



Salud & Sociedad

E-ISSN: 0718-7475

alurzua@ucn.cl

Universidad Católica del Norte
Chile

MARTÍNEZ-TABOAS, ALFONSO; MEDINA-SUSTACHE, EDANILKA; GONZÁLEZ-DÍAZ, DAPHNE Y.; PRATS APARICIO, ANA CAROLINA; GARRAHAN VIEJO, ALEXANDRA M.; DE JESÚS GARCÍA, JACLYN; LANDRAU SÁLAMO, ALESSANDRA; RODRÍGUEZ-CAY, JOSÉ R.

EL WHODAS 2.0 EN PUERTO RICO: PSICOMETRÍA Y SU RELACIÓN CON LA ESCALA DE EVALUACIÓN DE ACTIVIDAD GLOBAL CON PACIENTES PSIQUIÁTRICOS

Salud & Sociedad, vol. 8, núm. 1, enero-abril, 2017, pp. 82-93

Universidad Católica del Norte
Antofagasta, Chile

Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=439751039006>

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

redalyc.org

Sistema de Información Científica

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

EL WHODAS 2.0 EN PUERTO RICO: PSICOMETRÍA Y SU RELACIÓN CON LA ESCALA DE EVALUACIÓN DE ACTIVIDAD GLOBAL CON PACIENTES PSIQUIÁTRICOS

THE WHODAS 2.0 IN PUERTO RICO: PSYCHOMETRY AND ITS RELATION WITH GLOBAL ACTIVITY ASSESSMENT SCALE WITH PSYCHIATRIC PATIENTS

Recibido: 04 de diciembre de 2016 | Aceptado: 10 de febrero de 2017

DOI: 10.22199/S07187475.2017.0001.00006

ALFONSO MARTÍNEZ-TABOAS 1, EDANILKA MEDINA-SUSTACHE 1, DAPHNE Y. GONZÁLEZ-DÍAZ 1,
ANA CAROLINA PRATS APARICIO 1, ALEXANDRA M. GARRAHAN VIEJO 1, JACLYN DE JESÚS GARCÍA 1,
ALESSANDRA LANDRAU SÁLAMO 1, JOSÉ R. RODRÍGUEZ-CAY 1

1. UNIVERSIDAD CARLOS ALBIZU, Recinto de San Juan, San Juan, Puerto Rico.

RESUMEN

OBJETIVO: Analizar las propiedades psicométricas del WHODAS 2.0 con pacientes psiquiátricos latinos que residen en Puerto Rico. **METODO:** Se evaluaron las propiedades psicométricas del WHODAS 2.0, utilizando tanto la versión larga (36 reactivos), como la corta (12 reactivos), considerando respectivamente la confiabilidad interna. Además, se comparó la puntuación total del WHODAS 2.0 (ambas versiones), con la Escala de Evaluación de Actividad Global (GAF). El estudio se llevó a cabo con 200 participantes de ambos géneros, de 21 años en adelante que se encontraban recibiendo tratamiento psicológico o psiquiátrico. **RESULTADOS:** el WHODAS 2.0, tanto en su versión larga como corta, demostró una confiabilidad interna excelente. Ambas versiones del WHODAS 2.0, se correlacionaron de manera estadísticamente significativa. Por último, el GAF y el WHODAS 2.0, se correlacionaron de manera moderada ($r=.37$). Este resultado sugiere que los dos instrumentos no están midiendo de manera similar la discapacidad del paciente. **CONCLUSIÓN:** los resultados proveen apoyo preliminar para el uso del WHODAS 2.0, en el escenario clínico. Sin embargo, se recomienda ser cauteloso ya que la convergencia del WHODAS 2.0 y el GAF debe ser objeto de más estudios.

PALABRAS CLAVE: GAF, pacientes psiquiátricos latinos, propiedades psicométricas, WHODAS 2.0.

ABSTRACT

OBJECTIVE: To analyze the psychometric properties of WHODAS 2.0 in Puerto Rican psychiatric patients. **METHOD:** The sample was composed of 200 male and female informants under psychological or psychiatric treatment, who were at least 21 years old. WHODAS 2.0 psychometric properties (both 36 and 12-item versions) were evaluated taking into consideration the internal consistency reliability. In addition, WHODAS 2.0 global score in both versions was compared to the Global Assessment of Functioning (GAF). **RESULTS:** Both versions of WHODAS 2.0 showed excellent internal consistency reliability. Both versions correlation was statistically significant. Finally, GAF and WHODAS 2.0 correlation was moderate ($r=.37$), suggesting both instruments assess patients' disability differently. **CONCLUSION:** Results appear to indicate that the use of WHODAS 2.0 in clinical contexts is appropriate. However, since WHODAS 2.0 and GAF convergence needs to be studied more thoroughly, caution is advised.

KEY WORDS: GAF, Latino psychiatric patients, psychometric properties, WHODAS 2.0.

1. Afiliados a la Universidad Carlos Albizu, Recinto de San Juan, Puerto Rico. Correspondencia: amartinez@albizu.edu

INTRODUCCIÓN

Con la publicación del Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM-5) (American Psychiatric Association, 2013), se han registrado muchos cambios en la nosología psiquiátrica. Se eliminó el sistema de cinco ejes multiaxial, desaparecieron decenas de diagnósticos y aparecieron diagnósticos nuevos (Paris, 2013). Un cambio significativo fue la eliminación del Eje V, conocido como la Escala de Evaluación de Actividad Global (GAF, por sus siglas en inglés). El GAF se comenzó a usar en el 1980 cuando apareció por primera vez en el DSM-III. El GAF pretendía dar información sobre el nivel de funcionamiento y la severidad de los síntomas del paciente. Éste se presentaba a través de un número (0 al 100), en donde una puntuación mayor reflejaba un buen funcionamiento o ausencia de síntomas. La información provista por esta escala ayudaba al clínico a determinar un plan de tratamiento y evaluar su impacto al igual que predecir la evolución de la condición. Esta escala podría ser administrada tanto en el momento de admisión como en el de alta.

Los arquitectos del DSM-5 (American Psychiatric Association, 2013), decidieron retirar el GAF, ya que presentaba poca confiabilidad y validez. Debido a que es necesario ofrecer información sobre el funcionamiento o discapacidad del paciente, la American Psychiatric Association decidió recomendar el uso del *World Health Organization Disability Assessment Schedule II* (WHODAS 2.0), para sustituir el GAF. Esta recomendación no es compulsoria, por lo que el WHODAS 2.0 está ubicado en la Sección 3 del DSM-5, donde se recopilan diversos documentos para utilizarse a nivel experimental o preliminar. Sin embargo, aunque el WHODAS 2.0 ha sido utilizado extensamente en el área de la medicina general, su uso con poblaciones psiquiátricas ha sido más limitado.

El WHODAS 2.0 consta de 3 versiones (de 12 y 36 reactivos cada una): para ser cumplimentada por el paciente, o por el clínico o por una tercera persona. La versión que aparece en el DSM-5 es la de auto-informe de 36 reactivos. Sin embargo, si el profesional de salud mental desea utilizar la versión de 12 reactivos, puede encontrar la misma en la red electrónica de la Organización Mundial de la Salud (OMS).

El WHODAS 2.0 explora seis dominios durante los últimos treinta días: 1. *Cognición*, 2. *Movilidad*, 3. *Cuidado personal*, 4. *Relacionarse con otras personas*, 5. *Actividades de la vida diaria* y 6. *Participación en la sociedad*. Este instrumento estandarizado le permite al profesional de la salud mental conocer en qué área el cliente tiene mayor discapacidad, mediante la puntuación global que se calcula al final de la evaluación. Las ventajas que tiene la administración del WHODAS 2.0, es que la misma es simple y requiere de aproximadamente 15 minutos. Igualmente, es “aplicable a todas las condiciones de salud, incluyendo enfermedades, lesiones, problemas mentales o emocionales, y problemas con el alcohol o drogas” (Gold, 2014, p.175).

La confiabilidad y validez del WHODAS 2.0 ha sido investigada a través de estudios de campo en varios países del mundo y con personas con problemas de salud mental, tales como esquizofrenia, uso de drogas ilegales y varios problemas emocionales. En estas investigaciones el WHODAS 2.0 ha mostrado una buena psicometría y suele ser sensible a los cambios terapéuticos (Üstün, Kostanjsek, Chatterji & Rehm, 2010).

Varios estudios indican que el WHODAS 2.0 puede ser aplicable transculturalmente, apoyando así la confiabilidad del instrumento (Vázquez-Barquero et al., 2000). En un estudio donde entrevistaron a 36,000 personas de varios países, se encontró que el WHODAS 2.0 contenía un

coeficiente de Cronbach de 0.86, y una estructura factorial estable (Üstün et al., 2010) lo que implica que el instrumento mide el criterio evaluado.

En los últimos años se han realizado esfuerzos investigativos para auscultar la confiabilidad y validez de la versión corta de 12 reactivos del WHODAS 2.0. En una investigación llevada a cabo en España con personas con depresión mayor en cuidado primario, se encontró que la versión corta contaba con buena consistencia interna y validez de constructo (Luciano, Ayuso, Fernández, Serrano, Roca & Haro, 2010). De la misma forma en un estudio con pacientes con la enfermedad de Huntington, el WHODAS 2.0 de 12 reactivos demostró buenos índices psicométricos (Kim, Long, Mills, Downing, Williams, Pulsen, 2015).

A pesar de estos datos alentadores, las versiones del WHODAS 2.0 pueden ser más difíciles de interpretar que el antiguo sistema del GAF. Por ejemplo, la puntuación total del WHODAS 2.0 en su versión larga puede ir desde un mínimo de 36 hasta un máximo de 180. En este instrumento, mientras más alta la puntuación, más discapacidad se está informando. Sin embargo, los clínicos usualmente trabajan con puntos de corte de discapacidad o severidad. Al momento, el WHODAS 2.0 no posee puntos de corte específicos, lo que dificulta la interpretación clínica de la puntuación obtenida.

Por otro lado, autores como Kulnik y Nikoletou (2014), han realizado la advertencia de que el WHODAS 2.0 parece estar más conectado a los elementos médicos y físicos de las discapacidades, relegando en algún sentido los aspectos puramente sociales. Por esta misma línea, Morrison (2014), en un libro de texto muy utilizado con el título de *DSM-5 Made Easy*, plantea que él no piensa utilizar el WHODAS 2.0 ya que según él, el WHODAS 2.0 no posee la sensibilidad necesaria con pacientes psiquiátricos. En su libro el

presenta el caso de la Sra. Velma Dean quien sufría de una sintomatología bastante severa. Morrison le dio un GAF de 20, lo que implica una discapacidad severa. En el WHODAS 2.0 la Sra. Dean sacó un 1.6, lo que equivaldría a decir que ella presenta una discapacidad leve.

La presente investigación tiene como meta aportar al conocimiento del WHODAS 2.0 en América Latina con una población clínica adulta que recibe servicios psicológicos o psiquiátricos. En primer lugar, deseamos conocer la psicometría del WHODAS 2.0 en su versión de 36 y 12 reactivos. En segundo lugar, documentar la correlación entre la versión larga y la corta del WHODAS 2.0. En tercer lugar, entender el nivel de correlación entre las puntuaciones del WHODAS 2.0 y el sistema del GAF.

MÉTODO

Participantes

Este estudio se llevó a cabo con 200 participantes de ambos géneros, de 21 años en adelante que se encontraban recibiendo tratamiento psicológico o psiquiátrico en una de las cuatro oficinas privadas de psicólogos/as y psiquiatras que colaboraron en el estudio. Los/as participantes se seleccionaron por disponibilidad, conformando de esta forma una muestra no probabilística. Los criterios de inclusión fueron los siguientes: hombres y mujeres de nacionalidad puertorriqueña, de 21 años en adelante, recibiendo servicios activos en terapia psiquiátrica o psicológica y haber aceptado y firmado el consentimiento informado. De la misma manera se consideraron los siguientes criterios de exclusión: no contar con destrezas de lecto-escritura que le impidieran contestar las oraciones y/o un diagnóstico de psicosis activa o discapacidad intelectual. Para la aplicación de los criterios de exclusión se tomó en consideración el juicio clínico de los psiquiatras y psicólogos/os.

Instrumentos

El WHODAS 2.0 es un instrumento de evaluación que mide la salud y discapacidad de adultos mayores de 18 años de edad dentro de un contexto clínico o poblacional (American Psychiatric Association, 2013; Üstün et al., 2010). El WHODAS 2.0 no se limita a medir una condición en específico sino que puede comparar discapacidad causada por distintas condiciones, tanto físicas como mentales (Sjønnesen, Bulloch, Williams, Lavorato & Patten, 2016). La discapacidad se mide a través de 6 dominios de vida: *cognición* (comprensión y comunicación), *movilidad* (capacidad para moverse en su alrededor/entorno), *cuidado personal* (higiene, vestimenta, alimentación y estar solo), *relacionarse con otras personas* (funcionamiento social e interpersonal), *actividades de la vida diaria* (responsabilidades domésticas, trabajo diario, actividades escolares) y *participación en la sociedad* (actividades comunitarias). La discapacidad es definida como “un decremento en el funcionamiento de cada dominio” (Üstün et al., 2010).

Según Konecky, Meyer, Marx, Kimbrel y Morissette (2014), el WHODAS 2.0 ha demostrado tener propiedades psicométricas adecuadas. Estudios adicionales (Gold, 2014; Üstün et al., 2010) han evidenciado la confiabilidad del instrumento, es decir, la capacidad de obtener resultados consistentes a través del tiempo. Particular para el WHODAS 2.0, la confiabilidad se obtuvo mediante diversos métodos. Mediante la técnica de prueba-reprueba, que consiste en administrar la misma prueba al mismo grupo de personas en dos ocasiones distintas, se obtuvo un coeficiente “intra-class” de 0.69-0.89 a nivel de ítem. La consistencia interna es utilizada para determinar la tendencia de los ítems a correlacionarse positivamente. Diversos estudios reportan un alfa de Cronbach mayor de .90 (Gold, 2014).

Además, el instrumento posee validez, que se define como poder hacer inferencias apropiadas, significativas y útiles a partir de los resultados de la prueba. El WHODAS 2.0 muestra validez aparente, ya que le parece ser válido a los examinadores y examinados, pues estos concuerdan que el WHODAS 2.0 mide discapacidad tal y como se define en el *International Classification of Functioning, Disability and Health* (ICF). También muestra validez de constructo, evidenciada a través de un estudio de análisis factorial confirmatorio, cuyo propósito es confirmar que la teoría predice los resultados y variables de la prueba. Éste demostró consistencia a través de las culturas y diferentes tipos de poblaciones.

En este estudio utilizamos la versión larga (36 reactivos), y la versión corta (12 reactivos), del WHODAS 2.0 cumplimentada por el paciente, en su versión en español, según es suministrada por la Organización Mundial de la Salud. El WHODAS 2.0 le pide a la persona que marque la dificultad que ha tenido el individuo llevando a cabo ciertas tareas, pensando únicamente en los últimos 30 días. Ambas escalas se puntuaron utilizando la sumatoria sugerida por los desarrolladores de la escala: 1=ninguna; 2= leve; 3=moderada; 4=severa; 5=extrema. En la escala de 36 reactivos, la puntuación mínima es de 36 y la máxima es de 180. En la de 12 reactivos, la puntuación mínima es de 12 y la máxima es de 60. Esto implica que mientras mayor es el número, mayor la discapacidad.

Hoja de Datos Sociodemográficos

Se utilizó una hoja de datos sociodemográficos para recopilar información sobre los participantes del estudio. En dicha hoja se identificó al participante con un código para así mantener la confidencialidad de éste y salvaguardar su identidad. La hoja contenía preguntas acerca de la edad, género, estado civil, grado académico obtenido y ocupación del participante. Todas las

preguntas, salvo la última, estaban en formato de escoge. La última pregunta requería que el participante escribiera su ocupación.

Procedimientos para Garantizar los Derechos del Participante

A fin de garantizar el derecho de los participantes, previo a la administración de los instrumentos, los participantes cumplimentaron una Hoja de Consentimiento Informado donde fueron orientados sobre el Protocolo de Eventos Adversos. De esta forma, los investigadores cumplieron con los requisitos para realizar un estudio bajo los estándares éticos que cobijan la profesión de la Psicología.

Procedimientos Generales

Se creó un anuncio dirigido a aquellas personas que quisieran participar del estudio. El anuncio fue expuesto en las oficinas de los cuatro psiquiatras y psicólogas/os. Las investigadoras visitaron dos veces en semana la oficina con el fin de recoger los datos. Toda persona que estuviese interesada en participar en el estudio se lo comunicaba a la investigadora que se encontraba ese día en la oficina de los psiquiatras y psicólogas/os. La investigadora pasaba a cada participante a una oficina aparte, con buena iluminación, sin ningún tipo de interrupción o distracción y en donde la persona se sintiera cómoda para completar los documentos requeridos para la participación en el estudio. Debe mencionarse que los psiquiatras y psicólogas/os ofrecieron oficinas cómodas (que al momento se encontraban vacías), para utilizarse con dicho propósito.

A los/las participantes que aceptaron participar, mayores de 21 años, se les entregó en un sobre tamaño legal, la Hoja de Consentimiento Informado. Se les proveyó a los participantes toda información necesaria para: 1) obtener voluntariamente el consentimiento informado, 2) entender

que el retirarse del estudio no repercutirá en los servicios psicológicos o psiquiátricos que recibía, 3) conocer el propósito del estudio, 4) conocer que la duración de su participación en el estudio, era de aproximadamente 25 minutos. Finalmente, se respondió cualquier tipo de pregunta. Cada participante entregó firmada la Hoja de Consentimiento Informado antes de completar los demás documentos. Esta hoja se guardó en un sobre aparte para no que no fuera vinculada a cualquier información que identificara al participante.

Más tarde, ese mismo día, los psiquiatras y psicólogas/os anotaron en una hoja provista por las investigadoras el GAF actual del participante. Los psiquiatras y psicólogas/os no sacaban del sobre los papeles con las puntuaciones del WHODAS 2.0. De esta manera, la puntuación del GAF y del WHODAS 2.0 (36 y 12), se mantuvieron independientes.

Diseño

Para el presente estudio se utilizó un diseño no experimental de tipo ex post facto. Esto significa que las variables no estaban sujetas a manipulación, estudiándose en su ambiente natural. Este diseño tuvo como fin establecer asociaciones tomando como referencia la observación de hechos que habían ocurrido previamente. Así mismo, se utilizó una muestra no probabilística, recogiendo la misma por disponibilidad de los participantes.

Análisis

Se realizó un análisis de estadísticas descriptivas para estudiar el perfil de las personas que participaron del estudio, utilizando el *Statistical Package for Social Sciences* (SPSS, por sus siglas en inglés), en su versión 23.0. Para evaluar si se encontraba relación entre el WHODAS 2.0 versión de 36 reactivos, el WHODAS 2.0 versión de 12 reactivos y el GAF, se utilizó una correlación bi-variada aplicando el coeficiente producto momento Pearson. Se

compararon las puntuaciones de los promedios con la desviación estándar de los 6 dominios del WHODAS 2.0 y con los promedios del GAF. Se realizó un análisis de correlación para determinar si había una relación entre la versión larga y la versión corta del WHODAS 2.0; si se identifica una asociación entre los 6 dominios del WHODAS 2.0 con la puntuación total; si se encontraba una correlación entre los 6 dominios del WHODAS 2.0 con la puntuación total del GAF; y si existía una relación de la puntuación total del WHODAS 2.0 con la puntuación total del GAF.

RESULTADOS

Se reclutó un total de 200 participantes (N=200). El 7% de la muestra (N=14), le faltó información debido a que no respondieron seis o más premisas de uno o ambos instrumentos (WHODAS 2.0 versión de 36 o de 12 reactivos), siendo eliminados del análisis. La muestra total final constó de 186 participantes (N=186), representando el 93%. El GAF fue completado por psicólogos o psiquiatras para 176 participantes o el 88% de la muestra final. Hubo un 12% (N=10), de los que no se obtuvo puntuación. El promedio de la puntuación adjudicada por el psicólogo o psiquiatra en el GAF fue de 62.77 (DE= 10.97).

Datos sociodemográficos. La Tabla 1 reporta que el rango de edades de la muestra fue entre 21 y 80 años de edad, siendo el promedio de 48.35 años (DE= 11.63). En la muestra total (N=186), las mujeres representaron el 57.6% (N= 106), mientras que los hombres constituyeron el 42.4% (N= 78). El 28.1% (N= 52), reportó estar soltero/a mientras que un 48.6% (N= 90) indicó estar legalmente casado/a, un 9.2% (N=17), estar conviviendo, un 1.6% (N=3), separado/a, un 10.3% (N=19), divorciado/a y un 2.2% (N=4), son viudos/as (ver Tabla 1). En cuanto al nivel de escolaridad, el 26.8% (N=49), de la muestra contestó haber completado un

bachillerato, seguido por el 21.9% (N=40), de la muestra que completaron cuarto año, un 15.8% (N=29), indicó haber completado un grado asociado, un 12.6% (N=23), tienen un grado de escuela técnica/vocacional, un 9.8% (N=18), un grado de maestría, un 5.5% (N=10), informó estar de 1-2 años en escuela técnica/vocacional, un 3.3% (N=6), menos de la escuela superior, un 2.7% (N=5), un grado doctoral y un 1.6% (N=3), reportó haber completado menos de octavo grado.

TABLA 1.
Características demográficas de la muestra.

Características Demográficas	N (%)
Género*	
Masculino	78 (42.4)
Femenino	106 (57.6)
Estado Civil**	
Soltero(a)	52 (28.1)
Casado(a)	90 (48.6)
Convive	17 (9.2)
Separado(a)	3 (1.6)
Divorciado(a)	19 (10.3)
Viudo(a)	4 (2.2)
Escolaridad***	
Menos de Octavo Grado	3 (1.6)
Menos de Escuela Superior	6 (3.3)
Graduado de Escuela Superior	40 (21.9)
Grado Asociado	29 (15.8)
De 1-2 años de Escuela Técnica/ Vocacional	10 (5.5)
Grado de Escuela Técnica/ Vocacional	23 (12.6)
Grado de Bachillerato	49 (26.8)
Grado de Maestría	18 (9.8)
Grado Doctoral	5 (2.7)

Los datos sociodemográficos carecieron de información por: *2 participantes **1 participante y ***3 participantes.

GAF. El GAF fue completado por el psicólogo o psiquiatra para el 95% (N=176), de la muestra total final. La puntuación promedio obtenida fue de 62, que corresponde a la clasificación de algunos síntomas leves o alguna dificultad en el funcionamiento social, ocupacional o escolar, con una desviación estándar de 10.97. La puntuación mínima obtenida en la escala fue de 40, catalogado como discapacidad mayor en diversas áreas como trabajo, relaciones familiares, juicio,

pensamiento o ánimo. Contrariamente, la puntuación máxima obtenida fue 91, asociado con un funcionamiento superior en un amplio rango de actividades, los

problemas de la vida son manejables y no existen síntomas.

TABLA 2.
Estadísticas descriptivas del GAF, WHODAS 2.0 versión 12 y 36 reactivos.

Escalas	Muestra	Promedio	Desviación Estándar	Puntuación Mínima	Puntuación Máxima
GAF	176	62.767	10.97	40	91
WHODAS 2.0					
12 reactivos	186	31.279	10.595	12	59
36 reactivos	186	94.290	30.848	39	172

WHODAS 2.0 versión de 36 reactivos. La versión de 36 reactivos del WHODAS 2.0, contiene múltiples preguntas que responden a los seis dominios. La escala total obtuvo un alfa de Cronbach de .975. Con respecto a los seis dominios delimitados, los alfas de Cronbach fueron los siguientes: Comprensión y comunicación ($\alpha = .914$), Capacidad para moverse en su alrededor (entorno) ($\alpha = .918$), Cuidado personal ($\alpha = .821$), Relacionarse con otras personas ($\alpha = .885$), Actividades de la vida diaria ($\alpha = .962$) y Participación en sociedad ($\alpha = .914$). La puntuación promedio total fue de 94, con una desviación estándar de 30.35. En términos clínicos podemos hacerle sentido a esta puntuación si tomamos en consideración la siguiente sumatoria de ítems por dimensión: 36= ninguna discapacidad; 72= discapacidad leve; 108= discapacidad moderada; 144= discapacidad severa; 180= discapacidad extrema. Por lo tanto, nuestros participantes en términos globales tuvieron una tendencia en mostrar una discapacidad leve inclinándose a moderada.

WHODAS 2.0 versión de 12 reactivos. La versión de 12 reactivos del WHODAS 2.0, contiene dos premisas que responden a cada uno de los seis dominios. La escala en su totalidad obtuvo un índice de confiabilidad alto y adecuado ($\alpha = .932$). El promedio obtenido fue de 31, con una desviación estándar de 10.60. En términos clínicos podemos hacerle sentido a esta puntuación si tomamos en consideración la

siguiente sumatoria de ítems por dimensión: 12= ninguna discapacidad; 24= discapacidad leve; 36= discapacidad moderada; 48= discapacidad severa; 60= discapacidad extrema. Por lo tanto, nuestros participantes en términos globales tuvieron una tendencia a mostrar una discapacidad leve inclinándose a moderada.

Correlaciones

La Tabla 3 muestra que al comparar las diferentes escalas utilizadas en la investigación, se encontraron correlaciones significativas entre las tres medidas. Según la muestra obtenida, se identificó una correlación directa, fuerte y estadísticamente significativa entre la versión larga y corta del WHODAS 2.0, $r(184)=-.938$, $p< .001$. Por otro lado, las correlaciones entre las dos versiones del WHODAS 2.0 y el GAF revelaron ser inversas y moderadas, tanto como estadísticamente significativas, con resultados de $r(174)= -.379$, $p<.001$ entre el GAF y la versión de 12 reactivos del WHODAS 2.0 y, $r(174)= -.345$, $p<.001$ entre el GAF y la versión de 36 reactivos del WHODAS 2.0. La dirección negativa de la relación entre el GAF y las versiones del WHODAS 2.0, surge debido a que la primera es una medida de funcionamiento que califica a la persona con mayor puntuación en la medida que presenta mayor estabilidad, siendo lo contrario para el segundo instrumento en ambas versiones. Esto significa que el

funcionamiento o la falta de disfunción para el GAF implica mayor puntuación mientras que para el WHODAS 2.0, es sinónimo de menor calificación.

La Tabla 4 reporta que al analizar la relación entre los seis dominios establecidos en la versión de 36 reactivos con su contraparte en la versión de 12 reactivos, se identificó que todas presentan una correlación directa, fuerte y estadísticamente significativa. En la primera dimensión, Comprensión y Comunicación, el resultado de la correlación fue $r(184)=.841$, $p<.001$. En la segunda dimensión, Capacidad para Moverse en su Alrededor, el resultado de la relación fue $r(184)=.859$, $p<.001$. En la tercera dimensión, Cuidado Personal, el resultado de la asociación fue $r(184)=.847$, $p<.001$. En la cuarta dimensión, Relacionarse con otras Personas, el resultado de la correlación fue $r(184)=.848$, $p<.001$. La quinta dimensión, Actividades de la Vida Diaria, el resultado de la relación fue $r(184)=.860$, $p<.001$. La sexta dimensión, Participación en Sociedad, el resultado de la asociación fue $r(183)=.861$, $p<.001$.

TABLA 3.
Correlación entre Instrumentos.

Medida	Correlación
GAF	
Vs. WHODAS 2.0 – 36 reactivos	-.345**
Vs. WHODAS 2.0 – 12 reactivos	-.379**
WHODAS 2.0 – 36 reactivos	
Vs. WHODAS 2.0 – 12 reactivos	-.938**

** Correlación significativa al nivel 0.01

TABLA 4.
Dimensión WHODAS 2.0 – 36 reactivos versus reactivos en WHODAS 2.0 – 12 reactivos.

Dimensión vs Reactivos	Correlación
Dimensión 1 vs. 3 y 6	.841**
Dimensión 2 vs. 1 y 7	.859**
Dimensión 3 vs. 8 y 9	.847**
Dimensión 4 vs. 10 y 11	.848**
Dimensión 5 vs. 2 y 12	.860**
Dimensión 6 vs. 4 y 5	.861**

** Correlación significativa al nivel 0.01

DISCUSIÓN

La investigación realizada contribuye a la generación de conocimiento sobre el WHODAS 2.0 en latinos que reciben servicios psicológicos o psiquiátricos. Los hallazgos demuestran que los índices de confiabilidad obtenidos en ambas versiones de la escala, los índices por dominios, y las correlaciones identificadas entre los instrumentos son adecuados en términos psicométricos. Asimismo, se encontraron correlaciones significativas entre ambas versiones del WHODAS y el GAF.

La confiabilidad de la versión de 12 y 36 reactivos del WHODAS 2.0, se obtuvo por medio de la consistencia interna, específicamente el alfa de Cronbach. Este análisis pretende conocer si los reactivos de un instrumento miden el criterio evaluado, ya sea de forma general o por dominio. Se utiliza dicho análisis debido a que el instrumento no pretende discriminar entre contestaciones correctas o incorrectas (DeVellis, 2003), sino conocer la dificultad que ha tenido el participante en realizar actividades diarias durante los pasados 30 días (OMS, 2015). En la escala total se identificó una consistencia interna de .975. En los dominios, el alfa de Cronbach varía entre .821 en Cuidado Personal y .962 en Actividades de la Vida Diaria. En la versión de 12 reactivos, de forma global, la consistencia interna fue de .932. El alfa de Cronbach obtenido en el WHODAS 2.0, versión de 36 reactivos es consistente con el obtenido por la Organización Mundial de la Salud (OMS), ya que éstos reportaron una consistencia interna de .98 e indicaron que es catalogado como excelente (OMS, 2015).

Al evaluar los resultados obtenidos en los dominios del WHODAS 2.0 versión de 36 reactivos, se identificó que el relacionado a Cuidado Personal obtuvo una consistencia interna no tan robusta ($\alpha=.821$). Esto puede deberse a que este dominio sólo contiene cuatro reactivos para medir su consistencia,

en comparación con el resto que tiene cinco o más premisas. Sin embargo, este hallazgo no es consistente con el resultado obtenido en la OMS (2015), ya que en su investigación dicho dominio obtuvo un alfa de Cronbach alto ($\alpha=.94$). Ese resultado debe ser evaluado tomando en consideración que la muestra utilizada por la OMS fue de 1,425 participantes.

El presente estudio puede ser comparado con uno llevado previamente en Puerto Rico por Chávez et al. (2005). Las autoras utilizaron 109 participantes localizados en Puerto Rico, 41 en Texas y 48 en California. Todos los participantes recibían servicios de salud mental o física. Si utilizamos los datos de los 109 participantes en Puerto Rico, el coeficiente de consistencia interna total fue de .92, siendo el alfa más bajo el de auto-cuido con 0.77. Por lo tanto, en la investigación de Chávez et al., (2005) el dominio de auto-cuido fue el que también demostró menor consistencia interna.

En el presente estudio también se identifica una relación estadísticamente significativa entre la versión de 12 y 36 reactivos del WHODAS 2.0 ($p<.001$). Esto sugiere que ambas medidas se asocian de forma similar. Este hallazgo era esperado debido a que ambos instrumentos contienen las mismas premisas, diferenciándose solamente por la cantidad de reactivos por instrumento, elemento que garantiza su uniformidad.

Al evaluar la relación del GAF y las dos versiones del WHODAS 2.0, se observó que entre el GAF y el WHODAS 2.0 (versión de 12 reactivos), existe una correlación negativa significativa ($r=-.379$, $p<.001$), mientras que entre el GAF y el WHODAS 2.0 (versión de 36 reactivos), es de $r= -.345$, $p<.001$. Es decir, las asociaciones de las dos versiones del WHODAS 2.0 con el GAF presentan una relación inversa, moderada baja, y con significancia estadística. Una magnitud moderada baja entre las medidas

sugiere que el promedio entre las puntuaciones obtenidas por los participantes no es similar. Este resultado puede deberse a que el GAF es completado por el profesional de ayuda en comparación con el WHODAS 2.0 que es auto-administrable.

La divergencia entre el GAF y el WHODAS 2.0 resulta problemática a nivel clínico. Francamente, hubiésemos esperado una correlación más robusta entre ambos instrumentos. La pregunta modular es la siguiente: ¿es el GAF o el WHODAS 2.0 el que mejor recoge la discapacidad del cliente? Nuestro estudio no nos permite contestar con acierto esta pregunta. Básicamente lo que documenta es que hay una correlación significativa entre ambos instrumentos, pero también apunta a que hay divergencias entre ambos instrumentos. Sin embargo, debe notarse que si examinamos la puntuación total del GAF y la del WHODAS (en ambas versiones), el nivel de interpretación sería muy similar. Un GAF de 62 sugiere la presencia de síntomas leves o algunas dificultades en el funcionamiento social, ocupacional o escolar. Mientras que una puntuación en el WHODAS 2.0 de 94 (versión larga) o de 31 (versión corta) apunta a discapacidad leve/moderada. Por lo tanto, las puntuaciones del GAF y del WHODAS 2.0 apuntan a una misma dirección.

Tomando en consideración los escritos sobre las equivalencias psicométricas entre el WHODAS 2.0 y otros instrumentos de valoración (Chisom et al, 2005; Chopra et al, 2004; Magistrale et al, 2015; Ruocco et al, 2014), no se encontró dentro de la revisión realizada reportes que comparen directamente el WHODAS 2.0 con el GAF, y tampoco que se hayan realizado específicamente con poblaciones latinas. Además de esto, no se ha encontrado literatura que compara las características psicométricas de la versión de 12 reactivos con la versión de 36 del WHODAS 2.0, ni respecto a su comportamiento frente al GAF. Por lo tanto, este estudio es una

aportación al campo de la psicología, ya que servirá de referencia para investigaciones futuras en las cuales se necesite comprobar la relación entre las dos versiones del WHODAS 2.0, así como de su asociación con el GAF. Además, es la primera ocasión en la que se compara la aplicación del WHODAS 2.0 con el GAF en Puerto Rico dentro de la práctica clínica, resaltando aún más la relevancia científica del presente estudio.

Como resultado de la presente investigación, se considera que el WHODAS 2.0 en ambas versiones es un instrumento que puede aplicarse en la práctica clínica, siempre tomando en cuenta que las puntuaciones obtenidas deben complementarse con otras medidas de funcionalidad y un buen historial clínico que ausculta el área de funcionalidad (Marx et al, 2015; Sjønnesen et al, 2016).

Limitaciones

Debido a que en esta investigación se utilizó una muestra por disponibilidad, no se pueden replicar los resultados al resto de la población clínica puertorriqueña. La selección de una muestra de este tipo limita la accesibilidad de participantes, y por tanto, el tamaño de la muestra misma tiende a ser reducido. Esta también representa un factor de riesgo como sesgo para generalizar los resultados, pues no se puede asegurar que los individuos seleccionados sean una representación de adultos puertorriqueños, que reciben servicios psicológicos o psiquiátricos.

Otra limitación identificada es que el WHODAS 2.0, principalmente en su versión larga, es un instrumento que puede ocasionar fatiga o cansancio durante la administración, lo cual se evidenció en el desarrollo de este estudio, confirmando algunas debilidades del instrumento reportadas en la literatura. Por ejemplo, se encontraron dificultades para mantener la atención de los pacientes en el reporte del

cuestionario, principalmente debido a que es difícil para ciertos pacientes, seleccionar puntos intermedios para valorar una situación específica del reactivo, por lo cual se tiende a escoger uno de los extremos como respuesta. Esta dificultad también se reportó en estudios previos como el realizado por Chopra y colegas (2004).

Recomendaciones y sugerencias

Se recomienda continuar realizando investigación con el WHODAS 2.0, teniendo como muestra poblaciones latinas. Se sugiere ampliar el alcance del estudio actual, para poder valorar la aplicación del WHODAS 2.0, en sus dos versiones (12 y 36 reactivos), en pacientes que reciben servicios psicológicos o psiquiátricos mediante métodos de muestreo complementario que permita justificar su uso con poblaciones distintas a la desarrollada en esta investigación.

Se recomienda estudiar la utilidad clínica del WHODAS 2.0, en la población infantoyjuvenil y de habla hispana debido a que tanto la muestra utilizada en el presente estudio como el instrumento, fueron desarrollados inicialmente para personas mayores de 18 años. Scorza y colaboradores (2013), realizaron un estudio de validación del instrumento WHODAS-Child con niños y adolescentes, entre las edades de 10 a 17 años, residentes en Rwanda en el que confirmaron la estructura con los seis dominios y correlacionaron las puntuaciones con diagnósticos clínicos. Concluyeron que el instrumento es confiable y que puede ser utilizado como medida para evaluar el funcionamiento de niños y adolescentes de dicha comunidad.

También, se sugiere incluir en la valoración de los pacientes, instrumentos complementarios que permitan evaluar la calidad de vida asociado a sus condiciones de salud o instrumentos de índole cualitativo, que permitan analizar de manera complementaria y desde acercamientos

más subjetivos por parte del paciente (opiniones, sentimientos y percepciones), aquella información que el WHODAS 2.0 por su diseño no contempla. Respecto a esta sugerencia, se pueden referenciar los estudios de Chopra y colegas (2004) o de Dalrymple y colegas (2014), que utilizaron instrumentos complementarios al WHODAS 2.0 con este fin.

Es necesario que los profesionales que atienden la salud mental en Puerto Rico, conozcan y valoren la aplicación de ambas versiones del WHODAS 2.0, dentro de su práctica clínica. Un posible beneficio de su utilización es estar a la vanguardia científica respecto a los instrumentos utilizados a nivel mundial para la valoración clínica. Por último, el valor más importante del WHODAS 2.0 versión de 12 y 36 reactivos auto-administrable, es que permite una valoración más detallada y específica sobre las dificultades debido a condiciones de salud que enfrenta el paciente que recibe servicios psicológicos o psiquiátricos.

REFERENCIAS

- American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (5th ed.). Washington, DC: Author.
- Chávez, L. M., Canino, G., Negron, G., Shrout, P. E., Matías-Carrelo, Agilar, S., & Hoppe, S. (2005). *Mental Health Services Research*, 7, 145-159.
- 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(3), 111-126.
- Chopra, P. K., 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(9), 753-759.
- Dalrymple, K. L., Morgan, T. A., Lipschitz, J. M., Martinez, J. H., Tepe, E., & Zimmerman, M. (2014). An integrated, acceptance-based behavioral approach for depression with social anxiety: Preliminary results. *Behavior Modification*, 38(4), 516-548.
- DeVellis, R. F. (2003). *Scale development: Theory and applications*. Thousand Oaks, CA: Sage Publications.
- Gold, L. H. (2014). *DSM-5 and the assessment of functioning: The World Health Organization Disability Assessment Schedule 2.0 (WHODAS 2.0)*. *Journal of the American Academy of Psychiatry and the Law*, 42(2), 173-181.
- Kim, J., Long, J., Mills, J. A., Downing, N., Williams, J. K., & Paulsen, S. (2015). Performance of the 12-item WHODAS 2.0 in prodromal Huntington disease. *Journal of Human Genetics*, 23, 1584-1587.
- Konecky, B., Meyer, E. C., Marx, B. P., Kimbrel, N. A., & Morissette, S. B. (2014). Using the WHODAS 2.0 to assess functional disability associated with DSM-5 mental disorders. *American Journal of Psychiatry*, 171, 818-820. doi: 10.1176/appi.ajp.2014.14050587.
- Kulnik, S. T. & Nikoletou, D. (2014). WHODAS 2.0 in community rehabilitation: a qualitative investigation into the validity of a generic patient-reported measure of disability. *Disability and Rehabilitation*; 36(2): 146–154. doi: 10.3109/09638288.2013.782360.
- Luciano, J.V., Ayuso-Mateos, J. L., Fernández, A., Serrano-Blanco, A., Roca, M., & Haro, J. M. (2010). Psychometric properties of the twelve item World Health Organization Disability Assessment Schedule II (WHO-DAS II) in Spanish primary care patients with a first major depressive

- episode. *Journal Affective Disorders*, 121, 52-58.
- Magistrale, G., Pisani, V., Argento, O., Incerti, C. C., Bozzali, M., Cadavid, D., & Nocentini, U. (2014). Validation of the World Health Organization Disability Assessment Schedule II (WHODAS-II) in patients with multiple sclerosis. *Multiple Sclerosis Journal*, 21(4), 448-456. doi: 10.1177/1352458514543732.
- Marx, B. P., Wolf, E. J., Cornette, M. M., Schnurr, P. P., Rosen, M. I., Friedman, M. J., & Speroff, T. (2015). Using the WHODAS 2.0 to assess functioning among veterans seeking compensation for posttraumatic stress disorder. *Psychiatric Services*, 66(12), 1312-1317.
- Morrison, J. (2014). *DSM-5 made easy: The clinician's guide to diagnosis*. New York: Guilford Press.
- Organización Mundial de la Salud (2015). *Medición de la salud y la discapacidad: manual para el cuestionario de evaluación de la discapacidad de la OMS*. Recuperado de: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/170500/1/9874573309_spa.pdf.
- Paris, J. (2013). *The intelligent clinician's guide to the DSM-5*. New York: Oxford University Press.
- Ruocco, A. C., Lam, J., & McMain, S. F. (2014). Subjective cognitive complaints and functional disability in patients with borderline personality disorder and their nonaffected first-degree relatives. *The Canadian Journal of Psychiatry*, 59(6), 335-344.
- Scorza, P., Stevenson, A., Canino, G., Mushashi, C., Kanyanganzi, F., Munyanah, M., & Betancourt, T. (2013). Validation of the "World Health Organization Disability Assessment Schedule for Children, WHODAS-Child" in Rwanda. *Plos ONE*, 8(3), doi:10.1371/journal.pone.0057725.
- Sjønnesen, K., Bulloch, A. G., Williams, J., Lavorato, D., & Patten, S. B. (2016). Characterization of disability in Canadians with mental disorders using an abbreviated version of a DSM-5 emerging measure: The 12-Item WHO Disability Assessment Schedule (WHODAS) 2.0. *The Canadian Journal of Psychiatry*, 61(4), 227-235.
- Üstün, T.B. , Chatterji, S., Kostanjsek, N., Rehm, J., Kennedy, C., Epping-Jordan, J., Saxena, S., von Korff, M., Pull, C. (2010). Developing the World Health Organization Disability Assessment Schedule 2.0. *Bulletin of the World Health Organization*, 88, 815-823. doi: 10.2471/BLT.09.067231.
- Üstün, T.B. , Chatterji, S., Kostanjsek, N., Rehm, J. (Eds.). (2010). *Measuring Health and Disability: WHO Disability Assessment Schedule (WHODAS 2.0)*. Geneva, Switzerland: Author.
- Vázquez-Barquero, J.L., Vázquez, E., Herrera, S., Saiz, J., Uriarte, M., Morales, E., Gaite, L., Herrán, A., Üstün, T.B. y Grupo Cantabria en Discapacidades. (2000). Versión en lengua española de un nuevo cuestionario de evaluación de discapacidades de la OMS (WHODAS-II): fase inicial de desarrollo y estudio piloto. *Actas Españolas de Psiquiatría*, 28(2), 77-87.