciales:

1. Servicio de Psiquiatría del Hospital Universitario “Marqués de Valdecilla” (Santander, Cantabria): Se trata de un Servicio de Psiquiatría de Hospital General en el que se integran una unidad de hospitalización de agudos, centros de salud mental y una unidad de emergencia de veinticuatro horas. Los pacientes seleccionados en el Servicio de Psiquiatría, para su inclusión en el estudio, han sido fundamentalmente pacientes hospitalizados o ambulatorios con

problemas mentales agudos o con problemas crónicos relacionados con el consumo de alcohol.

2. Servicios Médico/Quirúrgicos del Hospital Universitario “Marqués de Valdecilla”: Con objeto de incluir en el estudio un amplio rango de pacientes con patología somática, se solicitó la colaboración de distintas unidades asistenciales del hospital. Las unidades asistenciales seleccionadas fueron: el Servicio de Neurocirugía, el Servicio de Neumología y el Servicio de Medicina Interna. Los pacientes procedentes del Servicio de Neurocirugía han sido fundamentalmente pacientes ingresados por traumatismos craneoencefálicos, hernias discales, y pacientes con déficits cerebrales post-quirúrgicos. Los pacientes seleccionados en el Servicio de Neumología han sido fundamentalmente pacientes que presentaban cuadros de insuficiencia respiratoria crónica. Por último, los pacientes procedentes del Servicio de Medicina Interna han sido fundamentalmente pacientes con patologías somáticas crónicas.
3. Centro Hospitalario Padre Menni: El Centro Hospitalario “Padre Menni” es una institución privada dependiente de la congregación de las Hermanas Hospitalarias del Sagrado Corazón de Jesús. Está dedicada principalmente a la atención de los enfermos mentales y personas con problemas psicogerítricos. Los pacientes seleccionados en este centro para su inclusión en el estudio han sido principalmente pacientes con trastornos mentales crónicos.
4. AMICA: Se trata de una asociación de ámbito regional, creada en Cantabria por padres y profesionales para atender a personas de cualquier edad con una discapacidad física, psíquica y/o sensorial.
5. Centro Asistencial de Drogodependencias: Es un centro ambulatorio que depende de la Consejería de Sanidad y Servicios Sociales del Gobierno de Cantabria. En él se proporciona asistencia gratuita psicosocial y farmacológica a personas con problemas de drogodependencia.

La población muestral incluida en el estudio fue seleccionada al azar de entre la población atendida en las mencionadas unidades. Siguiendo el protocolo diseñado por la Organización Mundial de la Salud la selección de la muestra se realizó teniendo en cuenta los siguientes criterios.

Criterios de inclusión:

- i) Ser residente en Cantabria.
- ii) Poseer una patología (somática, psíquica), un problema sensorial o una adicción a drogas o alcohol, no susceptible de modificarse en el transcurso de una semana.
- iii) Tener una edad superior a los 18 años.
- iv) Presentar, al menos en el total de la población muestral seleccionada, una distribución homogénea por sexos y edades.
- v) Garantizar que en el análisis de las propiedades psicométricas del instrumento se tuviera en cuenta la patología psíquica, física y el consumo excesivo de sustancias. Para ello se consideró que la muestra debería estar integrada por los siguientes subgrupos poblacionales:
 - Población general sana (15% de la muestra)
 - Enfermos mentales (25% de la muestra)
 - Enfermos físicos (40% de la muestra)
 - Problemas relacionados con consumo de alcohol (10% de la muestra)
 - Problemas relacionados con consumo de drogas (10% de la muestra)

Criterios de exclusión:

- i) Presentar un grado de afectación somática o psíquica que incapacitaba para participar en el estudio o para aportar información fidedigna.
- ii) Personas con cuadros agudos cuyo contacto con la red asistencial era esporádico y de corta duración no pudiéndose garantizar la posibilidad de realizarles el retest.
- iii) Personas que rechazaban participar en el estudio.

De acuerdo con estos principios, en el protocolo elaborado por la Organización Mundial de la Salud (OMS) para este estudio se estimó que un tamaño muestral de 150 personas, en el que estuvieran representados los cinco grupos de población de interés, sería suficiente para garantizar la viabilidad del estudio y la necesaria potencia estadística. Así, la muestra estudiada por nosotros estuvo compuesta por 167 personas (68 mujeres y 99 varones) de los cuales 38 (22,8%) era población sana, 58 (34,7%) enfermos físicos, 41 (24,6 %) enfermos psíquicos y 30 (18,0%) eran pacientes con consumo de sustancias.

6.1.2 Estudio de la muestra

Junto con el WHO-DAS II (36 ítems), para la evaluación del estado de salud y de la repercusión de la enfermedad, expresada ésta en términos de funcionamiento y discapacidad, se utilizaron los instrumentos que se describen a continuación.

Escala de Evaluación de Discapacidad según el Entrevistador

Se trata de una escala de medida de la discapacidad para ser puntuada por el entrevistador utilizando la información aportada por los responsables de la atención a los pacientes y a partir de información recabada de las historias clínicas. Dicha escala, que ha sido elaborada en nuestra Unidad de manera específica para este estudio, reproduce los seis dominios existentes en el WHO-DAS-II: *a)* Comprensión y Comunicación; *b)* Capacidad para Moverse en el Entorno; *c)* Cuidado Personal; *d)* Relacionarse con Otras Personas; *e)* Actividades de la Vida Diaria; *f)* Participación en la Sociedad. Dichos dominios son valorados, al igual que ocurre en el WHO-DAS II, mediante una escala de puntuación de 1 a 5. De la aplicación de esta escala se han obtenido puntuaciones parciales para cada uno de los dominios y una “Puntuación Global de Discapacidad”.

Cuestionario de Salud General (SF-36)

Como ya se ha comentado anteriormente, el SF-36 es un instrumento genérico en el que se valora el estado de salud del individuo, su nivel de funcionamiento y las limitaciones que la enfermedad genera en los roles del individuo. Consta de 36 ítems que cubren las siguientes dimensiones del estado de salud: *a)* función física; *b)* limitaciones en los roles debido a problemas físicos; *c)* dolor; *d)* percepción de la salud general; *e)* energía y vitalidad; *f)* función social; *g)* limitaciones en los roles debido a problemas emocionales; y *h)* salud mental. Así, mediante las dimensiones mencionadas, es posible establecer un perfil que describe los distintos elementos y características del estado de salud del individuo. No permite sin embargo generar un índice o puntuación global del estado de salud.

WHOQOL-BREF

Instrumento desarrollado por la Organización Mundial de la Salud, a partir del WHOQOL-100, con el fin de proporcionar un instrumento breve de evaluación de la calidad de vida (1998a). Con objeto de garantizar que esta versión reducida cubra todas las áreas o dominios relevantes para la evaluación de la calidad de vida se ha incluido en ella una pregunta de cada una de las 24 áreas o dominios contenidos en el WHOQOL-100 (1998b). Además, se han incorporado también en ambas versiones, dos preguntas que valoran de manera global la calidad de vida y la salud gene-

ral. El WHOQOL-BREF produce un perfil de calidad de vida en cuatro áreas o dominios: *a)* salud física; *b)* salud psicológica; *c)* relaciones sociales; *d)* ambiente. Tanto el WHOQOL-100 como el WHOQOL-BREF presentan adecuadas propiedades psicométricas (Lucas Carrasco, 1998; Orley et al., 1998).

London Handicap Scale (LHS)

Este es otro de los instrumentos ya mencionados como adecuado para la medida del estado de salud general que cuantifica la minusvalía o la discapacidad experimentada por la persona debido a su problema de salud. Basándose en el modelo conceptual adoptado en la Clasificación Internacional de Deficiencias, Discapacidades y Minusvalías (CIDDM), esta escala incorpora seis dimensiones esenciales para la medida de la discapacidad: *a)* movilidad, *b)* independencia física, *c)* ocupación, *d)* integración social, *e)* orientación y *f)* autosuficiencia económica. Los ítems se centran en lo que la persona es capaz de hacer en su vida diaria, con independencia de la ayuda que éste pueda requerir. Cada una de estas dimensiones tiene seis niveles o puntuaciones, ordenados en grado creciente de desventaja. Toda esta información permite obtener un perfil descriptivo del individuo, pudiendo este convertirse en una puntuación global de severidad de la minusvalía. El instrumento posee una buena fiabilidad, validez y consistencia interna.

Evaluación Sociodemográfica y Clínica

La evaluación sociodemográfica y clínica de la población muestral se llevó a cabo mediante la utilización de un cuestionario diseñado específicamente para este estudio. Dicho cuestionario permite recoger información relacionada con los siguientes aspectos: *a)* características sociodemográficas de la población, tales como sexo, edad, estado civil, profesión, etc.; *b)* características diagnósticas y clínicas de la población muestral, incluyendo aspectos tales como, diagnóstico somático y psíquico, tiempo de evolución de la patología, tipos de tratamiento recibidos, etc.

6.1.3 Recogida de datos

La recogida de datos se llevó a cabo mediante entrevista personal a los miembros de la muestra. Dicha entrevista fue realizada en cada uno de los centros por los investigadores participantes en el estudio. La secuencia de administración de los cuestionarios en la primera entrevista fue la siguiente:

- 1º Cuestionario Sociodemográfico/Clínico
- 2º SF-36
- 3º WHO-DAS II (36 items)

La segunda entrevista llevada a cabo por un entrevistador distinto, que no conocía las respuestas dadas en la primera entrevista constó de los siguientes cuestionarios:

- 1º WHO-DAS II (36 ítems) - retest
- 2º WHOQOL-BREF

El periodo de tiempo transcurrido entre la primera y la segunda entrevista se situó en un rango de tiempo comprendido entre 1 y 5 días, siendo el tiempo medio de separación entre ambas entrevistas, para el total de la muestra, de 1,7 días, lo cual la sitúa dentro del rango recomendado en el Protocolo del Estudio.

Tras la implementación de las entrevistas, se elaboró una base de datos utilizando para ello el paquete estadístico SPSS (SPSS Inc., 2003). Todos los datos fueron informatizados por los propios investigadores encargados de su recogida y en fechas inmediatas a ella. Se facilitó así la resolución de posibles dudas en la información. Los ficheros fueron posteriormente depurados y la exactitud de los datos verificada.

6.1.4 Análisis Estadístico

El estudio de las propiedades psicométricas de la versión en lengua española del WHO-DAS II (36 ítems) se llevó a cabo mediante dos estrategias: *a)* análisis de la fiabilidad; *b)* análisis de la validez.

6.1.4.1 Análisis de la Fiabilidad

La fiabilidad de un instrumento se refiere al “grado en que un instrumento de medida permite establecer puntuaciones o valoraciones directamente relacionadas con la variabilidad de los sujetos”, es decir, evaluar el grado en el que el instrumento es capaz de reflejar las diferencias existentes entre los individuos. Para este estudio, el coeficiente de fiabilidad empleado para medir la consistencia interna de cada grupo fue el Alfa de Cronbach. Para la interpretación de los niveles de Alfa se adoptó el siguiente criterio:

Alfa < .50 insuficiente

Alfa .50 y .70 moderado

Alfa > .70 bueno

El segundo método utilizado para el análisis de la fiabilidad es el basado en la doble administración del instrumento y a partir de los resultados obtenidos, el análisis de la fiabilidad test-retest. Para el análisis de la fiabilidad bajo esta metodología de aplicación del instrumento, tradicionalmente se suele utilizar el Coeficiente de Correlación de Pearson. Sin embargo, hoy en día, se piensa que dicha medida es un poco laxa y que tiende a proporcionar coeficientes más altos que los reales. Por ello, en la actualidad, se recomienda más la utilización del Coeficiente de Correlación Intraclass (CCI), que desarrolla un cálculo más ajustado de la correlación real. Ambos abordajes fueron utilizados para la realización del presente estudio. Para la interpretación de los niveles de correlación se adoptó el siguiente criterio:

Correlación $< .50$ inadecuada

Correlación entre $.50$ y $.80$ moderada

Correlación $> .80$ buena

6.1.4.2 Análisis de la Validez

La validez de un instrumento hace referencia a la capacidad de éste para medir exactamente lo que pretende medir. Dentro del análisis de la validez de un instrumento, se pueden analizar distintos aspectos, tales como la validez de constructo, de contenido, clínica, etc. En líneas generales podemos decir que la validez de un instrumento se verifica mediante su comparación con otras escalas o instrumentos que se supone que miden el mismo “constructo” y que por lo tanto son utilizados como “patrón de referencia estándar” (Validez de Criterio y Validez Convergente/Discriminante con respecto a otras escalas); o mediante el análisis de su capacidad para discriminar entre distintos tipos de población que se supone que poseen características diferenciales en relación con dicho “constructo” (Validez Discriminante, también denominada Validez Clínica).

Ambas estrategias de verificación de la validez fueron implementadas en el presente estudio siguiendo la metodología que a continuación se indica.

6.1.4.2.1 Validez de Criterio y Validez Convergente/Discriminante con respecto a otras escalas

El estudio de la validez de criterio, que es aquella que resulta de la comparación de las puntuaciones obtenidas mediante el instrumento objeto de examen con las obtenidas tras la aplicación de aquel otro instrumento que se utiliza como “criterio de certeza” (“gold standard” en la termi-

nología anglosajona) presenta especial complejidad en el caso de la evaluación de un instrumento que mide un concepto/ “constructo” para el que, como ocurre en el caso del WHO-DAS II (36 ítems), no existe un criterio de medida establecido y fiable, y en el que además se ha incorporado en su desarrollo un nuevo modelo interpretativo de la discapacidad.

Se elaboró, no obstante, para este estudio una escala “Escala de Evaluación de Discapacidad según el Entrevistador”, que al ser completada en función de la información aportada por los distintos profesionales responsables de pacientes y por las historias clínicas podría en cierta medida ser considerada como un “criterio de certeza”, aunque para ser rigurosos ha de ser tratada, como un elemento más de la estrategia de verificación de la validez convergente/discriminante.

En este estudio se analizó la validez convergente/discriminante, mediante la comparación de los niveles de discapacidad obtenidos a través de la aplicación del WHO-DAS II (36 ítems) con las puntuaciones obtenidas en otros cuestionarios que, como el WHOQOL-BREF, SF-36 o la London Handicap Scale, evalúan distintos aspectos de la discapacidad. Para ello se siguió el siguiente procedimiento:

Comparar las puntuaciones obtenidas en las Escalas Globales del WHO-DAS II (36 ítems) con las obtenidas en aquellos instrumentos que poseían una escala global de discapacidad: LHS (London Handicap Scale) y la “Escala de Evaluación de Discapacidad según el Entrevistador”.

Comparar las puntuaciones obtenidas en los distintos dominios del WHO-DAS II (36 ítems) con las que se obtuvieron en aquellos dominios que se consideran, en las distintas escalas utilizadas, equivalentes desde un punto de vista teórico. Ahora bien, dado que dichos cuestionarios no pueden ser vistos como medidas idóneas y totalmente comparables de las distintas dimensiones de la discapacidad incorporadas en el WHO-DAS II (36 ítems), fue preciso establecer a priori un “criterio teórico de concordancia” entre los dominios del WHO-DAS II (36 ítems) y los dominios relevantes de los distintos instrumentos. Para ello tres investigadores independientes consensuaron para cada instrumento los dominios que consideraban relevantes para la medida de la discapacidad, adjudicándoles a cada uno de ellos una concordancia teórica con los distintos dominios del WHO-DAS II (36 ítems). Los niveles de intensidad de equivalencia, o concordancia, teórica establecidos fueron:

² No existe equivalencia.

- + Comparte algún ítem/elemento aislado. Incorpora otros elementos muy dispares. Equivalencia de baja intensidad.
- ++ Comparte varios ítems/elementos. Abarca también elementos de otro dominio/área. Cubre, por lo tanto, otras áreas/dominios. Equivalencia moderada.
- +++ Comparte la mayoría de los ítems/elementos. Define un dominio/área aparentemente similar. No abarca otras áreas/dominios. Equivalencia alta.

Las Tablas 7, 8, 9 y 10 describen el resultado del análisis teórico de las posibles concordancias/equivalencias entre los dominios del WHO-DAS II (36 ítems) y los pertenecientes a otros instrumentos de medida de la discapacidad utilizados para el análisis de la validez convergente/discriminante del instrumento.

Tabla 7. Análisis teórico de posibles equivalencias entre los dominios del WHO-DAS II (36 ítems) y la “Escala de Evaluación de la Discapacidad según el Entrevistador”.

Instrumentos y Dominios	Nivel de Equivalencia Teórica con los Dominios del WHO-DAS II (36 ítems)						
	D1 Compr. y Comunicación	D2 Moverse Entorno	D3 Cuidado Personal	D4 Relación Interper.	D5A Activ. Domest	D5B Trabajo fuera del hogar	D6 Particip. Social
<i>“Escala Evaluación Discapacidad según el Entrevistador”</i>							
D1-Comprensión y Comunicación	+++						
D2-Moverse Entorno		+++					
D3-Cuidado Personal			+++				
D4- Relación Interpersonal				+++			
D5-Trabajo					++	++	
D6-Participación Social							+++

Claves:

- * No existe equivalencia.
- + Comparte algún ítem/elemento aislado. Incorpora otros elementos muy dispares. Equivalencia de baja intensidad.
- ++ Comparte varios ítems/elementos. Abarca también elementos de otro dominio/área. Cubre, por lo tanto, otras áreas/dominios. Equivalencia moderada.
- +++ Comparte la mayoría de los ítems/elementos. Define un dominio/área aparentemente similar. No abarca otras áreas/dominios. Equivalencia alta.

Tabla 8. Análisis teórico de posibles equivalencias entre los dominios del WHO-DAS II (36 ítems) y la London Handicap Scale

Instrumentos y Dominios	Nivel de Equivalencia Teórica con los Dominios del WHO-DAS II (36 ítems)						
	D1 Compr. y Comunicación	D2 Moverse Entorno	D3 Cuidado Personal	D4 Relación Interper.	D5A Activ. Domést.	D5B Trabajo fuera del hogar	D6 Particip. Social
<i>London Handicap Scale</i>							
D1-Movilidad/ Desplazamiento (Ir a cualquier sitio, empleando alguna ayuda o medio de transporte, etc.)	2	++	2	2	2	2	2
D2-Independencia Física/ Cuidado Personal (Vestirse, lavarse/ cocinar, hacer las tareas domésticas, ir de compras/ ocuparse del dinero)	2	2	++	2	++	2	2
D3-Ocupación/ Trabajo/ Ocio (Trabajo, tareas domésticas/ cuidar el jardín, practicar deportes o aficiones/ salir con amigos, etc.)	2	2	2	2	++	++	++
D4-Integración Social (Relacionarse con otras personas, conocer gente, vida social, etc.)	2	2	2	+++	2	2	+
D5-Orientación (Conocimiento de su entorno, oír, hablar, comprender, etc.)	+++	2	2	2	2	2	2
D6-Autosuficiencia Económica (Permitirse económicamente las cosas que necesita)	2	2	2	2	2	2	+

Claves:

- 2 No existe equivalencia.
- + Comparte algún ítem/elemento aislado. Incorpora otros elementos muy dispares. Equivalencia de baja intensidad.
- ++ Comparte varios ítems/elementos. Abarca también elementos de otro dominio/área. Cubre, por lo tanto, otras áreas/dominios. Equivalencia moderada.
- +++ Comparte la mayoría de los ítems/elementos. Define un dominio/área aparentemente similar. No abarca otras áreas/dominios. Equivalencia alta.

Tabla 9. Análisis teórico de posibles equivalencias entre los dominios del WHO-DAS II (36 ítems) y el SF-36

Instrumentos y Dominios	Nivel de Equivalencia Teórica con los Dominios del WHO-DAS II (36 ítems)						
	D1 Compr. y Comunicación	D2 Moverse Entorno	D3 Cuidado Personal	D4 Relación Interper.	D5A Activ. Domést.	D5B Trabajo fuera del hogar	D6 Particip. Social
SF-36							
D- Función Física (Realización de actividades, incluido: caminar, correr/ limpiar la casa, cargar con peso / bañarse y vestirse)	²	+++	++	²	++	+	²
D- Limitaciones Rol- Físico (Limitación en el trabajo o en otras actividades de la vida diaria, debido a problemas físicos)	²	+	+	²	++	++	+
D- Limitaciones Rol- Mental (Limitación en el trabajo o en otras actividades de la vida diaria, debido a problemas mentales)	+	+	+	²	++	++	+
D- Función Social (Actividades sociales con la familia, amigos, u otras personas)	²	²	²	+++	²	²	²

Claves:

- ² No existe equivalencia.
- +
 Comparte algún ítem/elemento aislado. Incorpora otros elementos muy dispares. Equivalencia de baja intensidad.
- ++ Comparte varios ítems/elementos. Abarca también elementos de otro dominio/área. Cubre, por lo tanto, otras áreas/dominios. Equivalencia moderada.
- +++ Comparte la mayoría de los ítems/elementos. Define un dominio/área aparentemente similar. No abarca otras áreas/dominios. Equivalencia alta.

Tabla 10. Análisis teórico de posibles equivalencias entre los dominios del WHO-DAS II (36 ítems) y el WHOQOL-BREF

Instrumentos y Dominios	Nivel de Equivalencia Teórica con los Dominios del WHO-DAS II (36 ítems)						
	D1 Compr. y Comunicación	D2 Moverse Entorno	D3 Cuidado Personal	D4 Relación Interper.	D5A Activ. Domést.	D5B Trabajo fuera del hogar	D6 Particip. Social
WHOQOL-BREF							
D1-Salud Física (Movilidad/ actividades de la vida diaria/ capacidad de trabajo/ dolor, sueño, malestar, energía)	²	++	+	²	++	++	+
D2-Salud Psicológica (Concentración / disfruta de la vida, autoestima, imagen corporal, etc.)	++	²	²	²	²	²	²
D3-Relaciones sociales (Apoyo social, actividad sexual)	²	²	²	+++	²	²	²
D4-Ambiente (Participación en actividades de ocio/ accesibilidad sistema sanitario y social/ recursos económicos/ transporte físico/ seguridad/ ambiente)	²	²	²	+	²	²	++

Claves:

- ² No existe equivalencia.
- +
 Comparte algún ítem/elemento aislado. Incorpora otros elementos muy dispares. Equivalencia de baja intensidad.
- ++ Comparte varios ítems/elementos. Abarca también elementos de otro dominio/área. Cubre, por lo tanto, otras áreas/dominios. Equivalencia moderada.
- +++ Comparte la mayoría de los ítems/elementos. Define un dominio/área aparentemente similar. No abarca otras áreas/dominios. Equivalencia alta.

6.1.4.2.2 Validez Clínica o Discriminante con respecto a los distintos subgrupos muestrales

Mediante la aplicación del WHO-DAS II (36 ítems) a la población muestral compuesta, como ya se ha descrito, por diferentes tipos de patologías, podemos obtener una impresión de la validez clínica o discriminante del instrumento. Es decir, de su capacidad para discriminar entre los distintos subgrupos de la población muestral, de manera coherente con las características diferenciales de discapacidad existentes en los mismos. Por lo tanto, mediante dicha estrategia de análisis de la validez se ha de evaluar la manera en que las puntuaciones obtenidas en las distintas escalas del instrumento permiten establecer distinciones entre la discapacidad existente en las diferentes subgrupos poblacionales. Para ello se realizó un análisis de las diferencias de puntuación presentadas por los distintos subgrupos muestrales en los Dominios y Escalas Globales del WHO-DAS II (36 ítems); utilizándose para la implementación de dicho análisis, indicadores estadísticos no paramétricos (Kruskal Wallis y U de Mann-Whitney) debido a que la distribución de las puntuaciones no seguía una distribución normal según el test de Kolgomorov-Smirnov.

6.2 Resultados

En primer lugar, pasaremos a describir brevemente las características sociodemográficas, clínicas y relacionadas con el estado de salud de los distintos subgrupos muestrales.

6.2.1 Características sociodemográficas

En la Tabla 11, se describen las características de la muestra, con respecto a las variables sociodemográficas.

Tabla 11. Descripción de la muestra según las variables sociodemográficas

Población General (n=25)	Problemas Mentales (n=41)	Problemas Físicos (n=58)	Alcohol (n=15)	Drogas (n=15)	Total (N=154)	X ² ; gl; p
Sexo						18.96; 4; p<0.01
Mujeres	20	19	20	3	68	
Varones	18	22	38	12	99	
Edad						43.18; 12; p<0.01
≤29	13	17	10	1	42	
30-39	2	16	10	4	40	
40-49	14	5	12	6	33	
≥50	6	3	26	4	39	
Estado civil						26.49; 8; p<0.01
Solteros	13	31	23	4	75	
Casados	23	6	29	7	60	
Prev. Casados	2	4	6	4	19	
Nivel educativo						73.67; 12; p<0.01
Sin estudios	1	2	15	-	20	
Primaria	2	15	29	8	59	
Secundaria	8	18	6	7	44	
Sup./universidad	27	6	8	-	31	
Situación laboral						46.08; 12; p<0.01
Asalariado	35	5	28	6	65	
Estudiante	2	4	1	-	8	
Resp.domést./a.casa	1	3	4	-	9	
Desempl./jubilado	-	29	25	9	72	

La distribución por sexos es estadísticamente significativa con respecto a los distintos subgrupos muestrales, debida a la existencia de perfiles sociodemográficos diferenciales, en cierta medida, intrínsecos a las distintas patologías incluidas en el estudio ($X^2 = 18.96$; $gl = 4$; $p < 0.01$). Con respecto al análisis de la variable edad, podemos decir que la media de edad global de los sujetos incluidos en el estudio fue de 41.1 años con una desviación estándar de 14.9 y un rango entre 20 y 81 años. La tabla refleja como en nuestro estudio los sujetos más jóvenes son aquellos que presentaban problemas de consumo de drogas, mientras que los enfermos físicos constituyen el subgrupo muestral con una media de edad significativamente más alta ($F = 9.7$; $gl = 4$; $p < 0.01$).

6.2.2 Características Clínicas

En lo que se refiere a las características clínicas de la población muestral, a continuación pasaremos a describir las categorías diagnósticas y el tiempo de evolución de la enfermedad, en años, de los 129 pacientes que presentaba problemas mentales, físicos, o relacionados con el consumo de alcohol o drogas; quedando excluido, por lo tanto, de este análisis la población general o sana (Tabla 12).

- 41 pacientes con problemas mentales: 25 (19.4%) fueron pacientes diagnosticados de psicosis esquizofrénica, 8 (6.2%) cuadros depresivos y 8 (6.2%) pacientes con cuadros de ansiedad/neurosis;
- 58 pacientes con problemas físicos: 8 (6.2%) presentaban infecciones respiratorias, 3 (2.3%) pacientes afectos de Síndrome de Apnea Obstructiva del Sueño (SAOS), 11 (8.5%) insuficiencias respiratorias, 2 (1.6%) pacientes con asma, 11 (8.5%) lesiones musculoesqueléticas, 12 (9.3%) pacientes con patología neurológica, 3 (2.3%) déficits sensoriales, 2 (1.6%) problemas endocrinos / digestivos / metabólicos, 4 (3.1%) problemas cardiovasculares / hematológicos / inmunológicos y 2 (1.6%) problemas renales / genitourinarios;
- 15 (11.6%) pacientes con problemas derivados del consumo de alcohol; y
- 15 (11.6%) pacientes con problemas derivados del consumo de drogas.

Tabla 12. Descripción de la muestra según categorías diagnósticas

Categorías Diagnósticas	Problemas Mentales (n=41)	Problemas Físicos (n=58)	Alcohol (n=15)	Drogas (n=15)	Total (N=129)
Psicosis esquizofrénica	25	-	-	-	25
Cuadros depresivos	8	-	-	-	8
Ansiedad/Neurosis	8	-	-	-	8
Infecciones respiratorias	-	8	-	-	8
SAOS	-	3	-	-	3
Insuficiencia respiratoria	-	11	-	-	11
Asma	-	2	-	-	2
Lesiones musculoesquel	-	11	-	-	11
Patología neurológica	-	12	-	-	12
Déficits sensoriales	-	3	-	-	3
Endocrino/Digestiv/Metab	-	2	-	-	2
Cardiovas/Hemato/Inmun	-	4	-	-	4
Renal/Genitourinario	-	2	-	-	2
Alcoholismo	-	-	15	-	15
Drogadicción	-	-	-	15	15

6.2.3 Análisis de las Propiedades Psicométricas del WHO-DAS-II 36 ítems

6.2.3.1 Estudio de la Fiabilidad Test-retest del WHO-DAS-II 36 ítems

Como ya se ha señalado, la fiabilidad “Test-retest” del WHO-DAS II (36 ítems) se verificó mediante dos entrevistas, realizadas por dos entrevistadores diferentes, y separadas por un lapso medio de tiempo de 1,7 días. Se garantizó que el entrevistador encargado de realizar la segunda entrevista correspondiente al “retest” desconociera las puntuaciones obtenidas en la primera entrevista.

A continuación pasaremos a describir ambos índices de fiabilidad, en el conjunto de la muestra, así como en los distintos subgrupos muestrales; utilizando para ello el N muestral de 147 sujetos, correspondiente al total de sujetos que tienen apareados los datos de la primera y segunda entrevista.

Con respecto al análisis de la fiabilidad Test-retest en el conjunto de la muestra, la Tabla 13 muestra los resultados obtenidos mediante la aplicación del Coeficiente de Correlación de Pearson y la Correlación Intraclass. En general, los índices de correlación obtenidos mediante el Coeficiente de Correlación Intraclass fueron menores que los obtenidos con la aplicación de la Correlación de Pearson. Esto es debido a que el abordaje del análisis estadístico mediante el Coeficiente de Correlación Intraclass es más estricto.

Tabla 13. Fiabilidad Test-retest del WHO-DAS II de 36 ítems, (Escala Global y Dominios), en el Conjunto de la Muestra

Escala Global y Dominios	Correlación de Pearson		Correlación Intraclass	
	Correlación	Significación	Correlación	Interv. Confianza 95%
Escala Global- Trabajo	,96	<0,01	,95	,93 - ,97
Escala Global- No trabajo	,92	<0,01	,92	,89 - ,95
D1- Compresión y Comunicación	,83	<0,01	,81	,76 - ,87
D2- Moverse en el Entorno	,92	<0,01	,91	,88 - ,94
D3- Cuidado Personal	,84	<0,01	,84	,79 - ,88
D4- Relaciones Interpersonales	,76	<0,01	,76	,68 - ,82
D5 A- Actividades Domésticas	,86	<0,01	,85	,86 - ,89
D5 B- Trabajo Fuera del Hogar	,92	<0,01	,91	,87 - ,95
D6- Participación Social	,85	<0,01	,85	,80 - ,89

En ambos casos se observan índices de correlación óptimos, que se sitúan, tanto para las Escalas Globales del WHO-DAS II (36 ítems) (Escala Global-Trabajo; Escala Global-No trabajo), como para los distintos dominios del instrumento, por encima de .80; a excepción del dominio relativo

a “Relaciones Interpersonales”, en el que se observa una fiabilidad más baja, con índices de correlación de .76.

Con respecto a la correlación de Pearson, debemos señalar que todas las correlaciones son estadísticamente significativas ($p < 0.01$). Los resultados de la Correlación Intraclass, los intervalos de confianza, al 95%, se sitúan en un rango de valores, que en general, están bastante próximos al coeficiente medio dado por la correlación.

6.2.3.2 Estudio de la Fiabilidad Test-retest del WHO-DAS II (36 ítems), en los distintos subgrupos muestrales

A continuación se analizarán los índices de fiabilidad (Correlación de Pearson y Correlación Intraclass), obtenidos en los distintos subgrupos muestrales:

6.2.3.2.1 Población General

En cuanto a la fiabilidad obtenida en el subgrupo de Población General (ver Tabla 14), los índices de correlación obtenidos con ambas pruebas se situaron por encima de .70. Con respecto al Coeficiente de Correlación de Pearson, debemos señalar además, que todas las correlaciones son estadísticamente significativas ($p < 0,01$).

Tabla 14. Fiabilidad test-retest del WHO-DAS II (36 ítems) (Escala Global y Dominios), en el subgrupo muestral de Población General (*)

Escala Global y Dominios	Correlación de Pearson		Correlación Intraclass	
	Correlación	Significación	Correlación	Inter. Confianza 95%
Escala Global-Trabajo	,99	<0,01	,95	,92 - ,99
Escala Global-No trabajo	*	*	*	*
D1- Compresión y Comunicación	,88	<0,01	,71	,44 - ,88
D2- Moverse en el Entorno	,98	<0,01	,98	,97 - ,99
D3- Cuidado Personal	**	**	**	**
D4- Relaciones Interpersonales	1,0	<0,01	,84	,72 - ,95
D5 A- Actividades Domésticas	,97	<0,01	,97	,95 - ,99
D5 B- Trabajo Fuera del Hogar	1,0	<0,01	,74	,56 - ,96
D6- Participación Social	,93	<0,01	,92	,86 - ,98

* No hay ninguna persona perteneciente a la categoría de “No-Trabajo” en este subgrupo muestral.

** No se ha podido calcular el índice de correlación por ser al menos una de las variables constante.

En dos de las escalas del WHO-DAS-II (36 ítems) no es posible calcular los coeficientes de correlación debido a que en el subgrupo de población general no hay ninguna persona en la categoría de “No trabajo”; y debido también a que en el dominio “Cuidado Personal”, los datos son constantes en ambas evaluaciones (varianza = 0).

6.2.3.2.2 Problemas Mentales

Con respecto a la fiabilidad obtenida en el subgrupo de personas con enfermedad mental (Tabla 15), se observan índices de correlación en general buenos en todos los dominios y escalas globales del WHO-DAS II (36 ítems); excepto en los dominios relativos a “Comprensión y Comunicación”, “Relaciones Interpersonales” y “Participación Social”, los cuales, pese a todo, presentan valores por encima de .62. Todos los Índices de Correlación de Pearson son estadísticamente significativos ($p < 0.01$). Con respecto a los Índices de Correlación Intraclass, vemos como aquellos que son menores, presentan además intervalos de confianza, al 95%, amplios.

Tabla 15. Fiabilidad test-retest del WHO-DAS II (36 ítems), (Escalas Globales y Dominios), en el subgrupo muestral de personas con enfermedad mental

Escalas Globales y Dominios	Correlación de Pearson		Correlación Intraclass	
	Correlación	Significación	Correlación	Inter. Confianza 95%
Escala Global-Trabajo	,88	<0,01	,86	,70 – 1,0
Escala Global-No trabajo	,90	<0,01	,89	,82 - ,96
D1- Comprensión y Comunicación	,79	<0,01	,78	,66 - ,90
D2- Moverse en el Entorno	,90	<0,01	,90	,84 - ,96
D3- Cuidado Personal	,84	<0,01	,81	,71 - ,91
D4- Relaciones Interpersonales	,63	<0,01	,63	,44 - ,81
D5 A-Actividades Domésticas	,82	<0,01	,81	,71 - ,92
D5 B-Trabajo Fuera del Hogar	,89	<0,01	,85	,66 – 1,0
D6- Participación Social	,79	<0,01	,78	,65 - ,90

6.2.3.2.3 Problemas Físicos

En cuanto a la fiabilidad obtenida en el subgrupo de personas con enfermedades físicas, la Tabla 16, nuevamente muestra índices de fiabilidad, en general, buenos en lo que se refiere a los dominios y escalas globales del WHO-DAS II (36 ítems); tan sólo los dominios relativos a “Comprensión y Comunicación” y “Relaciones Interpersonales” presentan índices de fiabilidad moderados, con valores de .65 y .72 respectivamente. Nuevamente, los Coeficientes de Correlación de Pearson son, en todos los casos, estadísticamente significativos ($p < 0.01$). Con respecto a los Índices de Correlación Intraclass, vemos como aquellos que son menores, presentan además intervalos de confianza, al 95%, amplios.

Tabla 16. Fiabilidad test-retest del WHO-DAS II (36 ítems), (Escala Global y Dominios), en el subgrupo muestral de personas con enfermedades físicas

Escala Global y Dominios	Correlación de Pearson		Correlación Intraclass	
	Correlación	Significación	Correlación	Interv. Confianza 95%
Escala Global- Trabajo	,95	<0,01	,95	,91 - ,98
Escala Global- No trabajo	,93	<0,01	,93	,88 - ,98
D1- Compresión y Comunicación	,65	<0,01	,65	,50 - ,81
D2- Moverse en el Entorno	,92	<0,01	,92	,89 - ,96
D3- Cuidado Personal	,85	<0,01	,83	,75 - ,91
D4- Relaciones Interpersonales	,72	<0,01	,72	,59 - ,85
D5 A-Actividades Domésticas	,87	<0,01	,87	,80 - ,93
D5 B-Trabajo Fuera del Hogar	,90	<0,01	,91	,84 - ,97
D6- Participación Social	,82	<0,01	,81	,72 - ,90

6.2.3.2.4 Problemas derivados del Consumo de Sustancias

Por último, y en lo que respecta a los niveles de fiabilidad obtenidos en el subgrupo muestral compuesto por sujetos con problemas derivados del Consumo de Sustancias (ver Tabla 17), se observan índices de fiabilidad moderados en los dominios relativos a “Moverse en el Entorno”, “Actividades domésticas” y “Trabajo fuera del hogar”, con valores por encima de .68; mientras que para el resto de dominios y puntuaciones globales de discapacidad del WHO-DAS II (36 ítems), la tabla muestra índices de correlación buenos, por encima de .80. Con respecto al Coeficiente de Correlación de Pearson, debemos señalar además, que todas las correlaciones son estadísticamente significativas ($p < 0.01$). En cuanto a los Índices de Correlación Intraclass, vemos como aquellos que son menores, presentan además intervalos de confianza, al 95%, amplios.

Tabla 17. Fiabilidad Test-retest del WHO-DAS-II (36 ítems), (Escala Global y Dominios), en el subgrupo muestral integrado por personas con problemas derivados del Consumo de Sustancias

Escala Global y Dominios	Correlación de Pearson		Correlación Intraclass	
	Correlación	Significación	Correlación	Interv. Confianza 95%
Escala Global-Trabajo	,97	<0,01	,95	,93 - ,97
Escala Global-No trabajo	,95	<0,01	,94	,88 - ,99
D1- Compresión y Comunicación	,81	<0,01	,80	,67 - ,93
D2- Moverse en el Entorno	,73	<0,01	,69	,49 - ,88
D3- Cuidado Personal	,83	<0,01	,82	,71 - ,94
D4- Relaciones Interpersonales	,84	<0,01	,84	,73 - ,94
D5 A-Actividades Domésticas	,69	<0,01	,70	,51 - ,88
D5 B-Trabajo Fuera del Hogar	,71	0,01	,69	,38 - 1,0
D6- Participación Social	,84	<0,01	,84	,74 - ,95

6.2.3.3 Estudio de la Consistencia Interna del WHO-DAS II (36 ítems)

El estudio de la fiabilidad de la versión en lengua española del WHO-DAS II (36 ítems), incluye también el análisis de la consistencia interna de las distintas Escalas Globales y Dominios que componen el instrumento; así para ello, se ha aplicado el α de Cronbach como método estadístico de análisis. A continuación, presentaremos los datos obtenidos tanto en el conjunto de la muestra como en cada uno de los distintos subgrupos muestrales incluidos en el estudio.

6.2.3.3.1 Estudio de la consistencia interna del WHO-DAS II (36 ítems), en el conjunto de la muestra

Con respecto a la consistencia interna de los distintos dominios y escalas globales del WHO-DAS II (36 ítems), la Tabla 18 muestra valores α de Cronbach, obtenidos para el conjunto de la población muestral. En lo que se refiere a las Escalas Globales, los índices α de Cronbach son muy altos, con valores de .93, tanto en las puntuaciones para los sujetos que trabajan fuera de casa como para los que no. En lo que respecta a los datos relativos a cada uno de los dominios, todos los valores obtenidos son especialmente altos situándose todos ellos por encima del valor .70.

Tabla 18. Consistencia interna (α de Cronbach) de las Escalas Globales y Dominios del WHO-DAS II (36 ítems), en el conjunto de la Población Muestral

Escalas Globales y Dominios	Nº Casos	Nº Ítems	α de Cronbach
Escala Global-Trabajo	73	36	,93
Escala Global-No trabajo	81	32	,93
D1- Compresión y Comunicación	154	6	,81
D2- Moverse en el Entorno	154	5	,88
D3- Cuidado Personal	154	4	,71
D4- Relaciones Interpersonales	154	5	,77
D5 A-Actividades Domésticas	154	4	,96
D5 B-Trabajo Fuera del Hogar	73	4	,97
D6- Participación Social	154	8	,85

6.2.3.3.2 Estudio de la consistencia interna del WHO-DAS II (36 ítems), en los distintos subgrupos muestrales

Con respecto al análisis de la consistencia interna de los distintos dominios y Escalas Globales del WHO-DAS II (36 ítems), la Tabla 19 muestra los valores α de Cronbach obtenidos para los cuatro subgrupos (*Población General*, *Enfermos Físicos*, *Enfermos Mentales*, y *Población con Abuso de Sustancias*) incluidos en nuestro estudio.

Tabla 19. Consistencia Interna (α de Cronbach) de las Escalas Globales y Dominios del WHO-DAS II (36 ítems), en los distintos subgrupos muestrales

WHO-DAS-II Escalas Globales y Dominios	Nº Ítems	Población General		Problemas físicos		Problemas Mentales		Consumo Sustancias	
		Nº casos	α	Nº casos	α	Nº casos	A	Nº casos	α
Escala Global-Trabajo	36	25	.77	29	.93	9	.91	11	.93
Escala Global- No trabajo	32	*	*	29	.93	32	.92	19	.95
D1-Comprensión y Comunicación	6	25	.88	58	.64	41	.80	30	.72
D2-Moverse en el Entorno	5	25	.55	58	.89	41	.68	30	.92
D3-Cuidado Personal	4	25	**	58	.73	41	.59	30	.69
D4-Relaciones Interpersonales	5	25	.99	58	.57	41	.81	30	.80
D5 A- Actividades Domésticas	4	25	.94	58	.98	41	.94	30	.92
D5 B- Trabajo Fuera del Hogar	4	25	.99	29	.99	9	.74	11	.78
D6- Participación Social	8	25	.79	58	.79	41	.86	30	.80

* No hay ninguna persona perteneciente a la categoría de “No-trabajo” en este subgrupo muestral
 ** El α de Cronbach no pudo ser calculado

Como vemos en lo que concierne a las Escalas Globales los coeficientes se sitúan, excepto en la submuestra de Población General, por encima del .90. La consistencia interna de las distintas dimensiones o dominios, su análisis en los distintos subgrupos muestrales revela índices α situados en la mayoría de los casos por encima de .70 y en ningún caso por debajo de .55.

6.2.4 Estudio de la Validez del WHO-DAS II (36 ítems)

Como ya se ha señalado anteriormente, la validez del WHO-DAS II (36 ítems) se verificó mediante:

1. su comparación con otras escalas o instrumentos, que se suponía medían el mismo “constructo” de Discapacidad y que por lo tanto fueron utilizados como “patrón de referencia estándar” (*Validez de Criterio y Validez Convergente/Discriminante con respecto a otros instrumentos de medida de Discapacidad*);
2. el análisis de su capacidad para discriminar entre distintos tipos de población, los cuales se suponía poseían características diferenciales en relación con dicho “constructo” de Discapacidad (*Validez Discriminante*, también denominada *Validez Clínica*).

A continuación pasaremos a describir los resultados aportados por ambas estrategias de análisis.

6.2.4.1 Validez Convergente/Discriminante con respecto a otros instrumentos de medida de discapacidad

El análisis de la validez convergente/discriminante del WHO-DAS II (36 ítems) se llevó a cabo mediante el cálculo de los índices de correlación de las puntuaciones del WHO-DAS II (36 ítems) con las puntuaciones obtenidas con otros instrumentos, con los que se asumió que exploraban áreas o dominios de discapacidad, si no similares al menos complementarios a los incorporados en el WHO-DAS II (36 ítems).

Teniendo en cuenta que tan sólo dos de los cuestionarios utilizados en el Proyecto como “patrones de referencia para la medida de la discapacidad” permiten obtener una Puntuación Global de Discapacidad; y debido también a la complejidad de generar, a partir de los diversos cuestionarios, patrones de referencia para los distintos dominios del WHO-DAS II (36 ítems), nos pareció conveniente describir de manera independiente el análisis de la validez de las distintas Escalas Globales y dominios de que consta el instrumento.

6.2.4.1.1 Estudio de la Validez Convergente/Discriminante de las Escalas Globales del WHO-DAS II (36 ítems)

El análisis de la validez de las dos Escalas Globales de Discapacidad del WHO-DAS II (36 ítems) fue efectuado mediante su comparación con los dos instrumentos utilizados en nuestro estudio que permiten obtener puntuaciones globales de discapacidad, la “London Handicap Scale” (LHS) y a la “Escala de Evaluación de Discapacidad según el Entrevistador”. En la Tabla 20, se muestran las correlaciones obtenidas en la comparación de las Escalas Globales del WHO-DAS II (36 ítems), con las puntuaciones totales de la “Escala de Evaluación de Discapacidad según el Entrevistador” y de la “London Handicap Scale”. Como vemos para el conjunto de la población muestral los niveles de correlación se sitúan en un rango de valores entre .61 a .71, siendo todos ellos estadísticamente significativos ($p < 0.01$). En cuanto al análisis realizado en los distintos subgrupos muestrales, los valores presentaron una mayor variabilidad; apreciándose en alguno de ellos, como es el caso del subgrupo relacionado con Problemas Mentales o con el Abuso de Sustancias, correlaciones especialmente bajas y no significativas a nivel estadístico.

Tabla 20. Correlaciones entre las Escalas Globales del WHO-DAS II (36 ítems) y la Puntuación Total de la “Escala de Evaluación de Discapacidad según el Entrevistador” y del London Handicap Scale, en los distintos subgrupos muestrales.

Escalas Globales	Escala Evaluación Discapacidad según Entrevistador Puntuación Total		London Handicap Scale Puntuación Total	
	Correlación	Significación	Correlación	Significación
Total de la Muestra				
WHO-DAS Escala Global- Trabajo	.71	<0.01	-.61	<0.01
WHO-DAS Escala Global- No trabajo	.64	<0.01	-.65	<0.01
Población General				
WHO-DAS Escala Global- Trabajo	.79	<0.01	-.78	<0.01
WHO-DAS Escala Global- No trabajo	*	*	*	*
Enfermos Físicos				
WHO-DAS Escala Global- Trabajo	.52	<0.01	-.58	<0.01
WHO-DAS Escala Global- No trabajo	.66	<0.01	-.58	<0.01
Enfermos Mentales				
WHO-DAS Escala Global- Trabajo	.66	0.05	-.12	NS
WHO-DAS Escala Global- No trabajo	.62	<0.01	-.66	<0.01
Consumo de Sustancias				
WHO-DAS Escala Global- Trabajo	.85	<0.01	-.34	NS
WHO-DAS Escala Global- No trabajo	.35	NS	-.64	<0.01

* No hay ninguna persona perteneciente a la categoría de “No-Trabajo” en este subgrupo muestral.

6.2.4.1.2 Estudio de la Validez Convergente/Discriminante de los distintos dominios del WHO-DAS II (36 ítems)

El estudio de la validez de los distintos dominios del WHO-DAS II (36 ítems) exigió, dada la ausencia de medidas estándar de referencia, establecer a partir de los instrumentos de evaluación del funcionamiento y la discapacidad utilizados (LHS, SF-36, WHOQOL-BREF y “Escala de Evaluación de Discapacidad según el Entrevistador”) posibles criterios de validez de cada uno de los dominios del WHO-DAS II (36 ítems).

Para ello, como ya se ha señalado, se procedió en primer lugar a identificar en dichos instrumentos los dominios que podían, según la interpretación que de sus contenidos hicieron de manera independiente tres de los investigadores, guardar una cierta correlación con cada uno de los dominios del WHO-DAS II (36 ítems). En segundo término, se especificó, para cada una de las posibles equivalencias entre los dominios del WHO-DAS II (36 ítems) y los definidos en cada uno de los instrumento, cuatro posibles niveles de equivalencia (no equivalencia; equivalencia de

baja intensidad; equivalencia de moderada intensidad; equivalencia de alta intensidad), los cuales fueron utilizados como criterios de referencia para el análisis de la validez.

Con objeto de no perder potencia estadística derivada de la división de la muestra en categorías diagnósticas, el análisis de la validez de los distintos dominios del WHO-DAS II (36 ítems) se realizó sobre el total de la población muestral. A continuación pasaremos a describir los resultados obtenidos en la comparación de los distintos dominios del WHO-DAS II (36 ítems) con los dominios seleccionados, para este análisis, de entre los pertenecientes a los distintos instrumentos incluidos en nuestro estudio (“London Handicap Scale”, SF-36, WHOQOL-BREF y la “Escala de Evaluación de Discapacidad según el Entrevistador”). Debemos señalar que el valor negativo de los índices de correlación obtenidos en la comparación del WHO-DAS II (36 ítems) con los dominios correspondientes a dichos instrumentos (a excepción de la “Escala de Evaluación de Discapacidad según el Entrevistador”) se deben a que las escalas de puntuación utilizadas en dichos cuestionarios van en sentido inverso en lo que se refiere a la medida de discapacidad.

6.2.4.1.2.1 “Escala de Evaluación de Discapacidad según el Entrevistador”

La Tabla 21 muestra los índices de correlación correspondientes a los distintos dominios de la “Escala de Evaluación de Discapacidad según el Entrevistador” y del WHO-DAS II (36 ítems), presentando además como referencia los niveles de equivalencia teórica establecidos por los distintos investigadores.

Tabla 21. Correlación entre los Dominios del WHO-DAS II (36 ítems) y los Dominios de la “Escala de Evaluación de Discapacidad según el Entrevistador”, en el Total de la Población Muestral

Dominios “Escala Evaluación Discapaci- dad según Entrevistador”	Dominios WHO-DAS II (36 ítems)						
	D1 Compr. Comun.	D2 Moverse entorno	D3 Cuidado personal	D4 Relación Interper.	D5A Activ. Domés	D5B Trabaj. fuera hogar	D6 Partic.Social
<i>D1-Comprens./Comunic.</i> Equivalencia Teórica	+++	²	²	²	²	²	²
Correlación	,65	,10	,11	,43	,01	,01	,32
Significación	<0,01	NS	NS	<0,01	NS	NS	<0,01
<i>D2-Moverse en el Entorno</i> Equivalencia Teórica	²	+++	²	²	²	²	²
Correlación	,01	,75	,54	,16	,64	,42	,32
Significación	NS	<0,01	<0,01	NS	<0,01	<0,01	<0,01
<i>D3-Cuidado Personal</i> Equivalencia Teórica	²	²	+++	²	²	²	²
Correlación	,29	,53	,75	,34	,56	,42	,41
Significación	<0,01	<0,01	<0,01	<0,01	<0,01	<0,01	<0,01
<i>D4-Relación Interpersonal</i> Equivalencia Teórica	²	²	²	+++	²	²	²
Correlación	,51	,00	,24	,66	,07	,04	,56
Significación	<0,01	NS	<0,01	<0,01	NS	NS	<0,01
<i>D5-Trabajo</i> Equivalencia Teórica	²	²	²	²	++	++	²
Correlación	,28	,53	,53	,34	,56	,51	,54
Significación	<0,01	<0,01	<0,01	<0,01	<0,01	<0,01	<0,01
<i>D6-Participación Social</i> Equivalencia Teórica	²	²	²	²	²	²	+++
Correlación	,46	,32	,49	,51	,37	,22	,67
Significación	<0,01	<0,01	<0,01	<0,01	<0,01	0,05	<0,01

Claves:

- ² No existe equivalencia
- ++ Comparte algún ítem/elemento aislado. Incorpora otros elementos muy dispares. Equivalencia de baja intensidad
- +++ Comparte varios ítems/elementos. Abarca también elementos de otro dominio/área. Cubre, por lo tanto, otras áreas/dominios. Equivalencia moderada
- +++ Comparte la mayoría de los ítems/elementos. Define un dominio/área aparentemente similar. No abarca otras áreas/dominios. Equivalencia alta

A nivel general podemos decir que en aquellos casos en los que a nivel teórico se estableció una equivalencia de alta intensidad (+++), se obtuvieron niveles de correlación situados entre .65 y .75; siendo todos estos valores estadísticamente significativos ($p < 0.01$). En los casos en los que

se estableció una equivalencia de moderada intensidad (++), las correlaciones se situaron en el rango de .51 a .56; siendo también todas estas correlaciones estadísticamente significativas ($p < 0.01$). Finalmente, señalar que en general y aunque con alguna excepción, los niveles de correlación son mucho más bajos en los casos en los que no se esperaba que existiera equivalencia alguna (*). Coincidiendo los valores más bajos con correlaciones no significativas desde un punto de vista estadístico.

6.2.4.1.2.2 “*London Handicap Scale*” (LHS)

La Tabla 22 presenta los niveles de correlación existentes entre los distintos dominios del “*London Handicap Scale*” (LHS) y del WHO-DAS II (36 ítems); así como los niveles de significación.

Como vemos en los tres casos en los que se estableció un nivel de equivalencia de alta intensidad (+++) se encontraron valores de correlación estadísticamente significativos, situados en el rango -.63, -.78 ($p < 0.01$). Cuando el nivel de equivalencia se estableció como de moderada intensidad (++), los valores de correlación oscilaron entre -.45 y -.60; siendo todos ellos estadísticamente significativos. Finalmente y como era de esperar, señalar que los niveles de correlación son mucho más bajos cuando se estableció que no existía equivalencia teórica alguna (*); siendo buena parte de ellos también estadísticamente significativos.

Tabla 22. Correlación entre los Dominios del WHO-DAS II (36 ítems) y los Dominios de la London Handicap Scale, en el Total de la Población Muestral

Dominios "London Handicap Scale"	Dominios WHO-DAS II (36 ítems)						
	D1 Compr. Comun.	D2 Moverse entorno	D3 Cuidado personal	D4 Relación Interper.	D5A Activ. domést.	D5B Trabaj. fuera hogar	D6 Partic. Social
<i>D1-Movilidad</i> Equivalencia Teórica	²	+++	²	²	²	²	²
Correlación	-.12	-.78	-.51	-.26	-.64	-.61	-.31
Significación	NS	<0.01	<0.01	<0.01	<0.01	<0.01	<0.01
<i>D2-Cuidado Personal</i> Equivalencia Teórica	²	²	++	²	++	²	+
Correlación	-.38	-.54	-.50	-.36	-.60	-.52	-.48
Significación	<0.01	<0.01	<0.01	<0.01	<0.01	<0.01	<0.01
<i>D3-Ocupación/ Ocio</i> Equivalencia Teórica	²	²	²	²	++	++	++
Correlación	-.09	-.53	-.64	-.09	-.45	-.47	-.23
Significación	NS	NS	NS	NS	<0.01	<0.01	0.04
<i>D4-Integración Social</i> Equivalencia Teórica	²	²	²	+++	²	²	²
Correlación	-.54	-.15	-.32	-.64	-.20	-.02	-.51
Significación	<0.01	NS	<0.01	<0.01	0.01	NS	<0.01
<i>D5-Orientación</i> Equivalencia Teórica	+++	²	²	²	²	²	²
Correlación	-.63	-.06	-.22	-.36	-.17	-.04	-.51
Significación	<0.01	NS	0.05	<0.01	0.03	NS	<0.01
<i>D6-Autosuf. Económic.</i> Equivalencia Teórica	²	²	²	²	²	²	+
Correlación	-.24	-.01	-.18	-.16	-.08	-.21	-.19
Significación	0.03	NS	NS	NS	NS	NS	0.05

Claves:

- ² No existe equivalencia
- +
- ++ Comparte algún ítem/elemento aislado. Incorpora otros elementos muy dispares. Equivalencia de baja intensidad
- +++ Comparte varios ítems/elementos. Abarca también elementos de otro dominio/área. Cubre, por lo tanto, otras áreas/dominios. Equivalencia moderada
- +++ Comparte la mayoría de los ítems/elementos. Define un dominio/área aparentemente similar. No abarca otras áreas/dominios. Equivalencia alta

6.2.4.1.2.3 SF-36

Los niveles de correlación existentes entre los distintos dominios del SF-36 y del WHO-DAS II (36 ítems); así como los niveles de significación de los mismos, se muestran en la Tabla 23.

Tabla 23. Correlación entre los Dominios del WHO-DAS II (36 ítems) y los Dominios del SF-36, en el Total de la Población Muestral

Dominios SF-36	Dominios WHO-DAS II (36 ítems)						
	D1 Compr. Comun.	D2 Moverse entorno	D3 Cuidado personal	D4 Relación Interper.	D5A Activ. domést.	D5B Trabaja. fuera hogar	D6 Partic. Social
<i>D- Función Física</i> Equivalencia Teórica	^z	+++	++	^z	++	+	^z
Correlación	-,06	-,78	-,59	-,13	-,67	-,48	-,33
Significación	NS	<0,01	<0,01	NS	<0,01	<0,01	<0,01
<i>D- Limitación rol- Físico</i> Equivalencia Teórica	^z	+	+	^z	++	++	+
Correlación	-,12	-,57	-,36	-,17	-,65	-,52	-,40
Significación	NS	<0,01	<0,01	0,03	<0,01	<0,01	<0,01
<i>D- Limitación rol- Mental</i> Equivalencia Teórica	+	+	+	^z	++	++	+
Correlación	-,52	-,10	-,28	-,37	-,30	-,23	-,53
Significación	<0,01	NS	<0,01	<0,01	<0,01	<0,01	<0,01
<i>D- Función Social</i> Equivalencia Teórica	^z	^z	^z	+++	^z	^z	++
Correlación	-,47	-,39	-,44	-,60	-,58	-,42	-,66
Significación	<0,01	<0,01	<0,01	<0,01	<0,01	<0,01	<0,01

Claves:

- ^z No existe equivalencia
- +
- ++ Comparte algún ítem/elemento aislado. Incorpora otros elementos muy dispares. Equivalencia de baja intensidad
- +++ Comparte varios ítems/elementos. Abarca también elementos de otro dominio/área. Cubre, por lo tanto, otras áreas/dominios. Equivalencia moderada
- +++ Comparte la mayoría de los ítems/elementos. Define un dominio/área aparentemente similar. No abarca otras áreas/dominios. Equivalencia alta

Como vemos en los dos casos en que se estableció, a nivel teórico, un nivel de equivalencia alto (+++) se encontraron correlaciones estadísticamente significativas de -.60 y -.78 ($p < 0.01$). Los valores de correlación oscilaron entre -.23 y -.67 cuando el nivel de equivalencia se estableció como de moderada intensidad (++), y entre -.10 y -.57 cuando se etiquetó de ligera equivalencia (+); siendo dichas correlaciones, a pesar de la clara reducción en los valores, todavía estadísticamente significativas ($p < 0.01$). En general, y salvo alguna excepción, las correlaciones más bajas se encontraron en aquellos casos en que no se esperaba que existiera equivalencia teórica alguna (*); coincidiendo los valores más bajos con correlaciones no significativas desde un punto de vista estadístico.

6.2.4.1.2.4 WHOQOL-BREF

En la Tabla 24 se muestran los niveles de correlación existentes entre los distintos dominios del WHOQOL-BREF y del WHO-DAS II (36 ítems); así como los niveles de significación. Como se puede observar, en el único caso en que se estableció, a nivel teórico, un nivel de equivalencia alto (+++) se encontró una correlación de -.62 ($p = 0.01$). Los valores de correlación oscilaron entre -.47 y -.72 cuando el nivel de equivalencia se estableció como de moderada intensidad (++); siendo todos estos valores estadísticamente significativos ($p < 0.01$). Y finalmente, y como sucede en los instrumentos anteriores, en aquellos casos en los que se planteó una ausencia de equivalencia teórica (*), las correlaciones encontradas fueron en general, y con algunas excepciones, bajas; siendo sin embargo la mayoría de ellas también estadísticamente significativas.

Tabla 24. Correlación entre los Dominios del WHO-DAS II (36 ítems) y los Dominios del WHOQOL-BREF, en el Conjunto de la Población Muestral

Dominios WHOQOL-BREF	Dominios WHO-DAS II (36 ítems)						
	D1 Compr. Comun.	D2 Moverse entorno	D3 Cuidado personal	D4 Relación Interper.	D5A Activ. domést.	D5B Trabaj. fuera hogar	D6 Partic. Social
<i>D1- Salud Física</i> Equivalencia Teórica	²	++	+	²	++	++	²
Correlación	-.42	-.53	-.53	-.43	-.66	-.72	-.62
Significación	<0.01	<0.01	<0.01	<0.01	<0.01	<0.01	<0.01
<i>D2- Salud Psicológica</i> Equivalencia Teórica	++	²	²	²	²	²	²
Correlación	-.60	-.25	-.45	-.60	-.43	-.26	-.61
Significación	<0.01	<0.01	<0.01	<0.01	<0.01	0.02	<0.01
<i>D3- Relaciones Sociales</i> Equivalencia Teórica	²	²	²	+++	²	²	²
Correlación	-.43	-.17	-.29	-.62	-.26	-.16	-.49
Significación	<0.01	0.03	<0.01	0.01	<0.01	NS	<0.01
<i>D4- Ambiente</i> Equivalencia Teórica	²	²	²	²	²	²	++
Correlación	-.32	-.31	-.34	-.47	-.27	-.13	-.47
Significación	<0.01	<0.01	<0.01	<0.01	<0.01	NS	<0.01

Claves:

- ² No existe equivalencia
- +
- ++ Comparte algún ítem/elemento aislado. Incorpora otros elementos muy dispares. Equivalencia de baja intensidad
- +++ Comparte varios ítems/elementos. Abarca también elementos de otro dominio/área. Cubre, por lo tanto, otras áreas/dominios. Equivalencia moderada
- +++ Comparte la mayoría de los ítems/elementos. Define un dominio/área aparentemente similar. No abarca otras áreas/dominios. Equivalencia alta

6.2.4.1.3 *Correlación entre los distintos dominios del WHO-DAS II (36 ítems)*

El análisis de la Validez Convergente/Discriminante de los distintos dominios del WHO-DAS II (36 ítems), realizado mediante su comparación con los dominios equivalentes de otras escalas, reveló como hemos visto, que en algunas de dichas comparaciones se mostraban niveles de correlación más altos de los postulados a nivel teórico, indicando así la presencia de solapamientos entre los distintos dominios.

Por ello y en un intento de clarificar el grado de independencia o posible solapamiento entre los distintos dominios del WHO-DAS II (36 ítems), nos ha parecido oportuno el explorar las posibles correlaciones existentes entre ellos. A continuación pasaremos a describir las correlaciones encontradas entre los distintos dominios del WHO-DAS II (36 ítems), en el total de la población muestral (ver Tabla 25).

Tabla 25. Correlación entre los dominios del WHO-DAS II (36 ítems), en el Total de la Población Muestral

Dominios	Dominios WHO-DAS II (36 ítems)						
	D1 Compr. Comun.	D2 Moverse entorno	D3 Cuidado personal	D4 Relación Interper.	D5A Activ. domést.	D5B Trabajo fuera hogar	D6 Partic. Social
D1- Compr./Comun. Correlación Significación		,15 NS	,42 <0,01	,68 <0,01	,33 <0,01	,17 NS	,61 <0,01
D2-Moverse Entorno Correlación Significación			,70 <0,01	,36 <0,01	,74 <0,01	,58 <0,01	,41 <0,01
D3-Cuidado Personal Correlación Significación				,45 <0,01	,65 <0,01	,53 <0,01	,53 <0,01
D4-Relación Interper. Correlación Significación					,46 <0,01	,34 <0,01	,63 <0,01
D5A-Activ. Domést. Correlación Significación						,80 <0,01	,57 <0,01
D5B-Trabajo fuera hogar Correlación Significación							,40 <0,01
D6-Participac. Social Correlación Significación							

Como vemos en la tabla, se observa una clara independencia entre los dominios: “Comprensión y Comunicación” y “Moverse en el Entorno”; “Comprensión y Comunicación” y “Actividades Domésticas”; “Comprensión y Comunicación” y “Trabajo fuera del hogar”; y también entre “Moverse en el entorno” y “Relaciones Interpersonales”; “Relaciones Interpersonales” y “Trabajo fuera del hogar”; y entre “Trabajo fuera del hogar” y “Participación Social”; con niveles de correlación todos ellos muy bajos, por debajo de .40.

Por otra parte, en un considerable número de casos, las correlaciones entre los distintos dominios del WHO-DAS II (36 ítems) presentaron valores por encima de .50, que sugieren la presencia de solapamiento entre ellos.

6.2.4.2 Validez Clínica o Discriminante con respecto a los distintos subgrupos muestrales

El análisis de la validez clínica del WHO-DAS II (36 ítems) implicó la verificación de:

1. La medida en que las distintas escalas y dominios del instrumento son capaces de discriminar entre los distintos subgrupos clínicos de la muestra, los cuales al estar integrados por población sana y por pacientes afectados de distintos tipos de patología, se supone que presentan perfiles de discapacidad diferenciales.
2. el comportamiento discriminante del instrumento entre dos grupos muestrales definidos por una variable sociodemográfica (el sexo) que, al menos desde un punto de vista teórico, no se asocia de manera significativa con distintos perfiles de discapacidad.

Para ello, como ya se ha señalado, se realizó un análisis de las diferencias en los niveles de discapacidad identificados por el WHO-DAS II (36 ítems) en los distintos subgrupos muestrales, utilizando pruebas estadísticas no paramétricas (Kruskal Wallis y U de Mann-Whitney).

6.2.4.2.1 Análisis de los Niveles de Discapacidad

Con objeto de conocer los niveles de discapacidad presentados por los miembros de la muestra se trabajó, desde un punto de vista descriptivo, con puntuaciones medias y desviaciones estándar (DE) obtenidas, sobre una escala de 0 (ausencia de discapacidad) a 100 (máximo grado de discapacidad), en los distintos dominios y escalas globales del WHO-DAS II (36 ítems).

Para este análisis se utilizaron las puntuaciones obtenidas durante la primera entrevista, dado que el análisis de la fiabilidad Test-Retest del WHO-DAS II (36 ítems), obtenido en el apartado anterior, demostró que las puntuaciones obtenidas tanto en la primera como en la segunda entrevista eran similares; y dado también a que el N muestral, en la primera entrevista, es mayor que en la segunda.

Con objeto de aumentar la potencia estadística de los resultados, se unieron los subgrupos muestrales relacionados con problemas derivados del consumo de alcohol y drogas, en un solo subgrupo, al que se denominó “Problemas relacionados con el consumo de sustancias”. Así este subgrupo estaba finalmente compuesto por un total de 30 sujetos que compartían la característica común de presentar problemas derivados del abuso de sustancias.

Discapacidad según categorías diagnósticas

Con respecto al análisis del nivel de discapacidad presente en las categorías diagnósticas que componen el total de la muestra, se observaron diferencias estadísticamente significativas en todas las escalas globales y dominios del WHO-DAS II (36 ítems), a excepción de la “Escala Global-No trabajo”; siendo, como era de esperar, los sujetos sanos los que menor discapacidad presentaron en todas ellas (ver Tabla 26).

Analizando, a nivel general, las puntuaciones globales de discapacidad presentadas por los distintos subgrupos muestrales, se observó un comportamiento muy diferente según se trate de la “Escala Global-Trabajo” o la “Escala Global-No trabajo”.

Tabla 26. Puntuaciones medias y desviación estándar (DE) de las Escalas Globales y Dominios del WHO-DAS II (36 ítems), en los distintos subgrupos muestrales

Escalas Globales y Dominios	Población General	Problemas Mentales	Problemas Físicos	Consumo Sustancias	Total	X ² ; gl p
Escala Global- Trabajo	3,4 (7,8)	13,8 (11,2)	15,2 (14,0)	17,9 (14,7)	11,6 (13,2)	24,53; 3 p<0,01
Escala Global- No trabajo	-	24,4 (18,4)	28,8 (18,8)	19,5 (19,3)	24,5 (18,9)	5,93; 3 p= NS
D1-Comprensión y Comunicación	2,2 (9,2)	25,2 (23,2)	6,6 (10,0)	14,7 (18,3)	12,4 (18,2)	39,89; 3 p<0,01
D2-Moverse en el Entorno	4,0 (8,2)	9,8 (14,0)	30,2 (30,3)	9,3 (20,5)	16,4 (24,6)	30,33; 3 p<0,01
D3-Cuidado Personal	-	13,3 (18,8)	15,8 (22,2)	11,3 (16,0)	11,7 (18,8)	17,11; 3 p<0,01
D4-Relaciones Interpersonales	2,2 (11,0)	22,8 (25,2)	11,3 (15,0)	18,3 (23,8)	14,3 (20,6)	22,75; 3 p<0,01
D5A-Actividades Domésticas	6,3 (17,3)	21,8 (29,7)	39,0 (39,7)	19,2 (26,2)	25,2 (33,7)	21,26; 3 p<0,01
D5B-Trabajo fuera Hogar	3,9 (10,2)	12,5 (13,3)	38,6 (40,8)	22,2 (20,2)	21,5 (31,4)	17,30; 3 p<0,01
D6- Participación Social	4,1 (7,9)	31,8 (24,0)	23,9 (18,9)	31,5 (22,3)	24,2 (21,9)	39,16; 3 p<0,01

6.2.4.2.1.1 Niveles de discapacidad según el sexo

Con respecto a los niveles de discapacidad global presentados por los sujetos en relación a la variable sexo (ver Tabla 27), se observaron diferencias estadísticamente significativas tan sólo en la Escala Global-Trabajo, con una puntuación media global en los varones significativamente mayor que la de las mujeres 15.0 (DE= 13.8) y 8.4 (DE= 11.9) respectivamente; U Mann-Whitney= 436; p= 0.01). Así de las 73 personas que, en nuestro estudio, trabajan fueran de casa (asalariados y estudiantes): 38 son mujeres y 35 varones, siendo precisamente estos últimos, los que presentaron mayor nivel de discapacidad en la “Escala Global-Trabajo”.

Por otro lado, al analizar las puntuaciones obtenidas por ambos sexos en los distintos dominios del WHO-DAS-36-II, se observó nuevamente que tan sólo en los dominios relativos a “Trabajo fuera del hogar” y “Participación Social”; los varones, con puntuaciones medias entorno a 31.3 (DE=38.0) y 26.7 (DE= 20.3) respectivamente, presentaron mayor grado de discapacidad que las mujeres (12.5, DE= 20.6 y 21.1, DE= 23.5 respectivamente). Siendo estas diferencias observadas, estadísticamente significativas (U Mann-Whitney= 480.5; $p= 0.03$ y U Mann-Whitney= 2252; $p= 0.01$ respectivamente).

Tabla 27. Puntuaciones medias y desviación estándar (DE) de las Escalas Globales y Dominios del WHO-DAS II (36 ítems), por sexo

Escalas Globales y Dominios	SEXO		U Mann-Whitney; p
	Mujeres	Varones	
Escala Global-Trabajo	8,4 (11,9)	15,0 (13,8)	436,0; $p= 0,01$
Escala Global- No trabajo	28,7 (21,4)	22,1 (17,1)	632,0; $p= NS$
D1-Comprensión y Comunicación	13,9 (21,4)	11,2 (15,1)	2919,0; $p= NS$
D2-Moverse en el Entorno	14,9 (22,6)	17,6 (26,1)	2752,5; $p= NS$
D3-Cuidado Personal	10,8 (18,4)	12,4 (19,2)	2773,0; $p= NS$
D4-Relaciones Interpersonales	15,2 (24,3)	13,5 (17,3)	2679,5; $p= NS$
D5A-Actividades Domésticas	24,7 (31,8)	25,7 (35,3)	2905,0; $p= NS$
D5B-Trabajo Fuera del Hogar	12,5 (20,6)	31,3 (38,0)	480,5; $p= 0,03$
D6-Participación Social	21,1 (23,5)	26,7 (20,3)	2252,0; $p= 0,01$

6.3 La medida de la discapacidad en los distintos grupos muestrales

La Tabla 28 describe las puntuaciones medias y medias ajustadas (por sexo, edad, y grupo muestral) de discapacidad, obtenidas a nivel global y en las distintas áreas del WHO-DAS II de 36 ítems, para España.

Tabla 28. Medias y error estándar de valores de discapacidad en las distintas áreas (dominios), ajustada por sexo edad y grupo de población muestral.

Dominio	España	
	Media	Es
D-1	15,1	2,2
D-2	14,3	2,8
D-3	3,8	1,9
D-4	12,4	2,2
D-5.1	16,3	5,0
D-5.2	17,2	4,0
D-6	24,6	2,7
WHO-DAS II	85,8	12,2

La Tabla 29 describe las puntuaciones medias de discapacidad obtenidas en los distintos dominios (ajustadas por sexo, edad y país) según las poblaciones muestrales. Como era de esperar en la población general se obtienen las puntuaciones de discapacidad más bajas, situándose a continuación las personas con patología física que tienden a puntuar más bajo que las que presentan alteraciones psiquiátricas, o problemas relacionados con el alcohol o las drogas. Dicha tendencia se rompe, no obstante, en el área relacionada con el “moverse en el entorno”, en la cual los individuos con patologías físicas presentan niveles de discapacidad más altos.

Tabla 29. Puntuaciones (medias, y medias ajustadas) de discapacidad en las distintas áreas (dominios) del WHO-DAS-36, en el conjunto de los países, en los distintos grupos muestrales (**)

Muestra	Estadísticos	Comprensión /Comunicación	Moverse en el entorno	Autocuidados	Llevarse bien con la gente	Doméstico	Participa en sociedad	WHO-DAS II
Patología Psiquiátrica	<i>Media</i> <i>M. Ajustada*</i>	19,8 23,7	17,8 21,0	9,0 11,0	17,4 21,7	30,6 34,5	29,4 35,9	120,1 146,9
Alcoholismo	<i>Media</i> <i>M. Ajustada*</i>	16,2 18,7	3,0 16,7	6,5 7,2	16,0 19,3	27,4 28,6	31,2 35,6	113,1 131,9
Drogas	<i>Media</i> <i>M. Ajustada*</i>	18,4 21,8	12,9 17,4	7,5 7,3	21,2 23,9	30,4 32,5	37,9 40,6	130,6 147,9
Patología Física	<i>Media</i> <i>M. Ajustada*</i>	8,3 11,3	25,3 24,0	8,6 8,5	6,5 10,8	22,5 24,2	20,4 26,5	80,0 100,6
Población General	<i>Media</i> <i>M. Ajustada*</i>	9,5 4,6	6,7 4,1	2,2 0,2	6,8 2,3	10,5 7,5	9,4 2,9	49,2 21,2

* Las medias fueron ajustadas mediante análisis de regresión por sexo, edad y país

** Datos elaborados por los autores a partir del WHO-DAS II Field Trials Report 1998 (Ustun, 1999)

Una medida indirecta de la validez del instrumento para la evaluación de los distintos tipos de situaciones de discapacidad la tenemos en los datos de la Tabla 26, en los que se observa un comportamiento diferencial lógico en los distintos grupos muestrales. Este es un hecho digno de destacar dado que la mayoría de los instrumentos existentes estaban específicamente diseñados para evaluar de manera independiente la patología física o la psíquica. Incluso el previo instrumento de evaluación de discapacidades elaborado por la OMS, el “World Health Organization Psychiatric Disability Assessment Schedule”, (WHO-DAS), cubría exclusivamente discapacidades derivadas de la patología psíquica, siendo su rendimiento en la población general o en la patología física muy insuficiente.

Otro aspecto a destacar es la cobertura tan exhaustiva que el instrumento hace de los distintos dominios incorporados en la CIF. Esta es una característica destacable por tratarse de la primera vez en la literatura en que el desarrollo de un sistema de clasificación se realiza en paralelo con el desarrollo del instrumento preciso para la evaluación de los conceptos en ella incorporados. Es más, podemos decir que la mayoría de los instrumentos previamente desarrollados no se ajustaban a ningún sistema de clasificación y los pocos que como la London Handicap Scale sí lo hacían, habían sido creados a posteriori, y en cualquier caso utilizando la antigua versión de la clasificación. Es éste por lo tanto un hecho que por si solo justifica la utilización de la presente versión del WHO-DAS II, el cual además satisface, como hemos visto, el criterio de multidimensionalidad que hoy en día caracteriza el “constructo” de la discapacidad, y que incluye aspectos relacionados con los niveles, corporal, individual y social.

6.4 Aplicabilidad y aceptabilidad del WHO-DAS II (36 ítems): Conclusiones

Durante la administración del WHO-DAS II (36 ítems) al total de la muestra, no se detectaron problemas relacionados con una inadecuada comprensión de los ítems o del lenguaje utilizado. Asimismo, no se generaron rechazos al instrumento ni a pregunta alguna, siendo en general el instrumento, muy bien aceptado por el conjunto de la población muestral. El tiempo medio de aplicación del instrumento en el conjunto de la población muestral fue de 28 minutos con un rango de valores situado entre 15 y 45 minutos, lo cual hizo que en este sentido, la aplicación del instrumento fuese también aceptable para el conjunto de la población.

Así, una vez concluidos los estudios dirigidos a evaluar las propiedades psicométricas del WHO-DAS II, podemos decir que:

- 1) El WHO-DAS II (36 ítems) es un instrumento genérico de medida de la discapacidad que incorpora de manera exitosa las seis dimensiones esenciales del funcionamiento del individuo que definen el “constructo” discapacidad incorporado en la CIF. Ello se demuestra en primer lugar por su alta validez, fiabilidad y aplicabilidad en una amplia variedad de subgrupos muestrales caracterizados por perfiles de discapacidad diferenciales y en segundo término porque en todos ellos los distintos dominios del instrumento presentan adecuadas propiedades psicométricas.
- 2) La versión en lengua española del WHO-DAS II (36 ítems) es aplicable en una amplia diversidad de trastornos. Ello se ha demostrado tanto por su buena aceptación en los distintos subgrupos muestrales, como por el razonablemente corto período de tiempo que exige su aplicación, como por sus adecuadas propiedades psicométricas.
- 3) El WHO-DAS II (36 ítems) posee adecuados niveles de fiabilidad. Ello se ha demostrado por la presencia en el conjunto de la población y en los distintos subgrupos muestrales, tanto de altos índices de fiabilidad test-retest, como de consistencia interna.
- 4) El WHO-DAS II (36 ítems) presenta adecuados niveles de validez convergente/ discriminante. Ello se ha demostrado por la presencia en el conjunto de la población y en los distintos subgrupos muestrales de altos índices de correlación, tanto en la comparación de sus escalas globales con las escalas globales de la “London Handicap Scale” y de la “Escala de Evaluación de Discapacidad según el Entrevistador”, como en la comparación de sus dominios con los dominios derivados de los instrumentos de evaluación de discapacidad utilizados en este estudio (“London Handicap Scale”, SF-36, WHOQOL-BREF y “Escala de Evaluación de Discapacidad según el Entrevistador”).
- 5) El WHO-DAS II (36 ítems) posee adecuados niveles de validez clínica/discriminante. Ello se ha demostrado en primer lugar por su alta capacidad de discriminar tanto entre la población general/sana y población enferma, como entre los distintos subgrupos de población enferma; en segundo término por su capacidad de discriminar entre aquellos grupos muestrales establecidos por variables que como el sexo no se asocian a perfiles diferenciados de discapacidad.

- 6) El WHO-DAS II (36 ítems) permite explorar de manera adecuada la discapacidad inherente a los distintos tipos de enfermedades y a la propia población general. Ello se ha demostrado por el hecho de que en los distintos subgrupos de la muestra, las escalas correspondientes a los seis dominios del instrumento que miden los aspectos esenciales del funcionamiento del individuo, poseen adecuados niveles de fiabilidad y validez.

7 Descripción del WHO Disability Assessment Schedule II (WHO-DAS II)

7.1 Introducción

El WHO-DAS II ha sido desarrollado para evaluar las limitaciones de la actividad y las restricciones en la participación experimentadas por cada persona independientemente de su diagnóstico médico. En este sentido, la investigación al respecto demuestra que la capacidad para evocar recuerdos es más precisa para los acontecimientos del último mes, por lo tanto se ha elegido como periodo de referencia para la evaluación los últimos 30 días. Este instrumento persigue determinar el grado de dificultad experimentada en aquellas actividades que una persona lleva a cabo, no refiriéndose a actividades que le gustaría hacer, o incluso a aquéllas que es capaz de hacer pero no hace. Se pide al entrevistado que transmita el grado de dificultad experimentado tomando en cuenta cómo hace habitualmente la actividad en cuestión. Si esto significara el empleo de cualquier dispositivo de ayuda y/o la ayuda de otra persona, deberá contestar considerando el uso de estas ayudas.

A través de sus 36 ítems el WHO-DAS II permite obtener, tanto a un nivel específico como general, una medida de la severidad y duración de la discapacidad que resulta de las “condiciones de salud” de las personas, aportando también información sobre los “costes” que generan al individuo, la familia o la sociedad. Para ello explora el “estado actual” de discapacidad en las seis áreas o “dominios” que abarcan actividades que se consideran esenciales en la mayoría de las culturas. Cada ítem se puntúa teniendo en cuenta el grado de dificultad experimentada y el nivel de dependencia que, como consecuencia de la discapacidad, el individuo tiene de otras personas o sistemas de ayuda. Se recoge también información, para cada dominio, a cerca del número de días que, en el mes anterior, el individuo experimentó las dificultades y sobre los problemas que de ellas se derivan.

La versión de 12 ítems, ha sido desarrollada para utilizarse como instrumento de despistaje en la población general o en grupos de alto riesgo. Su administración no implica más de diez minutos, y aporta información en cada uno de los seis dominios que integran la versión de 36 ítems.

A través de sus distintas versiones, que al menos en sus formas más reducidas pueden ser administradas mediante entrevista telefónica, se garantiza la posibilidad de utilizar dicho instrumento con múltiples fines y tanto en poblaciones con discapacidad como en la propia población gene-

ral. Todo ello convierte el WHO-DAS II en un instrumento fiable, aplicable transculturalmente y fácil de utilizar en un amplio rango de circunstancias. Es por todo ello que su utilización permitirá llevar a cabo análisis fiables de las repercusiones de las “condiciones de salud” sobre los que sentar las bases para el desarrollo de adecuadas estrategias de intervención.

7.2 Descripción del instrumento

El WHO-DAS II está compuesto por 4 secciones, que se enumeran a continuación:

- Hoja inicial
- Datos demográficos y de índole general
- Preámbulo
- Revisión de las áreas

A continuación pasaremos a describir cada una de estas secciones.

Sección 1: Hoja inicial

Se usa para registrar información necesaria para la organización y realización de los trabajos y/o para la utilización del instrumento en estudios epidemiológico y de investigación. No requiere que el entrevistado esté presente, de hecho, deberá ser completada antes de realizar la entrevista. Esta sección está compuesta por un total de 6 ítems denominados “F” (F1-F6), que recogen información relativa a identificación del entrevistador, número de entrevistado, si se trata de la 1ª ó 2ª entrevista, fecha de la entrevista, fecha de una posible entrevista previa y tipo de entrevistado (población general, patología física, mental, problemas de consumo de sustancias, etc.).

Sección 2: Datos demográficos y de índole general

Aquí se plantean una serie de preguntas, diseñadas para obtener información básica de índole sociodemográfico y general. Se identifican con la letra “A” (A1- A5) y recogen datos sobre sexo, edad, estado civil, nivel educativo y situación laboral, mediante un sistema de respuesta múltiple.

Sección 3: Preámbulo

En esta sección, se le explican al entrevistado los objetivos que se persiguen con la aplicación del instrumento. Además se le presentan una serie de “tarjetas” que serán empleadas a lo largo de la entrevista como sistema de apoyo para la obtención de respuestas.

Estas tarjetas pueden ser definidas como “elementos de ayuda” cuyo objetivo es aportar una guía visual al entrevistado sobre una serie de aspectos que es necesario que recuerde al responder las preguntas.

- **Tarjeta #1:** es la primera tarjeta que se deberá usar en la entrevista. Proporciona información sobre cómo se define “condición de salud” y “tener dificultades”. Así mismo, recuerda al entrevistado que el periodo de tiempo de la evaluación se refiere a los últimos 30 días. El entrevistado puntuará la dificultad experimentada teniendo siempre en cuenta cómo hace *habitualmente* esa actividad. Para algunos, esto puede requerir tener asistencia personal o dispositivos de ayuda que *normalmente* están disponibles.
- **Tarjeta #2:** esta tarjeta contiene la escala de respuesta usada para todas las preguntas (la escala de respuesta para estas preguntas se leerá en voz alta al entrevistado). A la hora de introducir esta escala, el entrevistador leerá en alto el número y la palabra correspondiente. El entrevistado puede señalar su respuesta con el dedo, o bien puede facilitar respuestas verbales. Aunque el entrevistado puede dar las respuestas usando los números de la escala, se prefiere el uso de las palabras. Las tarjetas #1 y #2 permanecerán permanentemente visibles para el entrevistado a lo largo de la entrevista.

A lo largo de todo el instrumento seguirán apareciendo instrucciones para el entrevistador en relación a cuándo y como utilizar estas tarjetas.

Sección 4: Revisión de las Áreas

Estas son preguntas referidas al grado de dificultad experimentado en actividades específicas dentro del ámbito cubierto por cada uno de los dominios que componen la entrevista. Las preguntas que componen cada dominio se identifican con la letra “D”, seguida del número de dominio y, finalmente, del número de pregunta (ej., para el Dominio 1: D1.1, D1.2,..., para el Dominio 2: D2.1, D2.2,...).

Esta Sección está compuesta por un total de 6 dominios:

- D1: Comprensión y comunicación
- D2: Capacidad para moverse en su entorno

- D3: Cuidado personal
- D4: Relacionarse con otras personas
- D5: Actividades de la vida diaria
- D5: Participación en sociedad

Cada uno de los dominios, está compuesto por un número determinado de ítems que exploran actividades específicas para cada uno de ellos. A continuación pasamos a describir cada uno de ellos:

Dominio 1: Comprensión y Comunicación

El primer dominio del WHO-DAS II examina con detalle actividades relacionadas con la comunicación y el pensamiento. Está compuesto por un total de 6 ítems (D1.1 - D1.6)

Las áreas específicamente evaluadas incluyen:

- Concentración
- Memoria
- Solución de problemas
- Aprendizaje de tareas nuevas
- Comunicación

Dominio 2: Capacidad para Moverse en su Entorno

Las actividades a explorar en este segundo dominio del WHO-DAS II, son las relacionadas con la capacidad de la persona para moverse en su entorno. Este dominio consta de 5 ítems (D2.1 - D2.5) y las áreas a evaluar son:

- Cambio de la postura corporal
- Desenvolverse dentro de la casa
- Salir de casa
- Pasear

Dominio 3: Cuidado Personal

Este tercer dominio evalúa actividades relacionadas con el cuidado personal a través de un total de 4 ítems (D3.1 – D3-4). Incluye:

- Bañarse
- Vestirse
- Comer
- Permanecer solo

Dominio 4: Relacionarse con otras personas

Hace referencia a las relaciones con otras personas y a las dificultades que se pueden llegar a plantear en estas actividades debido a una “condición de salud”. En este contexto, “otras personas” pueden ser tanto las que el entrevistado conoce bien (ej., el cónyuge o pareja, miembros de la familia, amigos íntimos) como aquellas otras con las que no mantiene ninguna relación (ej., desconocidos). Este dominio consta de 5 ítems (D4.1 – D4.5) e incluye:

- Habilidades interpersonales con:
- Personas cercanas (familiares y amigos)
- Personas que no conoce (desconocidos)
- Actividad sexual
- Hacer amigos

Dominio 5: Actividades de la Vida Diaria

Este dominio incluye preguntas relacionadas con la dificultad experimentada por el entrevistado en las actividades de la vida diaria, relacionadas con el cuidado de la casa, el trabajo y actividades académicas. Este dominio consta de un total de 14 ítems (D5.1 – D5.14). Hay que resaltar que este dominio presenta una línea de corte según los entrevistados realicen o no un trabajo fuera de casa. Así, las preguntas D5.7-D5.14 se formularán solo a aquellos entrevistados que lleven a cabo actividades tales como empleo remunerado, trabajar como autónomo, trabajo no remunerado o cursar estudios. Para el resto, se omitirá esta sección y se continuará en el área 6. Los aspectos contenidos en este dominio, hacen referencia a:

- Actividades domésticas
- Trabajo

- Estudios

Dominio 6: Participación en la Sociedad

Este último dominio, hace referencia a los problemas surgidos en la participación en sociedad, así como la repercusión de la condición de salud en la familia. Consta de un total de 8 ítems (D6.1 – D6.8) evaluando aspectos tales como:

- Actividades de la comunidad
- Discriminación
- Estigmatización/dignidad
- Impacto sobre el tiempo disponible, emociones, la economía y la familia.
- Ocio

Todos los ítems descritos y que componen la exploración de los 6 dominios, se evalúan de acuerdo a una escala numérica que va del 1 al 5, para obtener así una puntuación de dificultad en las actividades concretas. La escala de respuesta empleada es:

- Ninguna
- Leve
- Moderada
- Severa
- Extrema/No puede hacerlo

Además de la evaluación mediante la escala anteriormente mencionada, el WHO-DAS ofrece la posibilidad de codificar en cada uno de los ítems que componen cada dominio, el número de días en los que la dificultad expresada está presente.

A lo largo de toda esta sección, se intercalan además las denominadas **Preguntas de Exploración**: A continuación del grupo de preguntas de cada dominio, aparece una pregunta exploratoria que se realiza únicamente si el entrevistado señala algún tipo de dificultad en alguna de las actividades evaluadas en ese dominio. Las preguntas exploratorias se identifican con una “P”, seguida del número de área y, finalmente, del número de pregunta (ej., P1.1). Esta pregunta persigue

obtener una información global en relación al grado de interferencia en la vida del entrevistado propiciado por las dificultades referidas.

7.3 Versiones del WHO-DAS II

El WHO-DAS II cuenta con diferentes versiones (ver Apéndice) diseñadas para cubrir necesidades derivadas de potenciales situaciones que pueden surgir en el uso del instrumento, y que pueden ser administradas por un entrevistador o autoadministradas. A continuación, pasamos a enumerar dichas versiones:

Versiones estructuradas del instrumento, para ser aplicadas por un entrevistador entrenado en el uso del WHO-DAS II

- Versión completa de 36 ítems
- Versión de 12 ítems + 24 ítems adicionales dependiendo de las respuestas obtenidas en las 12 preguntas iniciales
- Versión de 12 ítems

Aunque se recomienda siempre la utilización de la versión completa de 36 ítems, aplicada por un entrevistador entrenado en el uso del WHO-DAS II, pueden existir circunstancias, diseños metodológicos o presencia de patologías o condiciones de salud concretos que no hagan viable este tipo de aplicación. Es por ello que existen todas las alternativas anteriormente enumeradas y que ahora pasamos a describir en mayor profundidad.

7.3.1 Versión de 36 ítems

Ésta es la versión más recomendada del WHODAS II. Proporciona la evaluación más completa del funcionamiento del individuo. Permite obtener puntuaciones para cada uno de los ítems que componen los seis dominios del instrumento, puntuaciones parciales para cada uno de los dominios y además nos aporta un perfil global del funcionamiento.

7.3.2 Versión de 12 ítems

Esta versión más breve es útil para realizar evaluaciones globales del funcionamiento del individuo así como para ser utilizada de herramienta de cribado. Podemos decir que se trata de una serie de preguntas de despistaje para obtener un perfil inicial del nivel de discapacidad en los seis dominios descritos. Todas las preguntas contenidas en esta versión, se repiten en el área correspondiente según el siguiente esquema:

Las posibles respuestas a estas preguntas están igualmente diseñadas en una escala del 1 al 5, para obtener así una puntuación de dificultad en actividades concretas de cada una de las seis áreas o dominios que componen la versión más extendida del instrumento. La escala de respuesta empleada es:

- Ninguna
- Leve
- Moderada
- Severa
- Extrema/No puede hacerlo

7.3.3 Versión de 12 + 24 ítems

Esta versión utiliza las 12 “*preguntas iniciales*” para detectar cuales pueden ser los dominios en los que existen alteraciones en el funcionamiento del individuo. De acuerdo con las respuestas obtenidas a dichas preguntas iniciales, el entrevistador decidirá si continuará o no con la exploración de los dominios.

8 Manual de uso del WHO-DAS II

Como ya se ha mencionado, cada una de las secciones de las que consta el instrumento posee un sistema diferenciado y definido para su codificación y el propio instrumento contiene instrucciones sobre el modo de puntuar. No obstante, a continuación presentamos las características de cada uno de los ítems, así como lo que se pretende explorar a través de cada uno de ellos

Sección 1: Hoja inicial

Esta sección está compuesta por un total de 6 ítems denominados “F” que deberán ser cumplimentados por el entrevistador antes de encontrarse con el entrevistado. Algunos de los pueden obviarse cuando el tipo de exploración que se vaya a realizar no pertenezca a un estudio epidemiológico, etc.

- F 1 El número de identificación de siete cifras del sujeto o entrevistado deberá registrarse con el formato: *nº del centro/nº del sujeto/entrevista 1 ó 2*
- Los primeros 3 dígitos para el número del centro
 - Los segundos 3 dígitos para el número de *identificación personal* del sujeto
 - El último dígito indica primera (1) o segunda (2) entrevista en el supuesto caso de que se vayan a realizar 2 entrevistas.
- F 2 El número de identificación de siete cifras del entrevistador deberá registrarse con el formato: (nº del centro/nº del entrevistador/1):
- Los primeros 3 dígitos para el número del centro
 - Los segundos 3 dígitos para el número del entrevistador
- F 3 Indique si la entrevista va a ser administrada por primera o segunda vez.
- F 4 Registre la fecha de la entrevista con el formato mes/día/año, rellenando los espacios en blanco con ceros: 01/05/06.
- F 5 Para aquellos casos en los que se lleva a cabo más de una entrevista registre el número de días entre la primera y segunda administración del WHO-DAS II. Si la entrevista fue administrada primero por la mañana y después esa misma tarde, regístrelo como un día.

- F 6 Rodee con un círculo sólo una opción para indicar el tipo de muestra a elegir entre población general, problemas relacionados con drogas, problemas relacionados con alcohol, problemas de salud mental, problemas físicos y otros problemas en cuyo caso el WHO-DAS II nos ofrece la posibilidad de especificar el problema concreto.

Sección 2: Datos demográficos y de índole general

Esta sección consta inicialmente de las denominadas preguntas “A” (A1- A5), que recogen datos sociodemográficos mediante un sistema de respuesta múltiple.

A 1 Registrar el sexo

A 2 ¿Cuántos años tiene?

Registre la edad.

A 3 ¿Cuántos años en total ha estado estudiando en la escuela, colegio, instituto, universidad, etc.?

A 4 ¿Cuál es su estado civil actual?

Sólo se deberá elegir una opción, que será aquella que mejor refleje su estado civil ACTUAL. Por ejemplo, si el entrevistado está actualmente casado, pero estuvo divorciado el año anterior, puntúe como actualmente casado.

A 5 ¿Cuál de las siguientes opciones describe mejor su situación laboral?

Se deberá registrar la opción que mejor refleje su principal situación laboral ACTUAL. Este ítem se emplea para determinar qué entrevistados van a ser interrogados sobre una serie de cuestiones relacionadas con el trabajo, que se encuentran en el Área 5 (D5.7-D5.14). Si un entrevistado afirma que su principal situación laboral abarca dos opciones (por ejemplo, trabajo remunerado y labores domésticas), puntúe como trabajo remunerado, de tal forma que el entrevistado responda más adelante a las preguntas relativas al empleo en el dominio 5. Los estudiantes no han de serlo necesariamente a jornada completa para que sean incluidos en esta categoría. Esta opción se ha de aplicar incluso para aquéllos estudiantes que lo sean a media jornada, aunque ésta sea su principal situación

laboral. Si el entrevistado asegurara estar desempleado, el entrevistador deberá preguntar: “se debe esto a motivos de salud o a alguna otra razón”, y puntuar de acuerdo a lo que responda.

Debido a que esta pregunta, que se encuentra en la página 5, se usará para determinar quién pasará a las preguntas D5.7-D-5.14, en la página 15, el entrevistador deberá advertir la anotación práctica, presentada para recordarle que realice dichas preguntas. Así pues, si se elige la opción de asalariado, autónomo, trabajo no remunerado o estudiante, el entrevistador deberá marcar el recuadro en la parte superior de la página 15. Cuando se llegue a esta página en el transcurso de la entrevista, inmediatamente se tendrá conocimiento de si es necesario preguntar dichas cuestiones (sí, cuando el recuadro está marcado) o de si por el contrario habrán de omitirse (en el caso de que el recuadro no esté marcado).

Sección 3: Preámbulo

Tal y como se ha mencionado anteriormente, esta sección puede definirse como una introducción a la entrevista y que es esencial para todas las preguntas que van a realizarse a continuación. El entrevistador habrá de leer la totalidad de las instrucciones palabra por palabra que aparecen en esta sección y deberá hacer referencia a las Tarjetas. Las Tarjetas #1 y #2, una vez presentadas, deberán permanecer permanentemente visibles para el entrevistado. Esta sección, consta además de información adicional sobre la entrevista dirigida a recordarle al entrevistado el objetivo de la misma, ubicarle de nuevo en el margen temporal que vamos a explorar (30 días) y presentarle las mencionadas Tarjetas #1 y #2. Se trata de una sección que por lo tanto no posee ítems a evaluar.

Sección 4: Revisión de las Áreas

DOMINIO 1: COMPRENSIÓN Y COMUNICACIÓN

El primer dominio del WHO-DAS II examina con detalle actividades relacionadas con la comunicación y el pensamiento. Las áreas específicamente evaluadas incluyen concentración, memoria, solución de problemas, aprendizaje y comunicación. Las Tarjetas #1 y #2 habrán de permanecer visibles para el entrevistado. Cuando un entrevistado informe de algún tipo de dificultad en el desempeño de una actividad en particular, deberá preguntarle “¿Durante cuántos días ha estado esta dificultad presente?”. El entrevistador registrará en la última columna el *número* de días

Especificaciones para cada Pregunta

D1.1 En los últimos 30 días, ¿Cuánta dificultad ha tenido para concentrarse en hacer algo durante diez minutos?

El propósito de esta pregunta es determinar la estimación del entrevistado respecto a su dificultad para concentrarse durante un periodo de tiempo breve, definido como 10 minutos. Si pidiese mayor aclaración, deberá animarse al entrevistado a pensar sobre su concentración en circunstancias habituales, no cuando estén preocupados por algún problema o situación, o bien en un ambiente con un grado de distracción inusualmente elevado. Se les puede guiar a que piensen en su concentración cuando realizan tareas propias de su trabajo, o bien estén leyendo, escribiendo, dibujando, tocando un instrumento musical, montando piezas, etc.

D1.2 ¿Recordar las cosas importantes que tiene que hacer?

Esta es una pregunta sobre el tipo de memoria involucrada en aspectos de la vida diaria. No se refiere a la memoria para datos irrelevantes, ni a la memoria para información detallada sobre el pasado. El entrevistado deberá considerar si suele recordar hacer cosas que son importantes para él/ella y para su familia. Si el entrevistado utiliza *normalmente* anotaciones, sistemas de recuerdo electrónicos, o mensajes verbales de asistentes personales, para facilitar el recuerdo, el rendimiento deberá valorarse teniendo en cuenta estas ayudas.

D1.3 ¿Analizar y encontrar soluciones a los problemas de la vida diaria?

Ésta es una actividad compleja que implica un gran número de funciones mentales. Se puede facilitar una mayor aclaración sobre el propósito de esta pregunta haciendo que el entrevistado piense sobre un problema al que se enfrentó durante los últimos 30 días. Si el entrevistado no puede identificar por sí mismo un problema al que se tuvo que enfrentar recientemente, el entrevistador puede sugerir, a modo de guía, áreas específicas en las que pueden surgir problemas, tales como el trabajo, llevar la casa, cuidar a los hijos, organizar horarios para la familia o uno mismo, etc. Una vez se ha identificado el

problema, se deberá pedir al entrevistado que considere con qué facilidad: detectó la existencia de un problema, lo descompuso en partes manejables, elaboró un listado de posibles soluciones, determinó los pros y contras de cada solución, determinó cuál era la mejor solución dadas las circunstancias, ejecutó y evaluó la solución escogida y seleccionó una solución alternativa si es que la primera elección no fue exitosa.

D1.4 ¿Aprender a realizar una nueva tarea, como por ejemplo llegar a un lugar nuevo?

Aprender una nueva ruta se ofrece *a modo de ejemplo* en esta pregunta, sin embargo, el entrevistado no deberá limitarse a esta situación. Si se precisa una mayor clarificación o el entrevistador considera que el entrevistado está pensando exclusivamente en aprender cómo llegar a un lugar nuevo, deberá incitar al entrevistado a pensar en una situación durante el último mes en la que se requería que aprendiera algo nuevo. Podría tratarse de una tarea en el trabajo (como un nuevo procedimiento o encargo), en clase (aprender una nueva lección), en el hogar (aprender a cocinar una nueva receta) o durante el tiempo libre (aprender nuevos juegos o actividades de ocio). Deberá valorar la facilidad con que adquirió nueva información, cuánta asistencia o repetición necesitó para aprender y el grado de retención de aquello que había aprendido.

D1.5 ¿Comprender en general lo que dice la gente?

El entrevistado deberá considerar su modo habitual de comunicación (ej. lenguaje oral, lenguaje de signos, comunicación con dispositivos de ayuda, etc.) y en general, el grado de dificultad experimentado a la hora de comprender los mensajes de otras personas. Deberán considerarse todas las situaciones a las que el entrevistado se ha enfrentado durante los últimos 30 días, tales como entender lo que dice otra persona cuando habla rápido, cuando hay ruido de fondo, en presencia de distracciones, etc.

D1.6 ¿Iniciar y mantener una conversación?

Se puntuará tanto el iniciar como el mantener una conversación. Si el entrevistado afirma tener más problemas con el inicio que con el mantenimiento de una conversación (o viceversa), deberá promediar la cantidad de dificultad experimentada con ambas actividades para determinar así una puntuación final de dificultad. El término conversación

incluye el uso de cualquiera que sea el modo de comunicación habitual (oral, escrito, lenguaje de signos, etc.). Si el entrevistado usa algún tipo de dispositivo de ayuda, la puntuación de dificultad deberá tener en cuenta la conversación durante el uso de tales mecanismos, asumiendo que generalmente están presentes. El entrevistado deberá considerar todos y cada uno de los factores que le parezcan relevantes para iniciar y mantener una conversación, como podría ser una pérdida de audición, problemas de lenguaje tales como aquellos que surgen tras una apoplejía, padecer tartamudeo, ansiedad o cualquier otro factor *relacionado con una “condición de salud”*.

DOMINIO 2: CAPACIDAD PARA MOVERSE EN SU ENTORNO

Las actividades a discusión en este segundo dominio del WHO-DAS II, Capacidad para Moverse en su Entorno, incluyen permanecer de pie, desenvolverse dentro de la casa, salir de casa y andar largas distancias. Las Tarjetas #1 y #2 deberán estar a la vista.

Especificaciones para cada Pregunta

D2.1 ¿Estar de pie durante largos periodos de tiempo, como por ejemplo 30 minutos?

D2.2 ¿Ponerse de pie cuando estaba sentado/a?

Se refiere a levantarse desde una posición de sentado en una silla, un banco o en el inodoro. No hace referencia a levantarse desde una posición de sentado en el suelo.

D2.3 ¿Moverse dentro de su casa?

Se refiere a moverse de una habitación a otra, o dentro de una misma habitación, usando dispositivos de ayuda o ayuda personal normalmente disponibles. Si el entrevistado vive en una casa de varios pisos, la pregunta también incluye el desplazarse de un piso a otro según sea necesario.

D2.4 ¿Salir de su casa?

Esta pregunta pretende recoger información sobre aspectos físicos (de movilidad) a la hora de salir de casa, así como aspectos mentales o emocionales relacionados con el

hecho de abandonar el hogar, tales como la depresión, ansiedad, etc. En esta pregunta, el término “casa” significa también piso, apartamento, residencia o cualquier tipo de alojamiento que tenga el entrevistado.

D2.5 ¿Andar largas distancias, como un kilómetro [o equivalente]?

Las distancias de recorrido habrán de ser convertidas al sistema de medida imperante en cada cultura cuando sea necesario.

DOMINIO 3: CUIDADO PERSONAL

Este dominio plantea cuestiones sobre actividades del cuidado personal, e incluye: bañarse, vestirse, comer y permanecer solo. Las Tarjetas #1 y #2 deberán estar a la vista.

Especificaciones para cada Pregunta

D3.1 ¿Lavar y asear todo su cuerpo?

Se refiere a lavarse el cuerpo por completo de aquella forma que sea el modo usual de hacerlo en cada cultura.

D3.2 ¿Vestirse?

Incluye todos los aspectos del vestirse, tanto de la parte superior como inferior del cuerpo. Incluye, así mismo, coger la ropa del lugar en el que se guarda habitualmente (ej., armarios, percheros, etc.) y abrocharse botones, atarse los cordones, etc.

D3.3 ¿Comer?

Se refiere a alimentarse (ej., cortar la comida, llevar la comida/bebida del plato/vaso a la boca) y tragar (tanto sólidos como líquidos). Así mismo, incluye factores mentales/emocionales que podrían contribuir a dificultar la ingesta de alimentos, como pueden ser la anorexia o la bulimia. Esta pregunta no se refiere a la preparación de la comida. Si el entrevistado se alimenta por vía no-oral (alimentación parenteral), esta pregunta se re-

ferirá a cualquier dificultad experimentada al auto-administrarse la alimentación no-oral (ej., alimentar y limpiar la bomba).

D3.4 ¿Permanecer solo durante unos días?

El objetivo de esta pregunta es estimar la dificultad del entrevistado a la hora de permanecer solo por un periodo de tiempo considerable y sin poner en riesgo su seguridad. Una respuesta de “no aplicable” sería apropiada si la persona no ha vivido tal situación durante los últimos treinta días. Sin embargo, si el permanecer solo fue vivido sin dificultad, una puntuación de 1 o “ninguno” sería lo apropiado. Puede ser especialmente importante en esta pregunta que el entrevistador explore las respuestas de “ninguno”, y compruebe si tal respuesta es dada porque la situación fue vivida sin dificultad (en cuyo caso, codificarlo como 1 sería lo correcto) o porque no se vivió en absoluto tal experiencia (en cuyo caso deberá codificarse como N/A).

DOMINIO 4: RELACIONARSE CON OTRAS PERSONAS

El dominio 4 se refiere a “relacionarse con otras personas” y a las dificultades que se pueden llegar a plantear con estas actividades debido a una “condición de salud”. En este contexto, “otras personas” pueden ser aquéllos de los que el entrevistado es íntimo o conoce bien (ej., el cónyuge o pareja, miembros de la familia, amigos íntimos), o aquellas personas que no conoce (ej., desconocidos). Las Tarjetas #1 y #2 deberán estar a la vista.

Especificaciones para cada Pregunta

D4.1 ¿Relacionarse con personas que no conoce?

Se refiere a la interacción con desconocidos en cualquier situación, como tratar con los dependientes de las tiendas, personal de servicio o cuando se pide indicaciones para llegar a un sitio. Incluye la aproximación a tales personas y su interacción con ellos con el objeto de obtener un propósito deseado.

D4.2 ¿Mantener una amistad?

Incluye mantener el contacto e interactuar con amigos según sea la costumbre. Incluye también iniciar actividades con amigos y participar en las mismas cuando haya sido invitado/a.

D4.3 ¿Llevarse bien con otras personas cercanas a usted?

El entrevistado deberá considerar aquellas relaciones que él/ella mismo/a define como estrechas. Pueden ser o no relaciones familiares.

D4.4 ¿Hacer nuevos amigos?

Incluye la búsqueda de oportunidades para conocer gente nueva y captar las invitaciones para reunirse. Asimismo, incluye las tareas y acciones sociales y de comunicación habituales para contactar con otra persona y desarrollar una amistad.

D4.5 ¿Mantener relaciones sexuales?

El entrevistado deberá basar su respuesta considerando lo que él/ella entiende por actividad sexual. Esta pregunta no se refiere exclusivamente a la penetración, sino que incluye abrazarse, besarse, acariciarse y otros actos íntimos o sexuales.

DOMINIO 5: ACTIVIDADES DE LA VIDA DIARIA

Este dominio incluye preguntas relacionadas con la dificultad experimentada por el entrevistado en las actividades de la vida diaria. Estas actividades son aquéllas que la gente realiza la mayoría de los días, e incluyen el cuidado de la casa, el trabajo y actividades académicas. Las Tarjetas #1 y #2 deberán estar a la vista.

Especificaciones para cada Pregunta

D5.1 Habitualmente, ¿Cuántas horas dedica a la semana a estas actividades?

El entrevistado deberá pensar en una semana típica de los últimos 30 días para calcular la respuesta a esta pregunta. Algunas personas realizan el grueso de las tareas del hogar

durante el fin de semana. Si es así, deberá considerarse ese número de horas a la hora de calcular las horas de una semana típica. Si el entrevistado ha estado en un centro de tratamiento o en cualquier otro tipo de alojamiento diferente a su situación cotidiana habitual, deberá responder la pregunta en base al intervalo de 30 días inmediatamente anterior al periodo de referencia habitual. Si así fuera el caso, el entrevistador deberá anotarlo en el formulario.

D5.2 ¿Cumplir con sus obligaciones domésticas?

Esta es una pregunta general cuyo objetivo es obtener la valoración del entrevistado respecto a la dificultad encontrada a la hora de mantener el hogar y cuidar de los miembros de la familia u otras personas cercanas. Se incluyen actividades relacionadas con las necesidades físicas, emocionales, económicas y/o psicológicas del hogar/la familia. En algunas culturas, cuando se plantea esta pregunta, los varones pueden llegar a señalar que ellos no tienen obligaciones domésticas. Si tal es el caso, se les habrá de aclarar que las obligaciones domésticas incluyen administrar el dinero, hacer reparaciones en casa y en el coche, cuidar el jardín de la casa, recoger a los niños del colegio, ayudarles con los deberes, encargarse de la disciplina de los niños, y cualquier otro ejemplo que al entrevistador se le ocurra con el objeto de describir obligaciones domésticas de los varones en una determinada cultura.

D5.3 ¿Realizar bien sus tareas domésticas más importantes?

D5.4 ¿Acabar todo el trabajo doméstico que tenía que hacer?

El entrevistado facilitará una puntuación basándose en su propia valoración de lo bien que lleva a cabo el trabajo doméstico y en si el trabajo doméstico que precisa ser realizado, realmente queda hecho. Si fuera necesario, el entrevistador recordará al entrevistado que habrá de informar exclusivamente de aquellas dificultades *debidas a una “condición de salud”*, y no aquéllas debidas a otras razones como podría ser no tener tiempo (a no ser que de alguna manera esta razón esté ligada a la “condición de salud”).

D5.5 ¿Acabar su trabajo doméstico tan rápido como era necesario?

Se refiere a cumplir a tiempo las expectativas y necesidades de aquéllos con los que vive (o a los que es cercano/a) en relación con las tareas y responsabilidades domésticas.

D5.6 En los últimos 30 días, ¿Durante cuántos días redujo o dejó de hacer sus tareas domésticas debido a su “condición de salud”?

Para indicar 3 días, por ejemplo, regístrelo de la siguiente manera 0 / 3. Si el entrevistado no hubiera sido capaz de llevar a cabo las tareas domésticas durante una pequeña parte del día, deberá registrarse igualmente como un día. Si el entrevistado ha estado en un centro de tratamiento o en cualquier otro tipo de alojamiento diferente a su situación cotidiana habitual, deberá responder la pregunta en base al intervalo de 30 días inmediatamente anterior al periodo de referencia habitual.

A continuación, las preguntas D5.7-D5.14 se formularán a aquellos entrevistados que informen de una situación laboral tal como un empleo remunerado, autónomo, trabajo no remunerado o estudiante. Para el resto, se omitirá esta sección y se continuará en el área 6.

D5.7 Habitualmente, ¿Cuántas horas trabaja a la semana?

Esta pregunta se formula como un modo de obtener información sobre la proporción de tiempo empleado en el trabajo. En algunas culturas, esta pregunta se plantea de forma que el entrevistado responde si trabaja a jornada completa o a media jornada. Sin embargo, en este ítem lo que se pide es un número *específico* de horas trabajadas a la semana. El entrevistador puede ayudar al entrevistado a realizar el cálculo en base al número de horas trabajadas al día, si es que al entrevistado le resulta más fácil informar de éstas. Si el entrevistado es un estudiante a jornada completa, el entrevistador deberá sustituir el término “trabajo” por el de “clase” en las preguntas de la 5.7 a la D5.14. Si una persona trabajara y además asistiera a clases, esta serie de preguntas deberán contestarse en base al número total de horas dedicadas a ambas.

D5.8 ¿Llevar a cabo su trabajo diario?

Esta es una pregunta general cuyo objetivo es obtener la valoración del entrevistado respecto a la dificultad encontrada al realizar su trabajo o las actividades relacionadas con sus estudios. Esto puede incluir, aunque no se limita a ello exclusivamente, el llegar a tiempo, responder adecuadamente a la supervisión recibida, supervisar a otros, planear y organizar, así como cumplir las expectativas propias del empleo.

D5.9 ¿Realizar bien las tareas más importantes de su trabajo?

Realizar “bien” las tareas propias del trabajo o los estudios se refiere a completarlas de acuerdo a las expectativas del supervisor o profesor, según los propios baremos de actuación y/o tal y como se especifica en los criterios de actuación del empleo o centro de estudios.

D5.10 ¿Acabar todo el trabajo que necesitaba hacer?

D5.11 ¿Acabar su trabajo tan rápido como era necesario?

Se refiere a cumplir con las expectativas de cantidad y con las fechas indicadas para la conclusión de la tarea.

D5.12 ¿Ha tenido que trabajar a un menor ritmo debido a su “condición de salud”?

El entrevistador y el entrevistado deberán recordar que el periodo de referencia para el WHO-DAS II corresponde a los últimos 30 días. Sin embargo, esta pregunta puede hacer referencia a un intervalo de tiempo iniciado en un pasado más lejano pero que continúa en el presente. El entrevistado deberá responder afirmativamente si es que actualmente está trabajando a un menor ritmo debido a su “condición de salud”. Si es que trabajó a un menor ritmo debido a una “condición de salud”, pero en el presente no se da el caso, la respuesta habrá de ser “no”.

D5.13 ¿Ha ganado menos dinero debido a su “condición de salud”?

El entrevistado puede que sea o no capaz de dar una respuesta en base a hechos establecidos. En el caso de que indicara que no está seguro/a, se permitirá al entrevistado dar una respuesta teniendo en cuenta su propia opinión con relación a este hecho.

D5.14 En los últimos 30 días, ¿Cuántos días ha perdido media jornada o más de trabajo debido a su “condición de salud”?

Para indicar 3 días, por ejemplo, regístrelo de la siguiente manera 0 / 3. Si hubiera perdido *menos de* media jornada, no incluya ese día en el cómputo total. Al igual que en preguntas anteriores, el término “trabajo” se puede sustituir por el de “clase” según sea apropiado.

DOMINIO 6: PARTICIPACIÓN EN LA SOCIEDAD

Este último dominio representa un cambio en el modo de preguntar empleado en los primeros cinco áreas. En esta área, se pide al entrevistado que considere de qué manera *otras personas* y el entorno dificultan su participación en la sociedad que les rodea. En esta área, el entrevistado no informa de sus limitaciones en la actividad, sino más bien de las restricciones que vive y le son impuestas por la gente, las leyes y otros aspectos del entorno en el que se desenvuelve. A la hora de leer la introducción a esta área, es muy importante que se enfatice en las frases subrayadas, para ayudar al entrevistado a cambiar de esquema mental y a entender lo que se le pregunta. El entrevistado deberá entender que el énfasis de estas preguntas no está en sus propias dificultades, sino que está en los problemas surgidos a causa de la sociedad en la que vive. Así mismo, se plantearán preguntas en relación al impacto de la “condición de salud”.

El entrevistador deberá tener en cuenta que en la introducción a esta área se habrá de recordar al entrevistado que esta entrevista se centra en los últimos 30 días. El área 6, sin embargo, no se presta tan fácilmente a un intervalo de tiempo tan limitado, si bien se pedirá al entrevistado que intente permanecer centrado en el periodo de referencia de 30 días.

Especificaciones para cada Pregunta

- D6.1 ¿En qué medida ha tenido problemas para participar, al mismo nivel que el resto de las personas, en actividades de la comunidad (por ejemplo, fiestas, actividades religiosas u otras actividades)?**

Se podrán usar estos y otros ejemplos de actividades de la comunidad para clarificar la pregunta, como por ejemplo la asistencia a reuniones, actividades locales, del vecindario o la comunidad relacionadas con el ocio y el deporte. El aspecto que se debe enfatizar en este ítem es si se le facilita al entrevistado la participación en estas actividades o si por el contrario ésta se ve inhibida por diversos factores del entorno.

- D6.2 ¿En qué medida ha tenido problemas debido a barreras u obstáculos existentes en su entorno (alrededor)?**

El propósito de esta pregunta es determinar cuántos obstáculos se han interpuesto en la actividad del entrevistado a la hora de lograr sus aspiraciones y planes de la misma manera que el resto de las personas. El concepto clave aquí es la interferencia *externa* creada por el entorno u otras personas que el entrevistado ha tenido que afrontar. Las barreras podrían ser físicas, como la falta de rampas para entrar en la iglesia, o sociales, como las leyes que discriminan contra las personas con discapacidades y/o las actitudes negativas de la gente que crea las barreras.

- D6.3 ¿En qué medida ha tenido problemas para vivir con dignidad debido a las actitudes y acciones de otras personas?**

El entrevistado deberá considerar problemas que haya tenido a la hora de vivir dignamente y orgulloso de quien es, de lo que hace y/o de cómo vive su vida.

- D6.4 ¿Cuánto tiempo ha dedicado a su “condición de salud” o a las consecuencias de la misma?**

Esta pregunta trata de obtener una puntuación o idea global de la proporción de tiempo en esos 30 últimos días que el entrevistado dedica a afrontar algún aspecto de su “con-

dición de salud”. Puede abarcar el tiempo empleado en visitas al centro de tratamiento, el tiempo gastado en afrontar aspectos financieros relacionados con la “condición de salud”, como pagar facturas, rembolsar los beneficios del seguro, tiempo empleado en obtener información sobre su “condición de salud”, o educando a otros a cerca de ella, etc.

D6.5 ¿Cuánto le ha afectado emocionalmente su “condición de salud”?

Esta pregunta se refiere al grado de impacto emocional experimentado por el entrevistado debido a su “condición de salud”. Entre las emociones exploradas pueden incluirse ira, pesar, arrepentimiento, agradecimiento, aprecio o cualquier otra emoción positiva o negativa.

D6.6 ¿Qué repercusión económica ha tenido para usted o para su familia su “condición de salud”?

El concepto de familia se entiende aquí en un sentido muy amplio, de tal manera que incluye a los familiares pero también a todos aquéllos con los que el entrevistado no tiene lazos familiares pero se les considere de la familia, incluyendo a quienes puedan estar compartiendo aspectos económicos de la “condición de salud”. El énfasis de esta pregunta radica en el detrimento de los ahorros personales o de los ingresos actuales para satisfacer las necesidades creadas por la “condición de salud”. Si un entrevistado hubiera sufrido una importante repercusión económica pero no así su familia, o viceversa, deberá responder a la pregunta basándose en la carga experimentada por la parte que económicamente se ha visto más afectada.

D6.7 ¿En qué medida sus problemas de salud han supuesto un problema para su familia?

El énfasis se centra aquí en los problemas derivados de la interacción de la "condición de salud" con el entorno en el que vive la persona. La pregunta persigue obtener información sobre los problemas que sobrelleva la familia y que pueden incluir problemas económicos, emocionales, físicos, etc. Téngase en cuenta la definición de familia dada en D6.6.

D6.8 ¿En qué medida ha tenido problemas para realizar por sí mismo/a cosas encaminadas a relajarse o disfrutar?

El entrevistado deberá considerar actividades de ocio en las que esté interesado/a y a los que actualmente aspira o le gustaría poder aspirar pero no puede, debido a su "condición de salud" y a las restricciones impuestas por la sociedad. Ejemplos que se podrían incluir son: que el entrevistado deseara leer pero se viera restringido porque la biblioteca local no tiene libros impresos en una edición aumentada para su uso por personas con problemas de visión, o que el entrevistado disfrutara viendo películas de vídeo pero no pudiera porque no disponen de subtítulos para sordos. Se deberá facilitar una puntuación global de los problemas encontrados.

Una vez revisada esta sección 4 y cada uno de los dominios que la componen, haremos referencia a las denominas ***Preguntas de Exploración*** para los dominios que ya se han mencionado anteriormente en este capítulo:

Existe una pregunta de exploración idéntica al final de cada dominio. Esta pregunta, identificada como Px.1, se formula únicamente si alguna de las preguntas del área fue contestada con una respuesta mayor que "1" en la escala de respuesta de cinco puntos. Tal y como se indica en las instrucciones si ninguna de las preguntas del dominio recibiera una respuesta mayor que uno, la pregunta de exploración de esa área se omitirá.

El entrevistador observará que hay una segunda pregunta de exploración sólo en el domino 6, señalada como P6.2. Más adelante se detallarán las especificaciones pertinentes para esta pregunta.

La especificación para cada pregunta Px.1 es aplicable para la misma pregunta de exploración después de cada dominio.

Especificaciones para cada Pregunta

Px.1 ¿Cuánto han interferido estas dificultades con su vida?

Al evaluar la “interferencia” con su vida, el entrevistado deberá considerar el grado de entorpecimiento que las dificultades mencionadas le suponen en su vida. Para algunos entrevistados, esto se relacionará con el grado de importancia que atribuya a estas actividades, o puede estar relacionado con el grado en que las limitaciones de actividad se ven reducidas por el uso de dispositivos de ayuda o asistencia personal. La pregunta persigue generar una puntuación global sobre cómo de problemáticas resultan para el entrevistado las actividades de la vida diaria.

Px.2 En los últimos 30 días, ¿Durante cuántos días ha tenido estas dificultades?

Tal y como se ha señalado anteriormente, esta segunda pregunta de exploración se encuentra sólo al final del área 6. El entrevistador deberá advertir que, en lugar de hacerlo después de cada pregunta, en esta área sólo se pregunta una vez el nivel de dificultad experimentado, lo cual se lleva a cabo con esta pregunta de exploración. De esta manera, se obtiene un único cómputo general de los días en los que se experimentó algún tipo de problema en la Participación en Sociedad.

Finalmente, señalar que el objetivo de este capítulo, es el de facilitar información adicional respecto a qué es lo que se pretende con cada pregunta del WHO-DAS II. El entrevistador deberá hacer uso de esta información para su propio entrenamiento en el uso de la entrevista, así como para cuando el entrevistado pida algún tipo de aclaración respecto a preguntas concretas, absteniéndose así de ofrecer sus propias interpretaciones.

9 WHO-DAS II: Descripción de los sistemas de codificación

9.1 Introducción

El propósito de este apartado es fijar las normas generales para la obtención de las puntuaciones derivadas de la implementación del WHO-DAS II, a personas en una determinada condición de salud para lograr determinar su nivel de discapacidad.

A través de la presente monografía, hemos dado a conocer el instrumento, las secciones y dominios que lo componen, y hemos revisado exhaustivamente tanto los ítems que lo conforman como el sistema de evaluación ofrecido para cada uno de ellos. Por ello, es ahora el momento de abordar todo lo que se refiere al manejo de las puntuaciones obtenidas a través de la implementación del instrumento.

El adecuado manejo de las puntuaciones, nos ofrece por un lado la posibilidad de obtener un perfil de discapacidad del individuo conociendo las puntuaciones parciales de cada uno de los dominios; y por otro lado la elaboración de una puntuación total de los 6 dominios, ofreciéndonos así una visión global del nivel de discapacidad presentado por la persona evaluada.

Hemos visto en el capítulo referente a la descripción del instrumento, cual es el sistema de evaluación que el WHO-DAS II nos ofrece para valorar la presencia de dificultades en cada uno de las actividades propuestas por el instrumento. Recordamos por tanto que la evaluación se realiza de acuerdo a la siguiente escala:

- Ninguna dificultad: puntuación de 1
- Leve dificultad: puntuación de 2
- Moderada dificultad: puntuación de 3
- Severa dificultad: puntuación de 4
- Extrema dificultad /No puede hacerlo: puntuación de 5

Hemos señalado también en capítulos anteriores, como para la asignación de puntuaciones, contamos con la ayuda de la Tarjeta #2 que contiene la escala de respuesta usada para todas las preguntas. El entrevistado puede señalar su respuesta con el dedo, o bien puede facilitar respuestas verbales. Aunque el entrevistado puede dar las respuestas usando los números de la escala, se

prefiere el uso de las palabras, es por esto que se hace hincapié en que las tarjetas permanezcan permanentemente visibles para el entrevistado a lo largo de toda la entrevista.

Además de la evaluación mediante la escala anteriormente mencionada, el WHO-DAS II ofrece la posibilidad de codificar en cada uno de los ítems que componen cada dominio, el número de días en los que la dificultad expresada está presente. Este es el momento de señalar que en el momento actual, esta información relativa al número de días NO se está incluida en el proceso de obtención de las puntuaciones. Se deja a elección del usuario la inclusión o no de esta información en la base de datos.

Tampoco las preguntas denominas *Preguntas de Exploración* para los dominios que ya se han mencionado anteriormente y que recordemos se formulan únicamente si alguna de las preguntas del área fue contestada con una respuesta mayor que “1”, entran a formar parte, por el momento, de la elaboración de las puntuaciones del WHO-DAS II. Su inclusión o no en la base de datos, se deja de nuevo a elección del usuario.

9.2 Manejo de los datos

9.2.1 Datos generales

Una vez hayamos implementado la o las entrevistas, debemos elaborar una base de datos en SPSS (SPSS Inc., 2003) que contenga todas las variables (ítems) que componen el WHO-DAS II.

Las variables de identificación del entrevistador y del paciente y las variables sociodemográficas que aparecen en las primeras secciones del WHO-DAS II, se recogerán tal y como aparecen en el instrumento. Serán variables valiosas para organizar nuestra base de datos y por supuesto a la hora de analizar las características de la muestra que compongan bien nuestro estudio, bien nuestro registro de casos particular o cualquiera que sea la modalidad de trabajo que vayamos a realizar.

Ítems de la Sección 4

Nos centraremos ahora en exponer, el manejo de las variables relativas la Sección 4 (Revisión de Áreas) que son las que realmente van a configurar las puntuaciones del WHO-DAS II. Dichas variables, compuestas por los ítems de los 6 dominios de exploración que componen el WHO-DAS II, van a requerir un tratamiento especial basado en recodificaciones y ponderaciones, que

han de ser ejecutadas bajo un protocolo especial, diseñado y estandarizado por los expertos en el WHO-DAS II de la Organización Mundial de la Salud.

Primera Fase: Ponderación de Ítems

Cuando se inicie el proceso de generación de la base de datos, una de las recomendaciones principales a nivel práctico, es respetar la nomenclatura de los ítems de los 6 dominios, tal y como aparecen en el instrumento D1_1, D1_2 etc. sustituyendo el punto por un guión bajo. Como veremos más adelante, en esta monografía se aporta la sintaxis de SPSS elaborada por los expertos de la Organización Mundial de la Salud y si se respeta dicha nomenclatura, el trabajo de recodificación y ponderación de ítems que es preciso realizar, será más sencillo.

En primera instancia, los datos son sometidos a un proceso de recodificación dirigido a ponderar las variables. A través de este proceso, los valores recogidos durante la implementación de la entrevista son modificados en los siguientes términos:

RECODE

D1_1

(1=0) (2=1) (3=2) (4=3) (5=4) INTO D11.

RECODE

D1_2

(1=0) (2=1) (3=2) (4=3) (5=4) INTO D12.

RECODE

D1_3

(1=0) (2=1) (3=2) (4=3) (5=4) INTO D13.

RECODE

D1_4

(1=0) (2=1) (3=2) (4=3) (5=4) INTO D14.

...y así sucesivamente con todos los ítems

Para aquellas personas que no manejen el SPSS, podemos decir que se trata de una reconversión a través de la cual los valores recogidos como 1 (ninguna dificultad), son transformados en valor 0, los valores recogidos como 2 (dificultad leve) son transformados en valor 1, los valores recogidos como 3 (dificultad moderada) son transformados en valor 2, los valores recogidos como 4 (dificultad severa) son transformados en valor 3 y finalmente los valores recogidos como 5 (dificultad extrema/no puede hacerlo) son transformados en valor 4.

Esto es básicamente así a lo largo de todos los ítems del WHO-DAS II, salvo una serie de ellos en concreto los ítems que se detallan a continuación:

Dominio 1: D1.5; D1.6

Dominio 2: D2.2; D2.3

Dominio 3: D3.1; D3.3; D3.4

Dominio 4: D4.1; D4.2; D4.3; D4.5

Dominio 5: D5.2; D5.3; D5.5; D5.8

Dominio 6: D6.1; D6.3; D6.6; D6.8

Estos ítems, sufren una ponderación diferente, en virtud de la cual los valores recogidos como 1 (ninguna dificultad) son transformados en valor 0, los valores recogidos como 2 (dificultad leve) y 3 (dificultad moderada) son transformados en valor 1 y los valores recogidos como 4 (dificultad severa) y 5 (dificultad extrema/no puede hacerlo) son transformados en valor 2.

De esta recodificación, se deduce que se trata de unos ítems a los que, por diferentes razones, se ha decidido dar un menor peso a la hora del cálculo de las puntuaciones globales.

La sintaxis de SPSS relativa a estas variables concretas sería:

```
RECODE
```

```
  D1_5
```

```
  (1=0) (2=1) (3=1) (4=2) (5=2) INTO D15.
```

```
RECODE
```

```
  D1_6
```

```
  (1=0) (2=1) (3=1) (4=2) (5=2) INTO D16.
```

...y así sucesivamente con todos los ítems señalados

Finalizado este proceso, habremos generado 36 nuevas variables relativas a la Sección 4, ponderadas y con una nueva nomenclatura D11, D12, D13...por ello, fácilmente diferenciables de las variables originales D1_1; D1_2; D1_3.

Segunda Fase: Elaboración de puntuaciones parciales

Una vez realizado el proceso inicial de recodificación y ponderación, podremos entonces pasar a la siguiente fase que irá dirigida a la obtención de puntuaciones parciales para cada uno de los

dominios que componen el WHO-DAS II. De nuevo aportamos el modelo de sintaxis de SPSS propuesto, que muestra el modelo de ejecución de dicha fase.

compute Do1 = (D11+D12+D13+D14+D15+D16)*100/20.

compute Do2 = (D21+D22+D23+D24+D25)*100/16.

compute Do3 = (D31+D32+D33+D34)*100/10.

compute Do4 = (D41+D42+D43+D44+D45)*100/12.

compute Do51 = (D52+D53+D54+D55)*100/10.

compute Do52 = (D58+D59+D10+D11)*100/14.

compute Do6 = (D61+D62+D63+D64+D65+D66+D67+D68)*100/24.

Cada uno de los ítems de cada Dominio, integran un sumatorio que dará como resultado una puntuación para el Dominio 1 (Do1), otra para el Dominio 2 (Do2) y así sucesivamente con el total de los 6 Dominios.

En la sintaxis de SPSS presentada, vemos como además de obtener puntuaciones para cada uno de los dominios a través del mencionado sumatorio, el resultado de este es sometido a un proceso matemático a través del cual se realiza la reconversión de estas puntuaciones a una escala 0-100. Esta operación consiste en la suma de los ítems de cada dominio, multiplicada por 100 y dividida entre la puntuación máxima posible para el dominio. Mediante la aplicación de esta metodología, obtenemos una puntuación para cada dominio en una nueva escala de 0 a 100. Este sistema facilita las comparaciones entre las puntuaciones obtenidas de la aplicación del WHO-DAS II con las obtenidas a través de otros instrumentos (SF-36, London Handicap Sale, etc.).

Debemos destacar en este punto otro de los aspectos clave a tener en cuenta cuando se realice la elaboración de puntuaciones. Recordamos como el Dominio 5 del WHO-DAS II “Actividades de la vida diaria”, hace referencia a todo lo que tiene que ver con el desempeño del trabajo diario. En una primera parte (ítems (D52, D5.3; D5.4; D5.5) se explora el desempeño del trabajo o tareas domésticas y en la segunda parte (ítems D5.8; D5.9; D5.10 y D5.11) se evalúa el desempeño de un trabajo remunerado. Así, esta segunda parte del Dominio 5, estará tan solo evaluada en aquellas personas que lleven a cabo un trabajo fuera de casa y por lo tanto dichos ítems no serán cumplimentados en personas como amas de casa, jubilados, parados, etc.

Esto hace a nivel práctico, que el Dominio 5 sea desdoblado en dos Sub-Dominios (Do51 y Do52). Es por ello que tendremos personas cuyo perfil de discapacidad según el WHO-DAS II,

esté compuesto por los seis dominios completos (aquellas que realicen un trabajo remunerado) y personas cuyo perfil este conformado por todos los dominios excluyendo el sub-dominio Do52 (aquellas que no tengan un empleo remunerado).

Tercera Fase: Elaboración de puntuaciones totales

A continuación pasamos a especificar como se obtienen las puntuaciones globales del WHO-DAS II.

Debido a las ya mencionadas características especiales del Dominio 5, mediante la aplicación del WHO-DAS II, podremos obtener dos Puntuaciones Globales, una para las personas que realizan un trabajo remunerado, en la que contaremos con información relativa a 36 ítems y otra para aquellas personas que tan solo realicen actividades domésticas en cuyo caso solo 32 ítems entrarán a formar parte del cómputo total.

A continuación, aportamos los dos posibles modelos de sintaxis de SPSS para la ejecución de dicha fase:

SINTAXIS PARA LA OBTENCIÓN DE PUNTUACIONES GLOBALES EN PERSONAS QUE REALIZAN UN TRABAJO REMUNERADO

Compute

$$st_s36=(D11+D12+D13+D14+D15+D16+D21+D22+D23+D24+D25+D31+D32+D33+D34+D41+D42+D43+D44+D45+D52+D53+D54+D55+D58+D59+D510+D511+D61+D62+D63+D64+D65+D66+D67+D68) *100/106.$$

SINTAXIS PARA LA OBTENCIÓN DE PUNTUACIONES GLOBALES EN PERSONAS QUE NO REALIZAN UN TRABAJO REMUNERADO

Compute

$$st_s32=(D11+D12+D13+D14+D15+D16+D21+D22+D23+D24+D25+D31+D32+D33+D34+D41+D42+D43+D44+D45+D52+D53+D54+D55+D61+D62+D63+D64+D65+D66+D67+D68) *100/92.$$

Queda claro como la clave para diferenciar ambas puntuaciones está en la inclusión o no en el cómputo total, de los ítems D58; D59; D510 y D511 relativos al desempeño de un trabajo remunerado.

nerado. Serán los usuarios, los que según las características de la persona a evaluar (Ama de casa, trabajador asalariado, jubilado...) decidan que puntuación deberán generar en cada caso.

Podemos ver como el protocolo para la obtención de las Puntuaciones Globales es similar a la aportada para las puntuaciones de los Dominios y que se trata de un sumatorio de los ítems previamente ponderados así como de su conversión a escala 0-100 mediante el mismo sistema matemático descrito anteriormente.

9.2.2 Sintaxis de SPSS

Una vez desglosados los pasos necesarios para la obtención de puntuaciones, a continuación se adjuntan las sintaxis de SPSS completas para cada una de las fases.

Como ya se ha mencionado, se trata de un desarrollo realizado por los técnicos de la Organización Mundial de la Salud y que está siendo utilizado por todos los grupos que trabajan con el WHO-DAS II. Es por ello que se precisa trabajar bajo estas normas protocolizadas, para poder generar unas puntuaciones estandarizadas del instrumento que permitan posibles comparaciones entre todos los trabajos realizados.

Señalar, tanto para las personas que habitualmente trabajan con el SPSS como para las que no conozcan el programa en profundidad, la necesidad de extremar el cuidado en la denominación de cada una de las variables para no cometer errores a la hora de ejecutar los procesos de ponderación y recodificación así como en el trabajo final de producción de puntuaciones parciales y globales. Sutiles diferencias de nomenclatura o de inclusión de ítems modificarán las puntuaciones haciendo que arrastremos errores difícilmente detectables en los posteriores análisis.

SINTAXIS PARA LA OBTENCIÓN DE PUNTUACIONES PARCIALES Y GLOBALES EN PERSONAS QUE REALIZAN UN TRABAJO REMUNERADO

RECODE

D1_1

(1=0) (2=1) (3=2) (4=3) (5=4) INTO D11.

RECODE

D1_2

(1=0) (2=1) (3=2) (4=3) (5=4) INTO D12.

RECODE

D1_3

```

(1=0) (2=1) (3=2) (4=3) (5=4) INTO D13.
RECODE
D1_4
(1=0) (2=1) (3=2) (4=3) (5=4) INTO D14.
RECODE
D1_5
(1=0) (2=1) (3=1) (4=2) (5=2) INTO D15.
RECODE
D1_6
(1=0) (2=1) (3=1) (4=2) (5=2) INTO D16.
RECODE
D2_1
(1=0) (2=1) (3=2) (4=3) (5=4) INTO D21.
RECODE
D2_2
(1=0) (2=1) (3=1) (4=2) (5=2) INTO D22.
RECODE
D2_3
(1=0) (2=1) (3=1) (4=2) (5=2) INTO D23.
RECODE
D2_4
(1=0) (2=1) (3=2) (4=3) (5=4) INTO D24.
RECODE
D2_5
(1=0) (2=1) (3=2) (4=3) (5=4) INTO D25.
RECODE
D3_1
(1=0) (2=1) (3=1) (4=2) (5=2) INTO D31.
RECODE
D3_2
(1=0) (2=1) (3=2) (4=3) (5=4) INTO D32.
RECODE
D3_3
(1=0) (2=1) (3=1) (4=2) (5=2) INTO D33.
RECODE
D3_4
(1=0) (2=1) (3=1) (4=2) (5=2) INTO D34.
RECODE
D4_1
(1=0) (2=1) (3=1) (4=2) (5=2) INTO D41.

```

```
RECODE
  D4_2
  (1=0) (2=1) (3=1) (4=2) (5=2) INTO D42.
RECODE
  D4_3
  (1=0) (2=1) (3=1) (4=2) (5=2) INTO D43.
RECODE
  D4_4
  (1=0) (2=1) (3=2) (4=3) (5=4) INTO D44.
RECODE
  D4_5
  (1=0) (2=1) (3=1) (4=2) (5=2) INTO D45.
RECODE
  D5_2
  (1=0) (2=1) (3=1) (4=2) (5=2) INTO D52.
RECODE
  D5_3
  (1=0) (2=1) (3=1) (4=2) (5=2) INTO D53.
RECODE
  D5_4
  (1=0) (2=1) (3=2) (4=3) (5=4) INTO D54.
RECODE
  D5_5
  (1=0) (2=1) (3=1) (4=2) (5=2) INTO D55.
RECODE
  D6_1
  (1=0) (2=1) (3=1) (4=2) (5=2) INTO D61.
RECODE
  D6_2
  (1=0) (2=1) (3=2) (4=3) (5=4) INTO D62.
RECODE
  D6_3
  (1=0) (2=1) (3=1) (4=2) (5=2) INTO D63.
RECODE
  D6_4
  (1=0) (2=1) (3=2) (4=3) (5=4) INTO D64.
RECODE
  D6_5
  (1=0) (2=1) (3=2) (4=3) (5=4) INTO D65.
RECODE
```

```

D6_6
(1=0) (2=1) (3=1) (4=2) (5=2) INTO D66.
RECODE
D6_7
(1=0) (2=1) (3=2) (4=3) (5=4) INTO D67.
RECODE
D6_8
(1=0) (2=1) (3=1) (4=2) (5=2) INTO D68.
RECODE
D5_8
(1=0) (2=1) (3=1) (4=2) (5=2) INTO D58.
RECODE
D5_9
(1=0) (2=1) (3=2) (4=3) (5=4) INTO D59.
RECODE
D5_10
(1=0) (2=1) (3=2) (4=3) (5=4) INTO D510.
RECODE
D5_11
(1=0) (2=1) (3=2) (4=3) (5=4) INTO D511.

```

```

compute Do1 = (D11+D12+D13+D14+D15+D16)*100/20.
compute Do2 = (D21+D22+D23+D24+D25)*100/16.
compute Do3 = (D31+D32+D33+D34)*100/10.
compute Do4 = (D41+D42+D43+D44+D45)*100/12.
compute Do51 = (D52+D53+D54+D55)*100/10.
compute Do52 = (D58+D59+D10+D11)*100/14.
compute Do6 = (D61+D62+D63+D64+D65+D66+D67+D68)*100/24.

```

```

compute
st_s36=(D11+D12+D13+D14+D15+D16+D21+D22+D23+D24+D25+D31+D32+D33+D34+D41+D42+D4
3+ D44+D45+D52+D53+D54+D55+D58+D59+D510+
D511+D61+D62+D63+D64+D65+D66+D67+D68)*100/106.
execute.

```

SINTAXIS PARA LA OBTENCIÓN DE PUNTUACIONES PARCIALES Y GLOBALES EN PERSONAS QUE NO REALIZAN UN TRABAJO REMUNERADO

```

RECODE
  D1_1
  (1=0) (2=1) (3=2) (4=3) (5=4) INTO D11.
RECODE
  D1_2
  (1=0) (2=1) (3=2) (4=3) (5=4) INTO D12.
RECODE
  D1_3
  (1=0) (2=1) (3=2) (4=3) (5=4) INTO D13.
RECODE
  D1_4
  (1=0) (2=1) (3=2) (4=3) (5=4) INTO D14.
RECODE
  D1_5
  (1=0) (2=1) (3=1) (4=2) (5=2) INTO D15.
RECODE
  D1_6
  (1=0) (2=1) (3=1) (4=2) (5=2) INTO D16.
RECODE
  D2_1
  (1=0) (2=1) (3=2) (4=3) (5=4) INTO D21.
RECODE
  D2_2
  (1=0) (2=1) (3=1) (4=2) (5=2) INTO D22.
RECODE
  D2_3
  (1=0) (2=1) (3=1) (4=2) (5=2) INTO D23.
RECODE
  D2_4
  (1=0) (2=1) (3=2) (4=3) (5=4) INTO D24.
RECODE
  D2_5
  (1=0) (2=1) (3=2) (4=3) (5=4) INTO D25.
RECODE
  D3_1
  (1=0) (2=1) (3=1) (4=2) (5=2) INTO D31.
RECODE
  D3_2
  (1=0) (2=1) (3=2) (4=3) (5=4) INTO D32.
RECODE

```

```

D3_3
(1=0) (2=1) (3=1) (4=2) (5=2) INTO D33.
RECODE
D3_4
(1=0) (2=1) (3=1) (4=2) (5=2) INTO D34.
RECODE
D4_1
(1=0) (2=1) (3=1) (4=2) (5=2) INTO D41.
RECODE
D4_2
(1=0) (2=1) (3=1) (4=2) (5=2) INTO D42.
RECODE
D4_3
(1=0) (2=1) (3=1) (4=2) (5=2) INTO D43.
RECODE
D4_4
(1=0) (2=1) (3=2) (4=3) (5=4) INTO D44.
RECODE
D4_5
(1=0) (2=1) (3=1) (4=2) (5=2) INTO D45.
RECODE
D5_2
(1=0) (2=1) (3=1) (4=2) (5=2) INTO D52.
RECODE
D5_3
(1=0) (2=1) (3=1) (4=2) (5=2) INTO D53.
RECODE
D5_4
(1=0) (2=1) (3=2) (4=3) (5=4) INTO D54.
RECODE
D5_5
(1=0) (2=1) (3=1) (4=2) (5=2) INTO D55.
RECODE
D6_1
(1=0) (2=1) (3=1) (4=2) (5=2) INTO D61.
RECODE
D6_2
(1=0) (2=1) (3=2) (4=3) (5=4) INTO D62.
RECODE
D6_3

```

(1=0) (2=1) (3=1) (4=2) (5=2) INTO D63.

RECODE

D6_4

(1=0) (2=1) (3=2) (4=3) (5=4) INTO D64.

RECODE

D6_5

(1=0) (2=1) (3=2) (4=3) (5=4) INTO D65.

RECODE

D6_6

(1=0) (2=1) (3=1) (4=2) (5=2) INTO D66.

RECODE

D6_7

(1=0) (2=1) (3=2) (4=3) (5=4) INTO D67.

RECODE

D6_8

(1=0) (2=1) (3=1) (4=2) (5=2) INTO D68.

Compute Do1 = (D11+D12+D13+D14+D15+D16)*100/20.

compute Do2 = (D21+D22+D23+D24+D25)*100/16.

compute Do3 = (D31+D32+D33+D34)*100/10.

compute Do4 = (D41+D42+D43+D44+D45)*100/12.

compute Do51 = (D52+D53+D54+D55)*100/10.

compute Do6 = (D61+D62+D63+D64+D65+D66+D67+D68)*100/24.

execute.

compute

st_s32=(D11+D12+D13+D14+D15+D16+D21+D22+D23+D24+D25+D31+D32+D33+D34+D41+D42+D43+D44+D45+D52+D53+D54+D55+D61+D62+D63+D64+D65+D66+D67+D68)*100/92.

execute.

10 Bibliografía

En este capítulo aportamos tanto la bibliografía relativa a la elaboración de esta monografía, como una serie adicional de artículos relevantes publicados sobre el WHO-DAS II.

10.1 Bibliografía relativa a la Monografía

Development of the World Health Organization WHOQOL-BREF quality of life assessment. The WHOQOL Group (1998a). *Psychological Medicine*, 28, 551-558.

The World Health Organization Quality of Life Assessment (WHOQOL): development and general psychometric properties (1998b). *Social Science and Medicine*, 46, 1569-1585.

Alonso, J., Prieto, L., & Anto, J. M. (1995). [The Spanish version of the SF-36 Health Survey (the SF-36 health questionnaire): an instrument for measuring clinical results]. *Med.Clin.(Barc.)*, 104, 771-776.

American Psychiatric Association (1987). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders. 3rd edition revised (DSM-III-R)*. Whashington, DC.

American Psychiatric Association (1994). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders. 4rd edition revised (DSM-IV)*. Whashington, DC.

Ardoin, M. P., Faccincani, C., Galati, M., Gavioli, I., & Mignolli, G. (1991). Inter-rater reliability of the Disability Assessment Schedule (DAS, version II). An Italian study. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 26, 147-150.

Ayuso-Mateos, J. L., Lasa, L., Vazquez-Barquero, J. L., Oviedo, A., & Díez-Manrique, J. F. (1999). Measuring health status in psychiatric community surveys: internal and external validity of the Spanish version of the SF-36. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 99, 26-32.

Ayuso-Mateos, J. L., Nieto Moreno, M., & Vázquez-Barquero, J. L. La Clasificación Internacional del Funcionamiento, de la Discapacidad y de la Salud (CIF): aplicabilidad y utilidad en la práctica clínica. *Medicina Clinica*, (in press).

Bech, P., Malt, U. F., Dencker, S. J., Ahlfors, U. G., Elgen, K., Lewander, T. et al. (1993). Scales for assessment of diagnosis and severity of mental disorders. *Acta Psychiatrica Scandinavica.Supplementum*, 87, 7-86.

Brandsma, J. W., Lakerveld-Heyl, K., Van Ravensberg, C. D., & Heerkens, Y. F. (1995). Reflection on the definition of impairment and disability as defined by the World Health Organization. *Disability and Rehabilitation*, 17, 119-127.

- Bullinger, M. (1993). Indices versus profiles - advantages and disadvantages. In S.R.Walker & R. M. Rosser (Eds.), *Quality of life Assessment: Key issues in the 1990s* (pp. 209-220). Dordrecht: Kluwer Academic.
- Bullinger, M. (1994). Ensuring international equivalence of quality of life measures: problems and approaches to solutions. In J.Orley & W. Kuyken (Eds.), *Quality of Life Assessment: International Perspectives* (pp. 33-40). Berlin: Springer Verlag.
- de Jong, A., Giel, R., Slooff, C. J., & Wiersma, D. (1985). Social disability and outcome in schizophrenic patients. *British Journal of Psychiatry*, 147, 631-636.
- Dohrenwend, B. S., Dohrenwend, B. P., Link, B., & Levav, I. (1983). Social functioning of psychiatric patients in contrast with community cases in the general population. *Archives of General Psychiatry*, 40, 1174-1182.
- Dworkin, R. J., Friedman, L. C., Telschow, R. L., Grant, K. D., Moffic, H. S., & Sloan, V. J. (1990). The longitudinal use of the Global Assessment Scale in multiple-rater situations. *Community Mental Health Journal*, 26, 335-344.
- Edwards, D. W., Yarvis, R. M., Mueller, D. P., & Langsley, D. G. (1978). Does patient satisfaction correlate with succes? *Hospital and Community Psychiatry*, 29, 188-190.
- Endicott, J., Spitzer, R. L., Fleiss, J. L., & Cohen, J. (1976). The global assessment scale. A procedure for measuring overall severity of psychiatric disturbance. *Archives of General Psychiatry*, 33, 766-771.
- Gaite, L., Ramírez, N., Herrera, S., & Vázquez-Barquero, J. L. (1997). Traducción y adaptación transcultural de instrumentos de evaluación en Psiquiatría: aspectos metodológicos. *Archivos de Neurobiologia*, 60, 91-111.
- Gaite, L., Vazquez-Barquero, J. L., Herran, A., Thornicroft, G., Becker, T., Sierra-Biddle, D. et al. (2005). Main determinants of Global Assessment of Functioning score in schizophrenia: a European multicenter study. *Comprehensive Psychiatry*, 46, 440-446.
- Goldman, H. H., Skodol, A. E., & Lave, T. R. (1992). Revising axis V for DSM-IV: a review of measures of social functioning. *American Journal of Psychiatry*, 149, 1148-1156.
- González, M. P., Bousoño, M., Sáiz, P. A., González-Quirós, M., Herreros, O., & Vega, M. A. (1995). Evaluación de la calidad de vida en la esquizofrenia. In J.Bobes, M. P. González, & M. Bousoño (Eds.), *Calidad de vida en las esquizofrenias* (pp. 19-57). Barcelona: Prous Editores.
- Gray, D. B. & Hendershot, G. E. (2000). The ICIDH-2: developments for a new era of outcomes research. *Archives of Physical Medicine and Rehabilitation*, 81, S10-S14.
- Guyatt, G. H., Feeny, D. H., & Patrick, D. L. (1993). Measuring health-related quality of life. *Annals of Internal Medicine*, 118, 622-629.

- Harwood, R. H. & Ebrahim, S. (1995). *Manual of the London Handicap Scale*. Nottingham: Department of Health Care of the Elderly, University of Nottingham.
- 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*, 3, 11-16.
- Heerkens, Y. F., Van Ravensberg, C. D., & Brandsma, J. W. (1995). The need for revision of the ICIDH: an example--problems in gait. *Disability and Rehabilitation*, 17, 184-194.
- Hogarty, G. E. & Katz, M. M. (1971). Norms of adjustment and social behavior. *Archives of General Psychiatry*, 25, 470-480.
- Holmes, N., Shah, A., & Wing, L. (1982). The Disability Assessment Schedule: a brief screening device for use with the mentally retarded. *Psychological Medicine*, 12, 879-890.
- Jablensky, A., Schwarz, R., & Tomov, T. (1980). WHO collaborative study on impairments and disabilities associated with schizophrenic disorders. A preliminary communication: objectives and methods. *Acta Psychiatrica Scandinavica. Supplementum*, 62, 152-163.
- Janca, A., Kastrup, M., Katschnig, H., Lopez-Ibor, J. J., Jr., Mezzich, J. E., & Sartorius, N. (1996). The World Health Organization Short Disability Assessment Schedule (WHO DAS-S): a tool for the assessment of difficulties in selected areas of functioning of patients with mental disorders. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 31, 349-354.
- Katz, M. & Lyerly, S. (1963). Methods of measuring adjustment and social behavior in the community. I. Rationale, description and discriminative validity. *Psychological Reports*, 13, 503-535.
- Katz, S. & Akpom, C. A. (1976). Index of ADL. *Medical Care*, 14, 116-118.
- Lawton, M. P., Moss, M., Fulcomer, M., & Kleban, M. H. (1982). A research and service oriented multilevel assessment instrument. *Journal of Gerontology*, 37, 91-99.
- Leon, A. C., Shear, M. K., Portera, L., & Klerman, G. L. (1992). Assessing impairment in patients with panic disorder: the Sheehan Disability Scale. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 27, 78-82.
- Luborsky, L. (1962). Clinician's judgments of mental health. *Archives of General Psychiatry*, 7, 407-417.
- Luborsky, L. & Bachrach, H. (1974). Factors influencing clinician's judgments of mental health. Eighteen experiences with the Health-Sickness Rating Scale. *Archives of General Psychiatry*, 31, 292-299.

- Lucas Carrasco, R. (1998). *Versión española del WHOQOL*. Madrid: Ediciones Ergón.
- Mañá, S., Ivorra, J., & Girón, M. (1998). Adaptación y fiabilidad de la entrevista para la evaluación de la discapacidad social en pacientes psiquiátricos (OMS). *Rev Psiquiatría Fac Med Barna*, 25, 43-48.
- McCabe, C. J., Thomas, K. J., Brazier, J. E., & Coleman, P. (1996). Measuring the mental health status of a population: a comparison of the GHQ-12 and the SF-36 (MHI-5). *British Journal of Psychiatry*, 169, 516-521.
- Montero, I., Bonet, A., Puche, E., & Gómez-Beneyto, M. (1988). Adaptación española del DAS II (Disability Assessment Schedule). *Psiquis*, 175, 17-22.
- Organización Mundial de la Salud (1983). *Clasificación Internacional de Deficiencias, Discapacidades y Minusvalías. Manual de clasificación de las consecuencias de la enfermedad*. Madrid: Instituto de Nacional de Servicios Sociales, INSERSO.
- Organización Mundial de la Salud (2001). *Clasificación Internacional del Funcionamiento, de la Discapacidad y de la Salud (CIF)*. Madrid: Instituto de Migraciones y Servicios Sociales, IMSERSO.
- Orley, J., Saxena, S., & Herrman, H. (1998). Quality of life and mental illness. Reflections from the perspective of the WHOQOL. *British Journal of Psychiatry*, 172, 291-293.
- Patrick, D. L. & Deyo, R. A. (1989). Generic and disease-specific measures in assessing health status and quality of life. *Medical Care*, 27, S217-S232.
- Paykel, E. S. (1972). Correlates of a depressive typology. *Archives of General Psychiatry*, 27, 203-210.
- Phelan, M., Wykes, T., & Goldman, H. (1994). Global function scales. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 29, 205-211.
- Platt, S., Weyman, A., Hirsch, S., & Hewert, S. (1980). The social behaviour assessment schedule (SBAS): rationale, contents, scoring and realibility of a new interview schedule. *Social Psychiatry*, 15, 43-55.
- Ramos Martín-Vegue, A. J., Vázquez-Barquero, J. L., & Herrera Castanedo S. (2002). CIE-10 Introducción. Historia y estructura general. *Papeles Médicos*, 11, 24-35.
- Rosen, A., Hadzi-Pavlovic, D., & Parker, G. (1989). The life skills profile: a measure assessing function and disability in schizophrenia. *Schizophrenia Bulletin*, 15, 325-337.
- Schooler, N., Hogarty, G., & Weissman, M. (1979). Social Adjustment Scale-II (SAS II). In W.Hargreaves, C. Attkisson, & J. Sorenson (Eds.), *Ressource materials for community*

- mental health programs evaluators* (pp. 290-303). Rockville: US Departement of Health, Education and Welfare.
- Sheehan, D. V. (1983). *The anxiety disease*. New York: Scribner.
- SPSS Inc. (2003). *Statistic Package for the Social Sciences for Windows v. 12.0.1* Chicago: SPSS Inc.
- Suurmeijer, T. P., Doeglas, D. M., Moum, T., Briancon, S., Krol, B., Sanderman, R. et al. (1994). The Groningen Activity Restriction Scale for measuring disability: its utility in international comparisons. *American Journal of Public Health*, 84, 1270-1273.
- Taft, C., Karlsson, J., & Sullivan, M. (2001). Do SF-36 summary component scores accurately summarize subscale scores? *Quality of Life Research*, 10, 395-404.
- Uriarte Ituiño, M., Vázquez Barquero, J. L., Herrera Castanedo, S., Vázquez-Bourgón, E., & Grupo Cantabria en Discapacidades (2001). Diferencias lingüísticas en lengua española en el área de las discapacidades: la aplicación de métodos multifásicos interactivos de traducción. *Mapfre Medicina*, 12, 184-197.
- Ustun, B. (1999). WHO-DAS II Field Trials Report 1998. Geneva, World Health Organization.
- Vázquez-Barquero, J. L. (1999). Hispanic language/Culture Network on Disabilities - RHHD (Spain and Spanish speaking countries). In *NewsLetter* (2 ed., pp. 8). WHO Collaborating Centre for the ICIDH in the Netherlands.
- Vázquez-Barquero, J. L., Herrera Castanedo S., & Vazquez Bourgon, E. (1998). *WHO-DAS II linguistic evaluation protocol. Cantabria's report* Informe enviado a la OMS.
- Vázquez-Barquero, J. L., Herrera Castanedo, S., Uriarte Ituiño, M., Lastra Martínez, I., & Vazquez Bourgon E. (2001a). The CAR Study in Spain. In T.B.Ustun, S. Chatterji, J. E. Bickenbach, R. Room, J. Rehm, & S. Saxena (Eds.), *Disability and Culture: Universalism and Diversity* (pp. 203-214). Seattle: Hogrefe & Huber Publishers.
- Vázquez-Barquero, J. L., Herrera Castanedo, S., & Vázquez-Bourgón, E. (2000a). La discapacidad: modelos interpretativos y su influencia en el nuevo sistema de clasificación de discapacidades de la Organización Mundial de la Salud (CIDD-2). *Archivos de Psiquiatría*, 63, 5-20.
- Vázquez-Barquero, J. L., Ramos Martín-Vegue, A. J., Herrera Castanedo, S., & Grupo Cantabria en Discapacidades (2001b). La Familia Internacional de Clasificaciones de la OMS (FIC-OMS): una nueva visión. *Papeles Médicos*, 10, 185-191.
- Vázquez-Barquero, J. L., Uriarte Ituiño, M., & Herrera Castanedo, S. (2000b). Desarrollo de estrategias e instrumentos para la clasificación y evaluación de discapacidades: un Proyecto Multicéntrico de la Organización Mundial de la Salud. *Mapfre Medicina*, 11, 48-63.

- Vazquez-Barquero, J. L., Vazquez Bourgon E., Herrera Castanedo S., Saiz, J., Uriarte, M., Morales, F. et al. (2000). [Spanish version of the new World Health Organization Disability Assessment Schedule II (WHO-DAS-II): initial phase of development and pilot study. Cantabria disability work group]. *Actas Españolas de Psiquiatría*, 28, 77-87.
- Wallace, C. J. (1986). Functional assessment in rehabilitation. *Schizophrenia Bulletin*, 12, 604-630.
- Ware, J. E., Jr. & Sherbourne, C. D. (1992). The MOS 36-item short-form health survey (SF-36). I. Conceptual framework and item selection. *Medical Care*, 30, 473-483.
- Weissman, M. M. (1975). The assessment of social adjustment. A review of techniques. *Archives of General Psychiatry*, 32, 357-365.
- Weissman, M. M. & Bothwell, S. (1976). Assessment of social adjustment by patient self-report. *Archives of General Psychiatry*, 33, 1111-1115.
- Weissman, M. M., Sholomskas, D., & John, K. (1981). The assessment of social adjustment. An update. *Archives of General Psychiatry*, 38, 1250-1258.
- Wiersma, D., DeJong, A., & Ormel, J. (1988). The Groningen Social Disabilities Schedule: development, relationship with I.C.I.D.H., and psychometric properties. *International Journal of Rehabilitation Research*, 11, 213-224.
- Wilson, D., Parsons, J., & Tucker, G. (2000). The SF-36 summary scales: problems and solutions. *Sozial- und Präventivmedizin*, 45, 239-246.
- World Health Organization (1980). *International Classification of Impairments, Disabilities and Handicaps: a manual classification relating to consequences of disease*. Geneva: World Health Organization.
- World Health Organization (1988). *WHO Psychiatric Disability Assessment Schedule (WHO/DAS: With a Guide to Its Use)*. Geneva: World Health Organization.
- World Health Organization (2001). *International Classification of Functioning, Disability and Health*. Geneva: World Health Organization.

10.2 Bibliografía adicional relevante sobre el WHO-DAS II

- Alonso, J., Angermeyer, M. C., Bernert, S., Bruffaerts, R., Brugha, T. S., Bryson, H. et al. (2004). Disability and quality of life impact of mental disorders in Europe: results from the European Study of the Epidemiology of Mental Disorders (ESEMeD) project. *Acta Psychiatrica Scandinavica. Supplementum*, 38-46.

- Cankurtaran, E. S., Ulug, B., Saygi, S., Tiryaki, A., & Akalan, N. (2005). Psychiatric morbidity, quality of life, and disability in mesial temporal lobe epilepsy patients before and after anterior temporal lobectomy. *Epilepsy & Behavior*, 7, 116-122.
- Chamie, M. (1990). The status and use of the International Classification of Impairments, Disabilities and Handicaps (ICIDH). *World Health Statistics Quarterly.Rapport Trimestriel de Statistiques Sanitaires Mondiales*, 43, 273-280.
- Chisolm, T. H., Abrams, H. B., McArdle, R., Wilson, R. H., & Doyle, P. J. (2005). The WHO-DAS II: psychometric properties in the measurement of functional health status in adults with acquired hearing loss. *Trends in amplification*, 9, 111-126.
- Chopra, P. K., Couper, J. W., & Herrman, H. (2004). The assessment of patients with long-term psychotic disorders: application of the WHO Disability Assessment Schedule II. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 38, 753-759.
- Chwastiak, L. A. & Von, K. M. (2003). Disability in depression and back pain: evaluation of the World Health Organization Disability Assessment Schedule (WHO DAS II) in a primary care setting. *Journal of Clinical Epidemiology*, 56, 507-514.
- Ertugrul, A. & Ulug, B. (2004). Perception of stigma among patients with schizophrenia. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 39, 73-77.
- Gallagher, P. & Mulvany, F. (2004). Levels of ability and functioning: using the WHODAS II in an Irish context. *Disability and Rehabilitation*, 26, 506-517.
- Kim, J. M., Stewart, R., Glozier, N., Prince, M., Kim, S. W., Yang, S. J. et al. (2005). Physical health, depression and cognitive function as correlates of disability in an older Korean population. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 20, 160-167.
- McArdle, R., Chisolm, T. H., Abrams, H. B., Wilson, R. H., & Doyle, P. J. (2005). The WHO-DAS II: measuring outcomes of hearing aid intervention for adults. *Trends in amplification*, 9, 127-143.

- McKibbin, C., Patterson, T. L., & Jeste, D. V. (2004). Assessing disability in older patients with schizophrenia: results from the WHODAS-II. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 192, 405-413.
- Norton, J., de, R. G., Benjamins, A., Boulenger, J. P., & Mann, A. (2004). Psychiatric morbidity, disability and service use amongst primary care attenders in France. *European Psychiatry*, 19, 164-167.
- Ustun, B., Chatterji, S., & Kostanjsek, N. (2004). Comments from WHO for the Journal of Rehabilitation Medicine Special Supplement on ICF Core Sets. *Journal of Rehabilitation Medicine*, 7-8.
- Ustun, T. B., Chatterji, S., Bickenbach, J., Kostanjsek, N., & Schneider, M. (2003). The International Classification of Functioning, Disability and Health: a new tool for understanding disability and health. *Disability and Rehabilitation*, 25, 565-571.
- Ustun, T. B., Chatterji, S., Kostansjek, N., & Bickenbach, J. (2003). WHO's ICF and functional status information in health records. *Health Care Financing Review*, 24, 77-88.
- von Korff, M., Katon, W., Lin, E. H., Simon, G., Ludman, E., Oliver, M. et al. (2005). Potentially modifiable factors associated with disability among people with diabetes. *Psychosomatic Medicine*, 67, 233-240.
- Yoon, J. S., Kim, J. M., Shin, I. S., Yang, S. J., Zheng, T. J., & Lee, H. Y. (2004). Development of Korean version of World Health Organization Disability Assessment Schedule II (WHODAS II-K) in Community Dwelling Elders. *Journal of the Korean Neuropsychiatric Association*, 43, 86-92.

11 Agradecimientos

El trabajo ha sido desarrollado en la Unidad de Investigación en Psiquiatría de Cantabria (UIPC), Centro Colaborador de la Organización Mundial de la Salud, del Hospital Universitario “Marqués de Valdecilla” (Santander, Cantabria, España). Dicha Unidad ha participado como centro de referencia para España y resto de países de habla hispana en el proyecto multicéntrico internacional desarrollado por la OMS para el Desarrollo de Sistemas de Clasificación y Evaluación de Discapacidades. Este proyecto ha estado financiado por el Fondo de Investigaciones Sanitarias (FIS) de la Seguridad Social (Exp. N° 99/0551) y por la Unión Europea dentro de la convocatoria Biomed-2 (BMH4-98-3388).

Partes de este proyecto, así como las relacionadas con el desarrollo de la Clasificación Internacional del Funcionamiento, de la Discapacidad y de la Salud (CIF) han estado subvencionadas mediante el Convenio de Colaboración entre el IMSERSO y la Fundación Pública “Marqués de Valdecilla”, y mediante el Convenio de Colaboración suscrito entre la Consejería de Sanidad y Servicios Sociales del Gobierno de Cantabria y la UIPC.

Debemos asimismo agradecer la colaboración de múltiples instituciones locales que de una manera desinteresada han participado en todos los trabajos de desarrollo del WHO-DAS II: AMICA, Centro Hospitalario Padre Menni, Centro Asistencial de Drogodependencias de la Consejería de Sanidad y Servicios Sociales del Gobierno de Cantabria y los Servicios de Neumología y Neurocirugía del Hospital Universitario “Marqués de Valdecilla” y en especial al Servicio de Psiquiatría de dicho hospital.

También debemos agradecer la colaboración técnica para la ejecución de todos los trabajos a los doctores Bedirhan Üstün, Somnath Chatterji, Nenad Konstanjek y Daniel Chisholm, miembros del grupo de “Assessment, Classification and Epidemiology” (AEC) de la Organización Mundial de la Salud.

Finalmente queremos también agradecer a los miembros de la OMS la confianza depositada en nuestro equipo, al encomendarnos la labor de traducción y verificación de las propiedades psicométricas de la versión en lengua española del WHO-DAS II.

12 Apéndices: WHO-DAS II, 36 y 12 ítems

A continuación se incluyen las versiones españolas de 36 y 12 ítems del WHO-DAS II.



ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD

***CUESTIONARIO PARA LA EVALUACIÓN
DE LA DISCAPACIDAD***

WHO-DAS II
Versión en lengua española

Versión de 36 ítems

Este instrumento ha sido desarrollado por el Grupo de Evaluación, Clasificación y Epidemiología de la Organización Mundial de la Salud dentro del marco del proyecto conjunto WHO/NIH sobre la Evaluación y Clasificación de Discapacidades. Los miembros del Grupo de Trabajo Internacional que han contribuido al desarrollo de este instrumento son los siguientes:

<i>Elizabeth Badley</i>	<i>Canadá</i>	<i>Ron Kessler</i>	<i>USA</i>
<i>Karen Ritchie</i>	<i>Francia</i>	<i>Robert Trotter</i>	<i>USA</i>
<i>Srinivasa Murthy</i>	<i>India</i>	<i>Michael Von Korff</i>	<i>USA</i>
<i>Charles Pull</i>	<i>Luxemburgo</i>	<i>Robert Battjes</i>	<i>NIDA</i>
<i>Hans Hoek</i>	<i>Países Bajos</i>	<i>Bennett Fletcher</i>	<i>NIDA</i>
<i>Durk Wiersma</i>	<i>Países Bajos</i>	<i>Bridget Grant</i>	<i>NIAAA</i>
<i>Martin Prince</i>	<i>UK</i>	<i>Cille Kennedy</i>	<i>NIMH</i>

Miembros del equipo de la O.M.S.:

<i>Somnath Chatterji</i>	<i>Jayne Lux</i>	<i>Shekhar Saxena</i>
<i>Patrick Doyle</i>	<i>Christopher Nelson</i>	<i>T.Bedirhan Üstün</i>
<i>JoAnne Epping-Jordan</i>	<i>Jurgen Rehm</i>	
<i>Matilde Leonardi</i>	<i>Ritu Sadana</i>	

Centros participantes en los estudios de campo:

<i>Thomas Kugener</i>	<i>Austria</i>	<i>Hans Hoek</i>	<i>Países Bajos</i>
<i>Krui Kim Hourn</i>	<i>Camboya</i>	<i>Bisi Odejide</i>	<i>Nigeria</i>
<i>Yao Guizhong</i>	<i>China</i>	<i>José Luis Segura García</i>	<i>Perú</i>
<i>Jesús Saíz</i>	<i>Cuba</i>	<i>Radu Vrasti</i>	<i>Rumania</i>
<i>Venos Mavreas</i>	<i>Grecia</i>	<i>José Luis Vázquez Barquero</i>	<i>España</i>
<i>Srinivasa Murthy</i>	<i>India, Bangalore</i>	<i>Adel Chaker</i>	<i>Túnez</i>
<i>Hemraj Pal</i>	<i>India, Delhi</i>	<i>Berna Ulug</i>	<i>Turquía</i>
<i>Ugo Nocentini</i>	<i>Italia</i>	<i>Martin Prince</i>	<i>UK</i>
<i>Miyako Tazaki</i>	<i>Japón</i>	<i>Ron Kessler</i>	<i>USA</i>
<i>Elie Karam</i>	<i>Líbano</i>	<i>Katherine McGonagle</i>	<i>USA</i>
<i>Charles Pull</i>	<i>Luxemburgo</i>	<i>Michael Von Korff</i>	<i>USA</i>

Para utilizar correctamente este instrumento es necesario que los entrevistadores reciban un entrenamiento apropiado que incluya la utilización del Manual de Entrenamiento para los Entrevistadores del WHO-DAS II y la Guía de la Entrevista. Existe una versión informatizada de la entrevista (I-Shell) que puede emplearse para la introducción de datos después realizar la entrevista o cuando se utilice un ordenador para llevar a cabo la propia entrevista. También existen versiones de este instrumento para Informantes Clave y Autoadministradas, disponibles para ser verificadas en estudios de campo.

La autorización para traducir este instrumento a cualquier idioma debe solicitarse a la O.M.S. Todas las traducciones deberán ajustarse a las normas para la traducción especificadas por la O.M.S.

Para obtener más información, contacte con:

Para obtener más información sobre la versión en lengua española, contacte con:

Dr. T. Bedirhan Ustün
Group Leader
Assessment, Classification and Epidemiology
Group
World Health Organization
CH – 1211 Geneva 27
Switzerland
Tel: + + 41 22 791 3609
Fax: + + 41 22 791 4885
Email: ustunb@who.ch

Dr. J.L. Vázquez Barquero
Coordinador de la Versión Española
Unidad de Investigación en Psiquiatría de
Cantabria. Hospital Universitario Marqués de
Valdecilla. Santander. España
Tel: +34942202545
Fax: +34942203447
Email: uipcs@humv.es

SECCIÓN 1. Hoja Inicial

**LOS ÍTEMS F1- F6 DEBEN SER COMPLETADOS POR EL ENTREVISTADOR,
ANTES DE COMENZAR LA ENTREVISTA**

F1 NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN DEL ENTREVISTADO #

--	--	--

 -

--	--	--

 -

--

CENTRO # - ENTREVISTADO #

F2 NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN DEL ENTREVISTADOR #

--	--	--

 -

--	--	--

 -

--

CENTRO # ENTREVISTADOR#

F3 NÚMERO DE ENTREVISTA

Primera Entrevista	1
Segunda Entrevista	2

F4 FECHA DE LA ENTREVISTA

____/____/____		
mes	día	año

F5 ¿CÓMO VIVE EN EL MOMENTO DE LA ENTREVISTA?
(MARQUE SOLO UNA)

Vive de forma independiente en la Comunidad	1
Vive recibiendo apoyo	2
Hospitalizado	3

F6	MUESTRA (MARQUE SOLO UNA)	Población general	1
		Problemas relacionados con las drogas	2
		Problemas relacionados con el alcohol	3
		Problemas de salud mental	4
		Problemas físicos	5
		Otros (especifique)	6

SECCIÓN 2. Datos Demográficos y de Índole General.

PREÁMBULO

Esta entrevista ha sido desarrollada por la Organización Mundial de la Salud con el fin de llegar a entender mejor las dificultades que puedan tener las personas debido a su estado de salud. La información que nos proporcione durante el transcurso de esta entrevista será confidencial y utilizada exclusivamente con fines de investigación.

EN EL CASO DE ENTREVISTADOS PROCEDENTES DE LA POBLACIÓN GENERAL (NO DE POBLACIÓN CLÍNICA), DIGA: Aunque usted este sano(a) y no tenga dificultades, me gustaría hacerle todas las preguntas incluidas en esta entrevista, para así obtener una información completa

Comenzaré con algunas preguntas generales:

A1	INDIQUE EL SEXO (EN FUNCIÓN DE LA APARIENCIA)	Femenino Masculino	1 2
A2	¿Qué edad tiene?	____/____ años	
A3	¿Cuántos años en total <u>estudió en la escuela</u> , colegio, instituto, universidad, etc.?	____/____ años	
A4	¿Cuál es su <u>estado civil actual</u> ? (SELECCIONE LA OPCIÓN MÁS ADECUADA)	Nunca ha estado casado(a) Actualmente está casado(a) Separado(a) Divorciado(a) Viudo(a) Viviendo en pareja	1 2 3 4 5 6

A5 ¿Cuál de las siguientes opciones describe mejor
su situación laboral?

**(SELECCIONE LA OPCIÓN MÁS
ADECUADA)**

- | | |
|---|---|
| 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) | |
| Otras (<i>especifique</i>) | 9 |
-

SECCIÓN 3. PREAMBULO

DIGA AL ENTREVISTADO:

El resto de esta entrevista trata sobre las dificultades que la gente a veces tiene debido a su estado de salud (**ENTREGUE LA TARJETA #1 AL ENTREVISTADO**).

Por estado de salud me refiero a una enfermedad u otros problemas de salud de corta o larga duración, lesiones, problemas mentales o emocionales (o de los nervios) y problemas relacionados con el uso de alcohol o drogas.

Le recuerdo que, cuando conteste a las preguntas, piense en todos sus problemas de salud. Cuando le pida que me hable acerca de las dificultades que tiene a la hora de realizar una actividad, por favor, tome en consideración los siguientes aspectos (**SEÑALE LA TARJETA #1**)

- Aumento del esfuerzo
- Malestar o dolor
- Lentitud
- Cambios en el modo en que realiza la actividad

(**SEÑALE LA TARJETA #1**). A lo largo de toda esta entrevista, cuando esté respondiendo a cada pregunta me gustaría que pensara en los últimos 30 días. Me gustaría que respondiera a estas preguntas pensando en cuanta dificultad tiene usted cuando realiza esta actividad según acostumbra a hacerlo.

(**ENTREGUE LA TARJETA #2 AL ENTREVISTADO**). Cuando responda a las preguntas, utilice esta escala (**LEA LA ESCALA EN VOZ ALTA**): Ninguna, Leve, Moderada, Severa, Extrema/No puede hacerlo.

(**LAS TARJETAS #1 Y #2 HAN DE PERMANECER A LA VISTA DEL ENTREVISTADO DURANTE TODA LA ENTREVISTA**).

SECCION 4. REVISIÓN DE LAS AREAS

AREA 1 Comprensión y Comunicación

Ahora le voy a hacer algunas preguntas sobre comprensión y comunicación.

MUESTRE LAS TARJETAS #1 Y #2

SI ALGUNO DE LOS ÍTEMS SE PUNTÚA POR ENCIMA DE NINGUNA (1), PREGUNTE:

¿Cuántos días ha estado presente esta dificultad?

Y ANOTE EL NÚMERO DE DÍAS (0-30)

En los últimos 30 días, ¿cuánta dificultad ha tenido para:

		Ninguna	Leve	Moderada	Severa	Extrema / No puede hacerlo	Número Días
D1.1	<u>Concentrarse</u> en hacer algo durante <u>diez minutos</u> ?	1	2	3	4	5	<u> </u> D1.1d
D1.2	<u>Recordar</u> las <u>cosas importantes</u> que tiene que hacer?	1	2	3	4	5	<u> </u> D1.2d
D1.3	<u>Analizar y encontrar soluciones a los problemas</u> de la vida diaria?	1	2	3	4	5	<u> </u> D1.3d
D1.4	<u>Aprender</u> una <u>nueva tarea</u> , como por ejemplo llegar a un lugar en donde nunca ha estado?	1	2	3	4	5	<u> </u> D1.4d
D1.5	<u>Entender en general</u> lo que dice la gente?	1	2	3	4	5	<u> </u> D1.5d
D1.6	<u>Iniciar o mantener una conversación</u> ?	1	2	3	4	5	<u> </u> D1.6d

Explore:

SI ALGUNO DE LOS ÍTEMS COMPRENDIDOS ENTRE EL D1.1 – D1.6 SE PUNTÚA POR ENCIMA DE NINGUNA (1), PREGUNTE:

		Ninguna	Leve	Moderada	Severa	Extrema / No puede hacerlo
P1.1	¿Cuánto han <u>interferido</u> estas dificultades con su vida?	1	2	3	4	5

AREA 2 Capacidad para moverse en su alrededor/entorno

Ahora voy a preguntarle acerca de dificultades a la hora de moverse en su alrededor/entorno.

MUESTRE LAS TARJETAS #1 Y #2

SI ALGUNO DE LOS ÍTEMS SE PUNTÚA POR ENCIMA DE NINGUNA(1), PREGUNTE:

¿Cuántos días ha estado presente esta dificultad?

Y ANOTE EL NÚMERO DE DÍAS (0-30)

En los últimos 30 días, ¿cuánta dificultad ha tenido para:

	Ninguna	Leve	Moderada	Severa	Extrema / No puede hacerlo	Número Días
D2.1 <u>Estar de pie</u> durante <u>largos periodos de tiempo</u> , como por ejemplo <u>30 minutos</u> ?	1	2	3	4	5	<u>D2.1d</u>
D2.2 <u>Ponerse de pie</u> cuando estaba sentado(a)?	1	2	3	4	5	<u>D2.2d</u>
D2.3 <u>Moverse dentro</u> de <u>su casa</u> ?	1	2	3	4	5	<u>D2.3d</u>
D2.4 <u>Salir</u> de <u>su casa</u> ?	1	2	3	4	5	<u>D2.4d</u>
D2.5 <u>Caminar largas distancias</u> , como <u>un kilómetro</u> [o equivalente]?	1	2	3	4	5	<u>D2.5d</u>

Explore:

SI ALGUNO DE LOS ÍTEMS COMPRENDIDOS ENTRE EL D2.1 – D2.5 SE PUNTÚA POR ENCIMA DE NINGUNA (1), PREGUNTE:

	Ninguna	Leve	Moderada	Severa	Extrema / No puede hacerlo
P2.1 ¿Cuánto han <u>interferido</u> estas dificultades con su vida?	1	2	3	4	5

AREA 3 Cuidado Personal

Ahora voy a preguntarle acerca de dificultades en su cuidado personal.

MUESTRE LAS TARJETAS #1 Y #2

SI ALGUNO DE LOS ÍTEMS SE PUNTÚA POR ENCIMA DE NINGUNA (1), PREGUNTE:

¿Cuántos días ha estado presente esta dificultad?

Y ANOTE EL NÚMERO DE DÍAS (0-30)

En los últimos 30 días, ¿cuánta dificultad ha tenido para:

	Ninguna	Leve	Moderada	Severa	Extrema / No puede hacerlo	Número Días
D3.1 Bañarse (lavarse <u>todo el cuerpo</u>)?	1	2	3	4	5	— D3.1d
D3.2 Vestirse?	1	2	3	4	5	— D3.2d
D3.3 Comer?	1	2	3	4	5	— D3.3d
D3.4 Estar <u>solo(a)</u> durante <u>unos días</u> ?	1	2	3	4	5	— D3.4d

Explore:

SI ALGUNO DE LOS ÍTEMS COMPRENDIDOS ENTRE EL D3.1 – D3.4 SE PUNTÚA POR ENCIMA DE NINGUNA (1), PREGUNTE:

	Ninguna	Leve	Moderada	Severa	Extrema / No puede hacerlo
P3.1 ¿Cuánto han <u>interferido</u> estas dificultades con su vida?	1	2	3	4	5

AREA 4 Relacionarse con otras personas

Ahora voy a preguntarle acerca de dificultades para relacionarse con otras personas. Por favor, recuerde que solo le estoy preguntando acerca de dificultades debidas a problemas de salud, tales como enfermedades o lesiones, problemas mentales o emocionales, o problemas relacionados con el uso de alcohol o drogas.

MUESTRE LAS TARJETAS #1 Y #2

SI ALGUNO DE LOS ÍTEMS SE PUNTÚA POR ENCIMA DE NINGUNA (1), PREGUNTE:

¿Cuántos días ha estado presente esta dificultad?

Y ANOTE EL NÚMERO DE DÍAS (0-30) _____

En los últimos 30 días, ¿cuánta dificultad ha tenido para:

	Ninguna	Leve	Moderada	Severa	Extrema / No puede hacerlo	Número Días
D4.1 <u>Relacionarse</u> con personas que <u>no</u> <u>conoce</u> ?	1	2	3	4	5	D4.1d
D4.2 <u>Mantener una amistad</u> ?	1	2	3	4	5	D4.2d
D4.3 <u>Llevarse bien</u> con personas <u>cercanas a</u> <u>usted</u> ?	1	2	3	4	5	D4.3d
D4.4 <u>Hacer nuevos amigos</u> ?	1	2	3	4	5	D4.4d
D4.5 <u>Tener relaciones sexuales</u> ?	1	2	3	4	5	D4.5d

Explore:

SI ALGUNO DE LOS ÍTEMS COMPRENDIDOS ENTRE EL D4.1 – D4.5 SE PUNTÚA POR ENCIMA DE NINGUNA (1), PREGUNTE:

	Ninguna	Leve	Moderada	Severa	Extrema / No puede hacerlo
P4.1 ¿Cuánto han <u>interferido</u> estas dificultades con su vida?	1	2	3	4	5

AREA 5 Actividades de la vida diaria

• Quehaceres de la casa

Las siguientes preguntas se refieren a actividades que implican el realizar los quehaceres de la casa y cuidar de las personas que conviven con usted o que le son cercanas.

Estas actividades incluyen cocinar, limpiar, hacer las compras, pagar las cuentas, sacar la basura, cortar el césped, así como el cuidado de otras personas y de sus propias pertenencias.

D5.1 Generalmente, ¿cuántas horas a la semana dedica a estas actividades? *ANOTE EL NÚMERO DE HORAS* ___/___

MUESTRE LAS TARJETAS #1 Y #2

SI ALGUNO DE LOS ÍTEMS SE PUNTÚA POR ENCIMA DE NINGUNA (1), PREGUNTE:

¿Cuántos días ha estado presente esta dificultad?

Y ANOTE EL NÚMERO DE DÍAS (0-30)

Debido a su estado de salud, en los últimos 30 días, ¿cuánta dificultad ha tenido para:

	Ninguna	Leve	Moderada	Severa	Extrema / No puede hacerlo	Número Días
D5.2 Cumplir con sus <u>quehaceres de la casa</u> ?	1	2	3	4	5	D5.2d
D5.3 Realizar <u>bien</u> sus quehaceres de la casa más importantes?	1	2	3	4	5	D5.3d
D5.4 <u>Acabar</u> todo el trabajo de la casa que tenía que hacer?	1	2	3	4	5	D5.4d
D5.5 Acabar sus quehaceres de la casa tan <u>rápido</u> como era necesario?	1	2	3	4	5	D5.5d

SI ALGUNO DE LOS ÍTEMS COMPRENDIDOS ENTRE EL D5.2 – D5.5 SE PUNTÚA POR ENCIMA DE NINGUNA (1), PREGUNTE:

	Ninguna	Leve	Moderada	Severa	Extrema / No puede hacerlo
P5.1 ¿Cuánto han <u>interferido</u> estas dificultades con su vida?	1	2	3	4	5
D5.6 En los últimos 30 días, ¿durante cuántos días disminuyó o dejó de hacer sus quehaceres de la casa debido a su “condición de salud”?	<i>ANOTE EL NÚMERO DE DÍAS</i> ___/___				

SI EL ENTREVISTADO TRABAJA (ASALARIADO, TRABAJA POR SU PROPIA CUENTA, TRABAJO NO REMUNERADO) O ESTUDIA, COMPLETE LOS ÍTEMS D5.7-D5.13. DE LO CONTRARIO VAYA AL AREA 6, EN LA SIGUIENTE PÁGINA .

Ahora voy a hacerle algunas preguntas relacionadas con su trabajo o con sus estudios.

D5.7	Generalmente, ¿cuántas horas a la semana trabaja (incluyendo estudios)?	<i>ANOTE EL NÚMERO DE HORAS</i> ___ / ___
-------------	---	---

MUESTRE LAS TARJETAS #1 Y #2

SI ALGUNO DE LOS ÍTEMS SE PUNTÚA POR ENCIMA DE NINGUNA (1), PREGUNTE:
 ¿Cuántos días ha estado presente esta dificultad?
Y ANOTE EL NÚMERO DE DÍAS (0-30) _____

Debido a su estado de salud, en los últimos 30 días, ¿cuánta dificultad ha tenido para:

		Ninguna	Leve	Moderada	Severa	Extrema / No puede hacerlo	Número Días
D5.8	Llevar a cabo su <u>trabajo</u> diario?	1	2	3	4	5	<u>D5.8d</u>
D5.9	Realizar <u>bien</u> las tareas más importantes de su trabajo?	1	2	3	4	5	<u>D5.9d</u>
D5.10	<u>Acabar</u> todo el trabajo que necesitaba hacer?	1	2	3	4	5	<u>D5.10d</u>
D5.11	Acabar su trabajo tan <u>rápido</u> como era necesario?	1	2	3	4	5	<u>D5.11d</u>
D5.12	¿Ha tenido que <u>reducir su nivel</u> de trabajo debido a su estado de salud?				No Si		1 2
D5.13	¿Ha <u>ganado menos dinero</u> debido a su estado de salud?				No Si		1 2

SI ALGUNO DE LOS ÍTEMS COMPRENDIDOS ENTRE EL D5.8 – D5.11 SE PUNTÚA POR ENCIMA DE NINGUNA(1), PREGUNTE:

		Ninguna	Leve	Moderada	Severa	Extrema / No puede hacerlo
P5.2	¿Cuánto han <u>interferido</u> estas dificultades con su vida?	1	2	3	4	5
D5.14	En cuantos de los últimos 30 días, ¿ <u>ha perdido medio día o más de trabajo</u> debido a su estado de salud?	<i>ANOTE EL NÚMERO DE DÍAS</i> ____ / ____				

AREA 6 Participación en Sociedad

Ahora voy a hacerle algunas 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.

MUESTRE LAS TARJETAS #1 Y #2

TENGA EN CUENTA QUE EN LAS PREGUNTAS DE ESTA AREA NO SE PIDE QUE SE ESPECIFIQUE EL NÚMERO DE DÍAS.

En los últimos 30 días:

		Ninguna	Leve	Moderada	Severa	Extrema / No puede hacerlo
D6.1	¿Cuánta dificultad ha tenido para <u>participar</u> , al mismo nivel que el resto de las personas, <u>en actividades de la comunidad</u> (por ejemplo, fiestas, actividades religiosas u otras actividades)?	1	2	3	4	5
D6.2	¿Cuánta dificultad ha tenido debido a <u>barreras u obstáculos</u> existentes en su alrededor (entorno)?	1	2	3	4	5
D6.3	¿Cuánta dificultad ha tenido para <u>vivir con dignidad</u> (o respeto) debido a las actitudes y acciones de otras personas?	1	2	3	4	5
D6.4	¿Cuánto <u>tiempo</u> ha dedicado a su estado de salud o a las consecuencias del mismo?	1	2	3	4	5
D6.5	¿Cuánto le ha <u>afectado emocionalmente</u> su estado de salud?	1	2	3	4	5
D6.6	¿Qué <u>impacto económico</u> ha tenido para usted o para su familia su estado de salud?	1	2	3	4	5

En los últimos 30 días:		Ninguna	Leve	Moderada	Severa	Extrema / No puede hacerlo
D6.7	¿Cuánta dificultad ha tenido su <u>familia</u> debido a su estado de salud?	1	2	3	4	5
D6.8	¿Cuánta dificultad ha tenido para realizar <u>por si mismo(a)</u> cosas que le ayuden a <u>relajarse o disfrutar</u> ?	1	2	3	4	5

Explore: SI ALGUNO DE LOS ÍTEMS COMPRENDIDOS ENTRE EL D6.1 – D6.8 SE PUNTÚA POR ENCIMA DE NINGUNA (1), PREGUNTE:

		Ninguna	Leve	Moderada	Severa	Extrema / No puede hacerlo
P6.1	¿En que medida han <u>interferido</u> estos problemas con su vida?	1	2	3	4	5
P6.2	En los últimos 30 días, ¿ <u>durante cuántos días</u> ha tenido esas dificultades?	<i>ANOTE EL NÚMERO DE DÍAS</i> ____/____				

H3	En total en los últimos 30 días, ¿durante cuantos días experimentó alguna de esas dificultades que ha comentado a lo largo de esta entrevista?	<i>ANOTE EL NÚMERO DE DÍAS</i> ____ / ____				
-----------	--	---	--	--	--	--

Con esto concluye nuestra entrevista, muchas gracias por su participación.

“Estados de Salud”:

- Enfermedades u otros problemas de salud
- Lesiones
- Problemas mentales o emocionales (o de los nervios)
- Problemas relacionados con el alcohol
- Problemas relacionados con drogas

Tener dificultades en una actividad quiere decir:

- Aumento del esfuerzo
- Malestar o dolor
- Lentitud
- Cambios en el modo en que realiza la actividad

Tenga en cuenta sólo los últimos 30 días

Tarjeta #2



5

Completo(a)



ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD

***CUESTIONARIO PARA LA EVALUACIÓN
DE LA DISCAPACIDAD***

WHO-DAS II
Versión en lengua española

Versión de 12 ítems

Este instrumento ha sido desarrollado por el Grupo de Evaluación, Clasificación y Epidemiología de la Organización Mundial de la Salud dentro del marco del proyecto conjunto WHO/NIH sobre la Evaluación y Clasificación de Discapacidades. Los miembros del Grupo de Trabajo Internacional que han contribuido al desarrollo de este instrumento son los siguientes:

<i>Elizabeth Badley</i>	<i>Canadá</i>	<i>Ron Kessler</i>	<i>USA</i>
<i>Karen Ritchie</i>	<i>Francia</i>	<i>Robert Trotter</i>	<i>USA</i>
<i>Srinivasa Murthy</i>	<i>India</i>	<i>Michael Von Korff</i>	<i>USA</i>
<i>Charles Pull</i>	<i>Luxemburgo</i>	<i>Robert Battjes</i>	<i>NIDA</i>
<i>Hans Hoek</i>	<i>Países Bajos</i>	<i>Bennett Fletcher</i>	<i>NIDA</i>
<i>Durk Wiersma</i>	<i>Países Bajos</i>	<i>Bridget Grant</i>	<i>NIAAA</i>
<i>Martin Prince</i>	<i>UK</i>	<i>Cille Kennedy</i>	<i>NIMH</i>

Miembros del equipo de la O.M.S.:

<i>Somnath Chatterji</i>	<i>Jayne Lux</i>	<i>Shekhar Saxena</i>
<i>Patrick Doyle</i>	<i>Christopher Nelson</i>	<i>T.Bedirhan Üstün</i>
<i>JoAnne Epping-Jordan</i>	<i>Jurgen Rehm</i>	
<i>Matilde Leonardo</i>	<i>Ritu Sadana</i>	

Centros participantes en los estudios de campo:

<i>Thomas Kugener</i>	<i>Austria</i>	<i>Hans Hoek</i>	<i>Países Bajos</i>
<i>Krui Kim Hourn</i>	<i>Camboya</i>	<i>Bisi Odejide</i>	<i>Nigeria</i>
<i>Yao Guizhong</i>	<i>China</i>	<i>José Luis Segura García</i>	<i>Perú</i>
<i>Jesús Saíz</i>	<i>Cuba</i>	<i>Radu Vrasti</i>	<i>Rumania</i>
<i>Venos Mavreas</i>	<i>Grecia</i>	<i>José Luis Vázquez Barquero</i>	<i>España</i>
<i>Srinivasa Murthy</i>	<i>India, Bangalore</i>	<i>Adel Chaker</i>	<i>Túnez</i>
<i>Hemraj Pal</i>	<i>India, Delhi</i>	<i>Berna Ulug</i>	<i>Turquía</i>
<i>Ugo Nocentini</i>	<i>Italia</i>	<i>Martin Prince</i>	<i>UK</i>
<i>Miyako Tazaki</i>	<i>Japón</i>	<i>Ron Kessler</i>	<i>USA</i>
<i>Elie Karam</i>	<i>Líbano</i>	<i>Katherine McGonagle</i>	<i>USA</i>
<i>Charles Pull</i>	<i>Luxemburgo</i>	<i>Michael Von Korff</i>	<i>USA</i>

Para utilizar correctamente este instrumento es necesario que los entrevistadores reciban un entrenamiento apropiado que incluya la utilización del Manual de Entrenamiento para los Entrevistadores del WHO-DAS II y la Guía de la Entrevista. Existe una versión informatizada de la entrevista (I-Shell) que puede emplearse para la introducción de datos después realizar la entrevista o cuando se utilice un ordenador para llevar a cabo la propia entrevista. También existen versiones de este instrumento para Informantes Clave y Autoadministradas, disponibles para ser verificadas en estudios de campo.

La autorización para traducir este instrumento a cualquier idioma debe solicitarse a la O.M.S.

Todas las traducciones deberán ajustarse a las normas para la traducción especificadas por la O.M.S.

Para obtener más información, contacte con:

Para obtener más información sobre la versión en lengua española, contacte con:

Dr. T. Bedirhan Ustün
Group Leader
Assessment, Classification and Epidemiology
Group
World Health Organization
CH – 1211 Geneva 27
Switzerland
Tel: + + 41 22 791 3609
Fax: + + 41 22 791 4885
Email: ustunb@who.ch

Dr. J.L. Vázquez Barquero
Coordinador de la Versión Española
Unidad de Investigación en Psiquiatría de
Cantabria. Hospital Universitario “Marqués de
Valdecilla”. Santander. España
Tel: +34 942202545
Fax: +34 942203447
Email: uipcs@humv.es

SECCIÓN 1. Hoja Inicial

LOS ÍTEMS F1- F6 DEBEN SER COMPLETADOS POR EL ENTREVISTADOR, ANTES DE COMENZAR LA ENTREVISTA

F1 NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN DEL ENTREVISTADO # - -
CENTRO # - ENTREVISTADO #

F2 NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN DEL ENTREVISTADOR # - -
CENTRO # ENTREVISTADOR#

F3 NÚMERO DE ENTREVISTA Primera Entrevista 1
Segunda Entrevista 2

F4 FECHA DE LA ENTREVISTA ____/____/____
mes día año

F5 ¿CÓMO VIVE EN EL MOMENTO DE LA ENTREVISTA?
(MARQUE SOLO UNA) Vive de forma independiente en la Comunidad 1
Vive recibiendo apoyo 2
Hospitalizado 3

F6	MUESTRA (MARQUE SOLO UNA)	Población general	1
		Problemas relacionados con las drogas	2
		Problemas relacionados con el alcohol	3
		Problemas de salud mental	4
		Problemas físicos	5
		Otros (especifique)	6

SECCIÓN 2. Datos Demográficos y de Índole General.

PREÁMBULO

Esta entrevista ha sido desarrollada por la Organización Mundial de la Salud con el fin de llegar a entender mejor las dificultades que puedan tener las personas debido a su estado de salud. La información que nos proporcione durante el transcurso de esta entrevista será confidencial y utilizada exclusivamente con fines de investigación.

EN EL CASO DE ENTREVISTADOS PROCEDENTES DE LA POBLACIÓN GENERAL (NO DE POBLACIÓN CLÍNICA), DIGA: Aunque usted este sano(a) y no tenga dificultades, me gustaría hacerle todas las preguntas incluidas en esta entrevista, para así obtener una información completa

Comenzaré con algunas preguntas generales:

A1	INDIQUE EL SEXO (EN FUNCIÓN DE LA APARIENCIA)	Femenino Masculino	1 2
A2	¿Qué edad tiene?	____/____ años	
A3	¿Cuántos años en total <u>estudió en la escuela</u> , colegio, instituto, universidad, etc.?	____/____ años	
A4	¿Cuál es su <u>estado civil actual</u> ? (SELECCIONE LA OPCIÓN MÁS ADECUADA)	Nunca ha estado casado(a) Actualmente está casado(a) Separado(a) Divorciado(a) Viudo(a) Viviendo en pareja	1 2 3 4 5 6

A5 ¿Cuál de las siguientes opciones describe mejor
su situación laboral?

**(SELECCIONE LA OPCIÓN MÁS
ADECUADA)**

- | | |
|---|---|
| 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) | |
| Otras (<i>especifique</i>) | 9 |
-

SECCIÓN 3. PREAMBULO

DIGA AL ENTREVISTADO:

El resto de esta entrevista trata sobre las dificultades que la gente a veces tiene debido a su estado de salud (**ENTREGUE LA TARJETA #1 AL ENTREVISTADO**).

Por estado de salud me refiero a una enfermedad u otros problemas de salud de corta o larga duración, lesiones, problemas mentales o emocionales (o de los nervios) y problemas relacionados con el uso de alcohol o drogas.

Le recuerdo que, cuando conteste a las preguntas, piense en todos sus problemas de salud. Cuando le pida que me hable acerca de las dificultades que tiene a la hora de realizar una actividad, por favor, tome en consideración los siguientes aspectos (**SEÑALE LA TARJETA #1**)

- Aumento del esfuerzo
- Malestar o dolor
- Lentitud
- Cambios en el modo en que realiza la actividad

(**SEÑALE LA TARJETA #1**). A lo largo de toda esta entrevista, cuando esté respondiendo a cada pregunta me gustaría que pensara en los últimos 30 días. Me gustaría que respondiera a estas preguntas pensando en cuanta dificultad tiene usted cuando realiza esta actividad según acostumbra a hacerlo.

(**ENTREGUE LA TARJETA #2 AL ENTREVISTADO**). Cuando responda a las preguntas, utilice esta escala (**LEA LA ESCALA EN VOZ ALTA**): Ninguna, Leve, Moderada, Severa, Extrema/No puede hacerlo.

(**LAS TARJETAS #1 Y #2 HAN DE PERMANECER A LA VISTA DEL ENTREVISTADO DURANTE TODA LA ENTREVISTA**).

SECCION 4. PREGUNTAS CLAVE

H1	Como evaluaría su salud general durante los últimos 30 días	Muy buena	Buena	Moderada	Mala	Muy mala
----	---	-----------	-------	----------	------	----------

Mostrar Tarjeta #2 al entrevistado

En los últimos 30 días, ¿cuanta dificultad ha tenido para:

		Ninguna	Leve	Moderada	Severa	Extrema / No puede hacerlo
S1	<u>Estar de pie</u> durante <u>largos periodos de tiempo</u> , como por ejemplo <u>30 minutos</u> ?	1	2	3	4	5
S2	Cumplir con sus <u>quehaceres de la casa</u> ?	1	2	3	4	5
S3	<u>Aprender</u> una <u>nueva tarea</u> , como por ejemplo llegar a un lugar en donde nunca ha estado?	1	2	3	4	5
S4	¿Cuánta dificultad ha tenido para <u>participar</u> , al mismo nivel que el resto de las personas, <u>en actividades de la comunidad</u> (por ejemplo, fiestas, actividades religiosas u otras actividades)?	1	2	3	4	5
S5	¿Cuánto le ha <u>afectado emocionalmente</u> su estado de salud?	1	2	3	4	5

Continúa en la página siguiente

En los últimos 30 días, ¿cuanta dificultad ha tenido para:		Ninguna	Leve	Moderada	Severa	Extrema / No puede hacerlo
S6	<u>Concentrarse</u> en hacer algo durante <u>diez minutos</u> ?	1	2	3	4	5
S7	<u>Caminar largas distancias</u> , como <u>un kilómetro</u> [o equivalente]?	1	2	3	4	5
S8	<u>Bañarse</u> (lavarse <u>todo el cuerpo</u>)?	1	2	3	4	5
S9	<u>Vestirse</u> ?	1	2	3	4	5
S10	<u>Relacionarse</u> con personas que <u>no conoce</u> ?	1	2	3	4	5
S11	<u>Mantener una amistad</u> ?	1	2	3	4	5
S12	Llevar a cabo su <u>trabajo</u> diario?	1	2	3	4	5

		Ninguna	Leve	Moderada	Severa	Extrema / No puede hacerlo
H2	¿En que medida han <u>interferido</u> estos problemas con su vida?	1	2	3	4	5
H3	En los últimos 30 días, ¿ <u>durante cuántos días</u> ha tenido esas dificultades?	ANOTE EL NÚMERO DE DÍAS __/__				
H4	En los últimos 30 días, ¿durante cuántos días fue totalmente incapaz de realizar sus quehaceres de la casa debido a su “condición de salud”?	ANOTE EL NÚMERO DE DÍAS __/__				
H5	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 __/__				

Con esto concluye nuestra entrevista, muchas gracias por su participación.

“Estados de Salud”:

- Enfermedades u otros problemas de salud
- Lesiones
- Problemas mentales o emocionales (o de los nervios)
- Problemas relacionados con el alcohol
- Problemas relacionados con drogas

Tener **dificultades** en una actividad quiere decir:

- Aumento del esfuerzo
- Malestar o dolor
- Lentitud
- Cambios en el **modo en que realiza** la actividad

Tenga en cuenta sólo los **últimos 30 días**

Tarjeta #2



5

Completo(a)

