

**PERFIL DE DISCAPACIDAD DESDE LOS DOMINIOS DE WHODAS 2.0 EN
PERSONAS CON TRASTORNO DEPRESIVO MAYOR ATENDIDAS EN
UNA INSTITUCIÓN DE SALUD MENTAL DE CALI EN EL 2017**

**ANA J. NIÑO GARCIA
DIANA C. GONZALEZ GUANCHA
HILLARY POTES ANACONAS**

**UNIVERSIDAD DEL VALLE
FACULTAD DE SALUD
ESCUELA DE REHABILITACIÓN HUMANA
TERAPIA OCUPACIONAL
SANTIAGO DE CALI**

2020

**PERFIL DE DISCAPACIDAD DESDE LOS DOMINIOS DE WHODAS 2.0 EN
PERSONAS CON TRASTORNO DEPRESIVO MAYOR ATENDIDAS EN UNA
INSTITUCIÓN DE SALUD MENTAL DE CALI EN EL 2017**

ANA J. NIÑO GARCIA

DIANA C. GONZALEZ GUANCHA

HILLARY POTES ANACONAS

Trabajo de grado para optar al título de Terapeuta Ocupacional

DIRIGIDO POR:

ELVIS SIPRIAN CASTRO ALZATE

UNIVERSIDAD DEL VALLE

FACULTAD DE SALUD

ESCUELA DE REHABILITACIÓN HUMANA

TERAPIA OCUPACIONAL

SANTIAGO DE CALI

2020

Preámbulo

Agradecimientos y dedicatoria.

A Dios por ser nuestro guía, a nuestras familias y seres queridos por su apoyo incondicional a lo largo de la construcción de nuestra meta profesional; a nuestra Alma Mater, la Universidad del Valle, a cada uno de nuestros docentes del programa de Terapia Ocupacional y en especial a nuestro docente asesor Elvis Siprian Castro Alzate por su acompañamiento y orientación en cada una de las etapas de nuestro proyecto.

Así mismo, a los epidemiólogos Laura Cardona Marín y Robinson Pacheco López (Maestría en Epidemiología de la Universidad Libre) por haber autorizado el uso de los datos en la presente investigación.

Ana, Hillary y Diana.

Resumen

Introducción: en el mundo más de 300 millones de personas conviven con trastorno depresivo mayor (TDM), afectando a nivel afectivo, ideativo, conductual, cognitivo y emocional lo que interfiere en el desempeño social y ocupacional. De acuerdo con parámetros de la Clasificación del funcionamiento de la discapacidad y la salud, la discapacidad de esta población puede ser analizada desde los componentes actividad y participación. **Materiales y Métodos:** se realizó un análisis secundario de datos del estudio "*Comparación de modelos explicativos de discapacidad en población con trastornos mentales graves de tres países de Sudamérica*"; a partir de la cual se obtuvo datos de una submuestra con trastorno depresivo mayor atendidos en una institución prestadora de servicios de salud en la ciudad de Santiago de Cali, quienes fueron evaluados con el cuestionario de evaluación de la discapacidad de la Organización Mundial de la Salud; desarrollando un diseño descriptivo no experimental con enfoque cuantitativo.

Objetivo: describir el perfil de discapacidad a partir de los dominios del WHODAS 2.0 en una muestra de personas con trastorno depresivo mayor atendidas en una institución prestadora de servicios de salud mental en Santiago de Cali en el año 2017. **Resultados:** en la muestra se encuentra que hay mayor frecuencia de discapacidad moderada con 39,8%, discapacidad severa con 31,6%, discapacidad leve con 24,1%. Los síntomas depresivos actuales guardan relación con el perfil de discapacidad en población con Trastorno Depresivo Mayor que acude a los servicios de salud mental y psiquiatría en todos los dominios de funcionamiento. **Conclusión:** la presencia de discapacidad es frecuente en la población con trastorno depresivo mayor consultante aun cuando los síntomas depresivos están en remisión.

Palabras clave: Evaluación, Discapacidad, Depresión Mayor, Adultos,
WHODAS 2.0.

Summary

Introduction: More than 300 million people in the world live with Major Depressive Disorder (MDD), affecting affective, ideative, behavioral, cognitive and emotional levels, which interferes with social and occupational performance. According to parameters of the Classification of the functioning of disability and health, the disability of this population can be analyzed from the activity and participation components. **Materials and Methods:** a secondary analysis of data from the study called " *Comparison of disability explanatory models in the population with severe mental disorders from three South American countries* " was carried out; From which data was obtained from a subsample with major depressive disorder treated in an institution that provides health services in the city of Santiago de Cali, who were evaluated with the World Health Organization disability assessment questionnaire ; developing a descriptive non-experimental design with a quantitative approach. Objective: to describe the disability profile based on the WHODAS 2.0 domains in a sample of people with major depressive disorder treated at an institution that provides mental health services in Santiago de Cali in 2017. **Results:** the sample contains that there is a higher frequency of moderate disability with 39.8%, severe disability with 31.6%, mild disability with 24.1%. Current depressive symptoms are related to the disability profile in the population with Major Depressive Disorder that attends mental health and psychiatric services in all functional domains.

Conclusion: the presence of disability is frequent in the consulting population with major depressive disorder even when the depressive symptoms are in remission.

Keywords: Assessment, Disability, Major Depression, Adults, WHODAS 2.0.

INDICE DE CONTENIDO

<i>Introducción.....</i>	<i>- 8 -</i>
<i>1. Planteamiento del problema.....</i>	<i>- 9 -</i>
<i>Planteamiento de la pregunta problema.....</i>	<i>- 14 -</i>
<i>2. Justificación.....</i>	<i>- 15 -</i>
<i>3. Marco teórico</i>	<i>- 18 -</i>
<i>3.1 Concepto de Salud Mental</i>	<i>- 18 -</i>
<i>4. Objetivos</i>	<i>- 31 -</i>
<i>4.1 Objetivo General.</i>	<i>- 31 -</i>
<i>4.2 Objetivos Específicos.</i>	<i>- 31 -</i>
<i>Supuestos de la investigación.</i>	<i>- 32 -</i>
<i>5. Metodología.</i>	<i>- 32 -</i>
<i>5.1 Tipo de estudio.....</i>	<i>- 32 -</i>
<i>5.2 Área de estudio.</i>	<i>- 33 -</i>
<i>5.3 Población y muestra.</i>	<i>- 34 -</i>
<i>5.4 Criterios de inclusión.</i>	<i>- 34 -</i>
<i>5.5 Criterios de exclusión.</i>	<i>- 35 -</i>
<i>5.6 Recolección de información.</i>	<i>- 35 -</i>
<i>5.7 Plan de Análisis.....</i>	<i>- 39 -</i>
<i>5.8 Consideraciones éticas.</i>	<i>- 39 -</i>
<i>5.9 Variables.</i>	<i>- 41 -</i>
<i>6. Resultados.</i>	<i>- 48 -</i>
<i>6.1. Descripción General.....</i>	<i>- 48 -</i>
<i>6.2 Perfil de Discapacidad Global en la Muestra.....</i>	<i>- 50 -</i>
<i>6.3 Características del Perfil de Discapacidad de acuerdo con el Factor de Limitación en la Actividad.....</i>	<i>- 56 -</i>

6.4. Características del Perfil de Discapacidad en relación a la Restricción en la Participación.....	- 56 -
6.5 Características del Perfil a partir de la Presencia de Síntomas Depresivos...	- 57 -
6.6. Síntomas en Remisión	- 60 -
7. Discusión.....	- 62 -
7.1 Proyección de futuras investigaciones	- 82 -
7.2 Limitaciones del estudio	- 82 -
8. Conclusiones.....	- 83 -
Referencias bibliográficas.	- 86 -
Anexo A. Carta Autorización Datos de Macroproyecto.	- 102 -
Anexo B. Cuestionario para la Evaluación de la Discapacida de la Organización Mundial de la Salud (WHODAS 2.0)	- 103 -
Anexo C. Acta de aprobación Macroproyecto.	- 107 -
Anexo D. Acta de Aprobacion Comité de Etica.	- 109 -
Anexo E. Consentimiento Informado Macroproyecto.	- 111 -

INDICE DE TABLAS

<i>Tabla 1. Operacionalización de las variables sociodemográficas</i>	<i>- 41 -</i>
<i>Tabla 2.Operacionalización de las variables sociodemográficas del cuidador.....</i>	<i>- 43 -</i>
<i>Tabla 3. Operacionalización de las variables clínicas</i>	<i>- 44 -</i>
<i>Tabla 4. Operacionalización de las variables psicosociales.....</i>	<i>- 45 -</i>
<i>Tabla 5. Operacionalización de las variables de los dominios del WHODAS 2.0. -</i>	<i>46 -</i>
<i>Tabla 6. Categorías de discapacidad variable dependiente.</i>	<i>- 50 -</i>
<i>Tabla 7. Tabla Dominio 1.</i>	<i>- 51 -</i>
<i>Tabla 8. Tabla Dominio 2</i>	<i>- 52 -</i>
<i>Tabla 9. Tabla Dominio 3</i>	<i>- 52 -</i>
<i>Tabla 10. Tabla Dominio 4</i>	<i>- 53 -</i>
<i>Tabla 11. Tabla Dominio 5A.....</i>	<i>- 54 -</i>
<i>Tabla 12. Tabla Dominio 5B.....</i>	<i>- 54 -</i>
<i>Tabla 13. Tabla Dominio 6</i>	<i>- 55 -</i>
<i>Tabla 14. Comparación síntomas depresivos y síntomas psicóticos</i>	<i>- 57 -</i>
<i>Tabla 15. Porcentaje de Síntomas depresivos Actuales</i>	<i>- 58 -</i>

INDICE DE ILUSTRACIONES

<i>Ilustración 1 Modelo integral del funcionamiento</i>	<i>- 29 -</i>
<i>Ilustración 2 Mapa de Santiago de Cali.....</i>	<i>- 33 -</i>

INDICE DE ANEXOS

<i>Anexo A. Carta Autorizacion Datos de Macroproyecto.</i>	<i>- 102 -</i>
<i>Anexo B. Cuestionario para la Evaluación de la Discapacida de la Organización Mundial de la Salud (WHODAS 2.0)</i>	<i>- 103 -</i>
<i>Anexo C. Acta de aprobación Macroproyecto.</i>	<i>- 107 -</i>
<i>Anexo D. Acta de Aprobacion Comité de Etica.</i>	<i>- 109 -</i>
<i>Anexo E. Consentimiento Informado Macroproyecto.</i>	<i>- 111 -</i>

GLOSARIO

ABREVIATURA	TÉRMINO
TMG	Trastornos mentales graves
CIF	Clasificación Internacional del Funcionamiento, de la Discapacidad y la Salud.
TDM	Trastorno depresivo mayor
OMS	Organización Mundial de la Salud
RLCPD	Registro para la Localización y Caracterización de las Personas con Discapacidad
OPS	Organización Panamericana de la Salud.
CENDEX	Centro de Proyectos para el Desarrollo
WHODAS	Cuestionario para la Evaluación de la Discapacidad de la Organización Mundial de la Salud
SGSSS	Sistema General de Seguridad Social en Salud

Introducción

El trastorno depresivo mayor (en adelante TDM); respecto a la carga específica de discapacidad, es la quinta causa dentro de la carga global a nivel mundial; en el caso de Colombia se trata de la séptima causa (Vos *et al.*, 2017). Según la Organización Mundial de la Salud (en adelante OMS) (2019) este trastorno mental afecta a más de 300 millones de personas y presenta manifestaciones a nivel afectivo, ideativo, conductual y cognitivo, así como el persistente decaimiento del estado de ánimo, de la autoestima y de la capacidad de experimentar placer; que interfieren en el desempeño social y ocupacional de la persona en todos los ámbitos en los que se desempeña (Salvo *et al.*, 2017).

A nivel mundial se ha demostrado que existe una fuerte tendencia de impacto funcional de la presencia de TDM, caracterizado por limitaciones en la actividad y restricciones en la participación, estos fenómenos denotan la presencia de discapacidad de acuerdo con la perspectiva actual propuesta en la Clasificación Internacional del Funcionamiento, de la Discapacidad y de la Salud (en adelante CIF), para el proceso de la evaluación de la discapacidad se requiere determinar la presencia de los factores sociales relacionados con el funcionamiento de una persona, incluyendo los factores personales (tales como edad, educación y motivación) y ambientales (tales como entorno físico, alojamiento y apoyo disponible) (Gold. 2014).

Considerando lo anterior, en el contexto latinoamericano, se han generado iniciativas para la incorporación de la CIF en procesos de investigación en el contexto de la salud mental y psiquiatría. Producto de lo anterior, en un trabajo colaborativo de Instituciones de Educación Superior de Chile, Colombia y Ecuador, se realizó un estudio multicéntrico que permitió hacer un análisis comparativo de modelos explicativos de discapacidad en población con Trastornos Mentales Graves (Castro y Saldivia, 2017). El presente estudio se deriva de la anterior investigación y, mediante un análisis secundario de datos, se describe el perfil de discapacidad de una submuestra conformada por personas con diagnóstico de TDM, que fueron atendidas en una institución prestadora de servicios de salud de la ciudad de Santiago de Cali durante el año 2017.

El perfil de discapacidad incorpora los resultados de seis dominios evaluados mediante la escala de evaluación de discapacidad de la OMS (en adelante WHODAS 2.0, por su sigla en inglés), y se convierte en un antecedente para la generación de evidencia en el área, respondiendo a criterios de evaluación de discapacidad descritos en la reciente Resolución 00583 de 2018 formulada por el Ministerio de Salud y Protección Social (Ministerio de Salud y Protección Social, 2018).

1. Planteamiento del problema

La OMS (2019) define la discapacidad como un fenómeno complejo que refleja una interacción entre las características del organismo humano y las características de la sociedad en la que vive; abarca las deficiencias, que son problemas que afectan a una estructura o función corporal; las limitaciones de la

actividad que se definen como dificultades para ejecutar acciones o tareas, y las restricciones de la participación que son problemas para participar en situaciones vitales.

En el mundo más de mil millones de personas viven con alguna forma de discapacidad; de ellas, casi 200 millones experimentan dificultades considerables en su funcionamiento. En los años futuros, la discapacidad será un motivo de preocupación aún mayor, pues su prevalencia está aumentando. Ello se debe a que la población está envejeciendo y el riesgo de discapacidad es superior entre los adultos mayores, y también el aumento mundial de enfermedades crónicas como la diabetes, las enfermedades cardiovasculares, el cáncer y los trastornos de salud mental (OMS y Banco Mundial, 2011, p. 5).

En Colombia según cifras del Censo 2005, el 6.3% (n= 2.634.898) de la población refería tener algún tipo de discapacidad; no obstante, en el año 2010, el DANE y el Ministerio de Educación entregaron al Ministerio de Salud y Protección Social la administración del Registro para la Localización y Caracterización de las Personas con Discapacidad (en adelante RLCPD) con 790.000 personas identificadas; de las cuales el 58% (n= 809.853) de las personas con discapacidad son mayores a 50 años de edad, el 12% (n= 171.175) son menores de edad, y el 51% (n= 704.160) son hombres. Según la pertenencia étnica, el 11% (n= 151.444) refirieron pertenecer a un grupo étnico, de ellas el 71% (n= 107.732) son afrocolombianos con una mayor concentración en el Valle del Cauca y el 26% (n= 39.374) indígenas. Se reportó que el 52% (n=728.892) de las personas se encuentran concentradas en centros poblados de Bogotá, Antioquia, Valle, Santander y Nariño (DANE,2005).

Considerando la carga específica para trastornos mentales, en la región de las Américas (2018), Colombia ocupa el quinto lugar de carga de discapacidad de depresión, y se reporta un aporte del 8,2% de la carga global (Ministerio de Salud, 2017). Lo anterior implica que la depresión es un problema de salud pública y según el estudio de carga de enfermedad realizado por el Ministerio de Salud y Protección Social y el Centro de Proyectos para el Desarrollo (Cendex) en el 2010 fue la segunda causa de carga de morbilidad siendo superada por la hipertensión arterial (Ministerio de Salud y Colciencias, 2015).

De acuerdo con la Política Nacional de Salud Mental (Resolución 4886 de 2018), en Colombia el Estado a través del Sistema General de Seguridad Social en Salud (en adelante SGSSS) garantizará a la población colombiana, la promoción de la salud mental y prevención del trastorno mental, atención integral e integrada que incluya diagnóstico, tratamiento y rehabilitación en salud para todos los trastornos mentales (Ministerio de Salud y Protección Social, 2018); igualmente, a partir de la resolución 00583 de 2018 se implementó la certificación de discapacidad y el RLCPD, en la cual el estado se comprometió a adoptar la Clasificación Internacional del Funcionamiento, de la Discapacidad y de la Salud (CIF en adelante) como estándar semántico y de información en salud, a promover los procesos de formación y capacitación en el abordaje de la CIF y a promover la estandarización de variables en los campos de aplicación y en la generación de indicadores básicos (Ministerio de Salud y Protección Social, 2018)

Lo anterior implica que a nivel gubernamental se están adoptando medidas para caracterizar y determinar la frecuencia de discapacidad, por lo que se requiere desde las diferentes disciplinas del área de la salud dar continuidad a los procesos de

generación de información de acuerdo a estrategias de medición estandarizadas y replicables, que permitan aportar elementos en consideración con los desafíos a nivel nacional; según el Ministerio de Salud y Protección Social, en Colombia se ha evidenciado que se requiere articular la producción y disponibilidad nacional de datos básicos de salud mental, así como fortalecer la vigilancia del comportamiento de los indicadores claves que permitan orientar prioritariamente la implementación de intervenciones de prevención y control, así como el desarrollo de perfiles de salud locales regionales y nacionales de información básica, incluida la discapacidad (Ministerio de Salud y Protección Social, 2017, p.45).

Por consiguiente, en la Resolución 0053 de 2018 se establece como instrumento para la valoración de limitaciones en las actividades y restricciones en la participación para mayores de 18 años de edad, el instrumento WHODAS 2.0, el cual está enmarcado en la CIF y aporta un lenguaje estandarizado, fiable y aplicable transculturalmente, que permite describir el funcionamiento humano y la discapacidad como elementos importantes de la salud, utilizando para ello un lenguaje positivo y una visión universal de la discapacidad, teniendo en cuenta que dichos aspectos son la resultante de la interacción del individuo con el contexto social (OMS, 2001, como se cita en resolución Ministerio de Salud y Protección Social, 2018).

Es escasa la evidencia de evaluación de discapacidad en trastornos mentales en el contexto latinoamericano, por lo tanto, en una propuesta colaborativa desarrollada entre la Universidad de Concepción (Chile), la Universidad Central del Ecuador, la Universidad Libre (Colombia) y la Universidad del Valle (Colombia), se propuso una investigación que, a través de un análisis multicéntrico, permitió evaluar la discapacidad en población con trastornos mentales graves de tres países de

Sudamérica que presentan diferentes niveles de implementación de reforma en sus políticas de salud mental (Castro y Saldivia, 2017). En este se empleó WHODAS 2.0, considerando que es un instrumento de evaluación genérico que ofrece un método estandarizado útil en la medición de los niveles de salud y la discapacidad en la población general mediante encuestas y para la medición de la efectividad clínica y de los aumentos de la productividad originados por las intervenciones (OMS, 2015).

En el contexto del Valle del Cauca, existen antecedentes de evaluación de discapacidad en personas con intento de suicidio en el año 2009 - 2010, encontrando dentro de dichos factores una relación con los síntomas de trastornos depresivos (Castro-Alzate & Castillo, 2013). Otro antecedente en investigación en la ciudad de Cali incorpora los aportes de la sociología estableciendo una relación entre la depresión y el sexo, que concluye que los factores sociales afectan principalmente a las mujeres (Carreño, 2014).

En un estudio adicional planteado en el año 2012, presenta estudios relacionados con la prevalencia de trastornos mentales en una población que demanda servicios de salud en una IPS de baja complejidad y su asociación con la ideación suicida y la discapacidad percibida, encontrando que la depresión es el trastorno más frecuente y tiene una alta asociación con la ideación suicida y la discapacidad; evidenciando que casi la mitad de los pacientes habían tenido un intento suicida alguna vez en la vida y 3 de cada 4 pacientes refirieron algún tipo de discapacidad (Rodríguez, *et al.*, 2012).

Desde la terapia ocupacional se utilizan las actividades de la vida diaria (AVD) que son significativas y con propósito para aplicarlas de manera terapéutica y así mejorar y promover la participación ocupacional tanto como sea posible en

términos de independencia, seguridad y calidad; estas actividades seleccionadas se basan en enfoques y técnicas terapéuticas basadas en la evidencia que se han utilizado en la investigación y entornos clínicos que han demostrado ser útiles y eficaces; por tanto, la terapia ocupacional ha sido incorporada en programas y sistemas de salud mental para mejorar la calidad de vida de las personas con Trastorno Depresivo Mayor (Aravena, 2017).

Con esta perspectiva de tratamiento se puede facilitar la incorporación de estrategias adaptativas en relación a los intereses y ocupaciones del sujeto, otorgando la oportunidad de resignificar las experiencias que vive cotidianamente las personas, con el fin de tener un impacto favorable en la reducción de síntomas depresivos y ansiosos, y mejorar la calidad de vida de la persona (Sarsak, 2020).

En este sentido, considerando la alta incidencia de los trastornos depresivos y la carga importante de discapacidad que producen; es necesario continuar consolidando los procesos de investigación que permitan generar conocimiento relacionado con mediciones en salud, la discapacidad y el funcionamiento en personas con trastorno depresivo mayor, a nivel nacional, regional y local. Lo anterior permite a los profesionales de la salud y, en este caso a los terapeutas ocupacionales, ampliar el conocimiento para consolidar evidencia empírica que permita diseñar planes de intervención efectivos dirigidos a “favorecer la salud, las condiciones funcionales y el bienestar de las personas con trastorno depresivo mayor” (Muñoz, 2008, citado en Pelagallo, 2019).

Planteamiento de la pregunta problema.

Para responder al objetivo general de la investigación:

¿Cuáles son las características del perfil de discapacidad a partir de los dominios del WHODAS 2.0 en una muestra de personas con trastorno depresivo mayor atendidas en una institución de salud mental en Santiago de Cali en el año 2017?

Para responder a los objetivos específicos:

1. ¿Cuáles son las características del perfil de discapacidad que interfiere en el desempeño ocupacional desde las limitaciones de la actividad?
2. ¿Cuáles son las características del perfil de discapacidad que interfiere en el desempeño ocupacional desde la restricción en la participación?
3. ¿Cuáles son las diferencias presentadas en el perfil de discapacidad a partir de síntomas depresivos actuales?

2. Justificación.

En el mundo, aproximadamente 350 millones de personas sufren de depresión y se espera que esta cifra aumente, pues se ha previsto que en 2030 la depresión será la primera causa de morbilidad mundial (OMS, 2012, citado por en Londoño y González, 2016); en América, los episodios depresivos graves son el quinto estado de la salud humana más discapacitante y Colombia, con un 8,2% de personas diagnosticadas, se ubica en el quinto lugar en la tabla clasificatoria de la discapacidad por depresión, reportada en la carga de los trastornos mentales en la Región de las Américas (2018). Además, cabe considerar que la depresión puede ocasionar un impacto negativo afectando tanto el funcionamiento ocupacional y social, como la salud física de las personas que la padecen (Romero, *et al.*, 2011);

por lo que puede llegar a convertirse en un problema de salud serio, especialmente cuando es de larga duración, intensidad moderada a grave y puede causar gran sufrimiento (OMS, 2018).

En relación a lo anterior, surge la necesidad de generar conocimiento que permita determinar el perfil de funcionamiento de la discapacidad en población con este tipo de diagnóstico a partir del nuevo constructo de la discapacidad que se expresa en la CIF, para ello se propone el instrumento WHODAS 2.0, que ha sido diseñado para evaluar las limitaciones en la actividad y las restricciones en la participación experimentada por un individuo, independientemente del diagnóstico médico, de acuerdo con los resultados directos de este instrumento es posible elaborar un perfil por dominios de y una medición total del funcionamiento y la discapacidad en población general y en poblaciones con cualquier condición de salud, incluidos los trastornos mentales (OMS, 2015).

Por lo tanto, para la sociedad en general y para las personas con diagnóstico de TDM, es importante que se realice investigación en este campo, puesto que esto posibilita la generación de conocimiento en el campo científico que permita un entendimiento acerca de la relación del perfil de discapacidad y la presencia de TDM. De esta manera, es posible responder a necesidades ocupacionales de forma oportuna en el caso de la población con TDM que acude a servicios sanitarios (Castro-Alzate, *et al.*, 2019).

De acuerdo con las políticas actuales dirigidas a garantizar el ejercicio a la salud mental (Congreso de la República, 2013), las acciones que promueven la

salud mental a menudo tienen un importante resultado en la prevención de trastornos mentales y otras enfermedades o riesgos relacionados con la conducta, como la prevención del hábito de fumar y del sexo no seguro, por ello, la promoción de la salud mental tiene más potencial en la prevención de conductas antisociales y otros hábitos que perjudiquen la salud (Orley y Weisen, 1998, citado por OMS, 2004).

Además, el presente proyecto sirve como insumo para la creación de políticas públicas encaminadas a la gestión de programas a nivel intersectorial e interdisciplinar para la promoción, prevención e intervención integral, integrada y humanizada en salud mental (Ley 1616, 2013) que responda a las necesidades evidenciadas según los perfiles de discapacidad de las personas diagnosticadas y que posibiliten la participación en las diferentes áreas de desempeño, reduciendo la carga que representa el TDM, derivada de las limitaciones en la actividad y las restricciones en la participación, favoreciendo el bienestar y la calidad de vida.

Por lo anterior, el desarrollo de la presente investigación es relevante para la terapia ocupacional, considerando que esta profesión impacta positivamente en la salud y el bienestar, por medio de la ocupación (Moreno *et al.*, 2019); por lo que es necesario generar evidencia relacionada con los perfiles de discapacidad en población con TDM, identificando las variaciones a partir de los seis dominios de WHODAS 2.0, los cuales presentan una amplia relación con las áreas de desempeño descritas en el Marco de Trabajo para la Práctica de Terapia Ocupacional de la Asociación Americana de Terapia Ocupacional (AOTA, por su sigla en inglés); lo que permite determinar el grado de dificultad de las personas con

TDM en la participación e independencia que presenta la persona en el desempeño ocupacional y en la interacción con las demandas de las actividades y los factores del contexto; así mismo a partir del conocimiento en los perfiles de funcionamiento se tendrá mayores herramientas a nivel profesional para tomar decisiones frente a los procesos de evaluación e intervención; además, se incrementa la producción científica que dé soporte a la T.O. en el campo Psicosocial.

3. Marco teórico

3.1 Concepto de Salud Mental

En Colombia, a partir de la Ley 1616 de 2003, se definió la salud mental como “un estado dinámico que se expresa en la vida cotidiana a través del comportamiento y la interacción, de manera tal que permite a los sujetos individuales y colectivos desplegar sus recursos emocionales, cognitivos y mentales para transitar por la vida cotidiana, para trabajar, para establecer relaciones significativas y para contribuir a la comunidad” (Congreso de la república, 2013). De acuerdo con esta definición es importante considerar que la forma como las personas se comportan y se relacionan con los demás y en diversos entornos, es el resultado de la manera en que transcurren los contenidos de la mente; esta interacción se encuentra íntimamente influenciada por el efecto de factores genéticos, congénitos, biológicos y de la historia particular de cada persona y su familia, así como por aspectos culturales y sociales (Ministerio de Salud, 2014).

Desde el punto de vista de Terapia Ocupacional, la salud mental involucra la expresión de competencias de ajuste emocional, cognitivo y social que permitan responder a las demandas del entorno y, de esta manera, los grupos poblacionales

pueden vincularse en la ejecución de roles de acuerdo a la etapa de ciclo vital en la que se encuentren a partir de sus expectativas ocupacionales (Sánchez, 2014).

3.2 Concepto de Problema de salud mental

Según el Ministerio de Salud (En adelante MinSalud) (2017), un problema de salud mental también afecta la forma cómo una persona piensa, se siente, se comporta y se relaciona con los demás, pero de manera menos severa que un trastorno mental. Los problemas mentales son más comunes y menos persistentes en el tiempo. En algún momento de la vida de cualquier persona puede experimentar sentimientos de tristeza, ansiedad, insomnio u otros síntomas que pueden generar malestar y algunos inconvenientes, pero que no llegan a provocar un deterioro significativo a nivel social, laboral o en otras áreas importantes de la actividad cotidiana; llegando a requerir apoyo social y clínico (MSPS, 2015).

Desde Terapia Ocupacional, la presencia de un problema de salud mental implica un desequilibrio ocupacional fundamentado en situaciones que trascienden el ajuste psicosocial, al no presentarse sintomatología grave y persistente se hace necesario acompañamiento psicosocial que permita conservar hábitos, rutinas y estrategias basadas en la ocupación como medio que facilite la regulación emocional (Sánchez, 2014).

3.3. Concepto de Trastornos Mentales Graves

Según la OMS (2019) los trastornos mentales, se caracterizan por una combinación de alteraciones del pensamiento, la percepción, las emociones, la

conducta y las relaciones con los demás y los cuales limitan el desenvolvimiento social, laboral, familiar y personal (MSPS y Colciencias, 2015). Hay una gran variedad de trastornos mentales, cada uno de ellos con manifestaciones distintas, entre ellos se incluyen la depresión, el trastorno afectivo bipolar, la esquizofrenia y otras psicosis (MSPS, 2014).

Según Castro y Saldivia (2017), la comprensión del concepto de trastorno mental grave conlleva a identificar una serie de factores determinantes que lo condicionan tradicionalmente a la presencia de un cuadro clínico complejo, que involucra la interacción de dimensiones biológicas, psicológicas y sociales, y que implica una etiología multifactorial. Sumado a esto, en el caso del TDM se debe considerar tres criterios para determinar su presencia, el diagnóstico de una psicosis no orgánica, la duración en términos de presentar una enfermedad prolongada y un tratamiento de largo curso y las variaciones que puede tener la discapacidad en términos de gravedad de acuerdo al impacto funcional social y ocupacional (National Institute of Mental Health – NIMH, como citó en Castro y Saldivia, 2017).

Considerando la propuesta por la Organización Mundial de la Salud (OMS) en la CIF 2001, la cual incorpora tanto el componente del funcionamiento y la discapacidad como la influencia de factores contextuales y factores personales como elementos que dinamizan la complejidad de la capacidad y desempeño de las personas que conviven con estos diagnósticos, se debe considerar que la definición conceptual de la depresión mayor como TMG requiere incorporar una perspectiva multidimensional propuesta por Slade, Powell y Strathdee en 1997, en la que sugiere la necesidad de establecer una convergencia entre dimensiones como

seguridad, apoyo social (formal e informal), diagnóstico, duración y discapacidad asociada, incluyendo el efecto relacional entre la persona y el entorno físico y social cotidiano (como se citó en Castro *et al.*, 2019)

3.4 Countinuum salud mental – trastorno mental

Actualmente no existe una manera biológicamente sólida de hacer la distinción entre normalidad y anormalidad mental, tampoco se conocen claramente todas las causas de los desequilibrios de los trastornos mentales (MSPS, 2014); por tanto se reconoce un marco comprensivo en el cual existe un espectro salud mental-problema-trastorno mental, es decir, entendiendo la situación mental del individuo como un continuo que va desde la salud mental, pasando por los problemas mentales, hasta llegar a los trastornos mentales. Este modelo permite el reconocimiento de la dinámica y movilidad de la vida mental del individuo, sus devenires y las individualidades en el interior de un colectivo o de una comunidad (MSPS y Colciencias, 2015).

La salud mental se contempla desde los parámetros del funcionamiento de la vida de las personas en el diario vivir del curso vital, teniendo en cuenta aspectos del funcionamiento que generan tensión emocional, manteniendo una característica que los diferencia de los problemas y trastornos psiquiátricos que son de mayor impacto al generar un deterioro en el funcionamiento personal, familiar, ocupacional, comunitario y social (MSPS y Colciencias, 2015).

3.5 Trastorno depresivo mayor (TDM)

Los trastornos depresivos se caracterizan por la presentación de episodios de longitud temporal variable, según el tipo de trastorno, en los que el sujeto

experimenta ánimo triste y pérdida de interés en las actividades que antes eran placenteras la mayor parte del tiempo. Estos síntomas suelen acompañarse de síntomas somáticos como las alteraciones en el apetito y en el sueño; síntomas cognitivos como la falta de concentración, pérdida de confianza en sí mismo, ideas negativas hacia el futuro, de culpa o de suicidio, entre otros. Estas condiciones alteran las actividades usuales del individuo, porque disminuyen su funcionalidad y la gravedad depende de la cantidad, la magnitud de síntomas y el grado de compromiso funcional (OMS, 1993, como citó MSPS y Colciencias. 2015).

Según investigaciones realizadas por Pérez, Cervantes, Hijuelos, Pineda y Salgado (2017), se encuentra que en la depresión mayor hay involucrados tres factores etiopatogénicos: los psicosociales, los genéticos y los biológicos. Entre los factores psicosociales se encuentran los eventos estresantes, hábitos poco saludables, recursos de afrontamiento y el apoyo social, cuando estos factores sobrepasan las capacidades y habilidades de respuesta adaptativa de los sujetos se producen cambios en la fisiología cerebral, específicamente cambios en la estructura y funciones de las diferentes áreas a nivel cerebral. Entre los factores genéticos se ha reportado que alrededor de 200 genes se encuentran relacionados con el trastorno depresivo mayor, encontrándose una mayor prevalencia de esta patología entre familiares de primer grado, ya que estos comparten el 50% de los genes. Entre los factores biológicos, se encuentran alteraciones a nivel de neurotransmisores (serotonina, noradrenalina y dopamina), citocinas y hormonas (la hormona de crecimiento y el cortisol) que causan modificaciones a nivel estructural y funcional del sistema nervioso central, el sistema inmunológico y sistema endocrino.

La depresión puede ocurrir a cualquier edad, pero a menudo comienza en la adolescencia o a principios de la adultez temprana, es decir, aproximadamente entre los 20 y los 35 años de edad (National Institute of Mental Health. 2015). Afectando en mayor proporción en un 70.4 % a las mujeres y el 29.6% a los hombres, según el número de personas atendidas con diagnóstico de depresión moderada, en el 2015 (MSPS. 2017).

Las múltiples clasificaciones de los síndromes depresivos obedecen a perspectivas muy diferentes, se encuentran plasmadas en el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM-V) y la Clasificación Internacional de las Enfermedades (CIE-10), ambas basadas en la clasificación de síntomas que buscan un consenso en aras de una aplicación práctica y de un lenguaje común que permita el trabajo científico entre investigadores y clínicos (Pérez, *et al.* 2017a). En la presente investigación, considerando los cambios planteados en el DSM-V, el cual aporta información sobre la codificación, clasificación y diagnóstico de los trastornos mentales se acudió al empleo del WHODAS 2.0 como herramienta para la evaluación del eje relacionado con el funcionamiento, eliminando el efecto asociado a una mala clasificación al considerar la presencia de signos y síntomas de la condición de salud (Asociación Americana de Psiquiatría, 2013). En este manual la depresión es considerada como un trastorno del estado de ánimo y se subdivide en las siguientes categorías: trastorno depresivo mayor, trastorno distímico y trastorno depresivo no especificado (Pérez, *et al.* 2017b). Lo anterior, implica que en la evaluación del funcionamiento desde esta perspectiva se acude al uso de los componentes “actividad” y “participación” descritos en la CIF (Pérez, *et al.* 2017b).

3.6 Construcción socio-cultural de la depresión

En la sociedad occidental es más frecuente concebir la depresión como una “enfermedad” con componentes hereditarios y biológicos, mientras que una visión “situacional” que comprende los síntomas en el contexto de un estrés psicosocial y de dificultades interpersonales suele asociarse con sociedades tradicionales y comunidades minoritarias. Por esta razón, las personas que interpretan los problemas como “reacciones emocionales” frente a las adversidades del entorno, al contrario de una interpretación patológica, son menos propensos a buscar ayuda profesional en el ámbito de la salud mental (Botto *et al.*, 2014 a).

En comunidades orientales, la depresión se expresa más con síntomas “físicos” que “psicológicos”; rara vez los pacientes reportan sentimientos de tristeza o desánimo; en cambio presentan molestias como dolor, somnolencia, fatiga y aburrimiento, evidenciando un patrón claramente somatosensorial. La razón, se explica porque en estas comunidades la expresión de sentimientos, especialmente de afectos negativos, se considera culturalmente algo reprobable. Es importante, tener en cuenta que aunque existan elementos universales en la psicopatología de la depresión, la manera en que ésta se expresa se encuentra moldeada por la cultura (Botto *et al.*, 2014b).

3.7 Conceptos de discapacidad.

El concepto de discapacidad ha sufrido grandes cambios a lo largo de la historia. Según Bradley, 1995; OMS, 1997 (citado en Schalock, 1999) la discapacidad de una persona es definida como la resultante de la interacción una

persona y las variables ambientales que incluyen el ambiente físico, las situaciones sociales y los recursos (OMS, 2001). Aunque este concepto ha sido y sigue siendo extensamente debatido tanto en círculos académicos, como en el terreno político o en organizaciones de personas con discapacidad (Pérez y Chhabra, 2019); Aún puede ser explicada de modo distinto dependiendo de factores tales como el país de origen, el género, la edad, las ideologías políticas o creencias religiosas, o la situación socio-económica (OMS, 2011, como se citó en Pérez y Chhabra, 2019).

Por tanto, a lo largo de la historia, se han desarrollado diferentes esquemas teóricos que pretenden ofrecerse como instrumentos empleados para captar y examinar de modo diferente el mundo de la persona con discapacidad, así como para generar nuevas hipótesis y ayudar a evaluar el efecto de situaciones que están más allá de la propia esfera de influencia (Altman, 2001, como se citó en Pérez y Chhabra, 2019).

Los diversos estudios de la discapacidad destacan tres modelos que se correlacionan con tres periodos históricos: el modelo de prescindencia, característico de la Antigüedad y el Medioevo; el modelo médico o de rehabilitación, propio de la primera mitad del siglo XX; y el modelo social, surgió a partir de la década de los sesenta del siglo pasado, y cuyos parámetros impregnan la mirada actual (Velarde, 2012). Por tanto, la presente investigación se enfoca en el modelo relacional el cual es un tipo de modelo social que aborda la discapacidad, analizada en términos de una interacción entre el individuo y el ambiente social y físico (OMS, 2001; Brandt y Pope, 1997, cómo se citó en Gómez y Cuervo, 2007). En esta relación aparecen factores de transición, es decir, factores que capacitan o

discapacitan al individuo para participar o desarrollar actividades en sus contextos y los factores de transición que incluyen estilos de vida, comportamientos y los diferentes tipos de ambientes (Brandt y Pope, 1997, cómo se citó en Gómez y Cuervo 2007).

El entorno desde la perspectiva relacional incorpora dos categorías generales: *el entorno psicológico y social*, que incluye aspectos como la discriminación, el acceso a los servicios de salud, el acceso a la tecnología, el empleo, la familia, las organizaciones de la comunidad, las características de personalidad, las actitudes y los estados emocionales, los servicios educativos, la espiritualidad y la independencia, entre otros y *el entorno físico*, que incluye la arquitectura, el transporte, el clima, la tecnología apropiada, la geografía y el tiempo (Castro y Saldivia, 2017).

El reconocimiento del funcionamiento y la discapacidad como problema mayor de salud pública, tanto en países desarrollados como emergentes, es lo que ha llevado a la OMS a desarrollar La Clasificación Internacional del Funcionamiento, de la Discapacidad y de la Salud (CIF) como lenguaje internacional estandarizado capaz de describir y clasificar la salud y las dimensiones relacionadas con ella, y así promover un marco común para la medición de los resultados sanitarios (Castro y Saldivia, 2017).

La CIF abarca tres componentes esenciales: funciones corporales/estructuras, actividad y participación, integrados bajo los términos “funcionamiento” y “discapacidad”, que dependen de la condición de salud y de su interacción con factores contextuales. Los componentes están clasificados mediante

categorías: organizadas en dominios que comprenden 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. Hoy por hoy consta de 1.424 categorías organizadas en una estructura jerárquica de 4 niveles de menos preciso a más, por esta razón se generó un instrumento de medición de discapacidad que reúne información sobre los factores *“limitaciones en la actividad”* y *“restricciones en la participación”*, que ha sido empleado en procesos de investigación en condiciones físicas y, más recientemente, en trastornos mentales (Castro y Saldivia, 2017; Castro *et al.*, 2019).

Las funciones corporales/estructurales hacen referencia a las funciones fisiológicas de los sistemas corporales como también a las partes anatómicas del cuerpo, tales como: órganos, extremidades y sus componentes. Las deficiencias que pueden aparecer en estas funciones, pueden ser temporales, permanentes, progresivas, regresivas, estáticas, intermitentes o continuas (OMS, 2001). Al existir una afectación de alguna estructura corporal se pierde la función, específicamente hablando del instrumento WHODAS 2.0, se ve afectado el dominio 1: cognición, dado que se alteran procesos regulares y/o capacidades relacionadas con los procesos de comunicación y actividades del pensamiento.

En relación a la actividad: se define como la realización de una tarea o acción por una persona, si esta se ve interrumpida, alterada o con dificultades en el desempeño o en la realización se conoce como limitación de la actividad (OMS, 2001). Dentro del componente actividad se encuentran los dominios del WHODAS 2.0: comunicación, movilidad y autocuidado; se tiene en cuenta el calificador de

capacidad que describe la aptitud del individuo para realizar una tarea o acción (OMS, 2010).

En cuanto a la participación se define como el acto de involucrarse en una situación vital, se conoce como restricción en la participación cualquier tipo de alteración en las interacciones complejas de una persona con alguna condición de salud y el entorno que le rodea (OMS, 2001). En cuanto a los dominios del WHODAS 2.0 se encuentran: relaciones, actividades instrumentales, actividades escolares o de trabajo y participación. Se involucran aspectos de la vida comunitaria, social y cívica, tal como se menciona en la CIF.

Como se muestra en la figura 1, la CIF se fundamenta en el Modelo Integral del funcionamiento y la discapacidad que consta de tres componentes esenciales : el primero de ellos, funciones y estructuras corporales, tiene que ver con las funciones fisiológicas/psicológicas y los elementos anatómicos, y es su ausencia o alteración lo que concebimos como *deficiencias* en las funciones y las estructuras; el segundo componente, la actividad, se refiere a la ejecución individual de tareas y las dificultades que tiene una persona para realizarlas son las *limitaciones*; el tercer componente, la participación, se refiere al desenvolvimiento de las situaciones sociales y los problemas que el individuo experimenta en tal desenvolvimiento constituyen a las *restricciones*; lo anterior demuestra la fundamentación estructural de las descripciones en La CIF (Castro y Saldivia, 2017).

Se propone un modelo relacional entre la persona, el diagnóstico y el contexto físico y social.

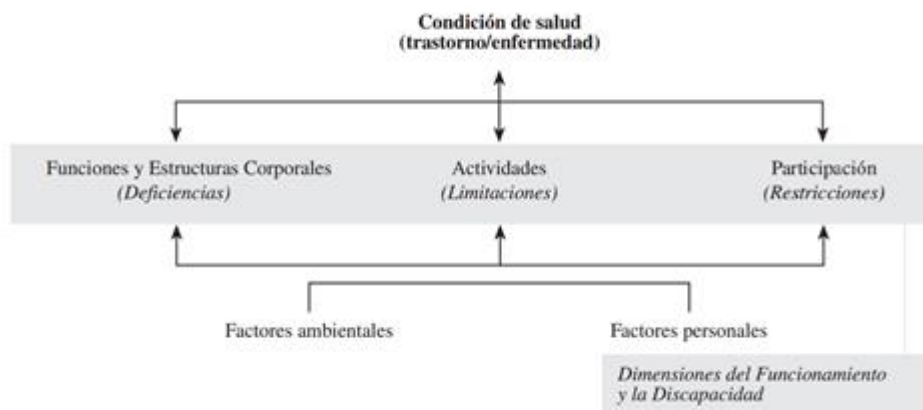


Figura 1 Modelo Integral del funcionamiento y la discapacidad que sirve de fundamento a la CIF. Fuente: OMS (2001).

3.8 Cuestionario para la evaluación de la discapacidad de la Organización Mundial de la Salud (WHODAS 2.0).

El WHODAS 2.0 es un instrumento de evaluación genérico, que puede medir la salud y la discapacidad en la población y en la práctica clínica. Este cuestionario brinda una métrica común del impacto de cualquier condición de salud en términos del funcionamiento (OMS, 2015). WHODAS 2.0 se basa en marco conceptual de la CIF, en donde se contempla la salud y la discapacidad en un continuo y se define discapacidad como “una disminución en cada dominio de funcionamiento”, además es etiológicamente neutral; es decir es independiente de la enfermedad de origen o las condiciones de salud previas. Estas características permiten focalizarse directamente en el funcionamiento y la discapacidad, y posibilita la evaluación del funcionamiento de manera independiente de las condiciones de la enfermedad (OMS, 2010).

Así mismo, puede ser empleado para comparar la discapacidad causada por diferentes condiciones de salud, permitiendo diseñar y monitorear el impacto de las intervenciones; este instrumento ha resultado útil para evaluar los niveles de salud y de discapacidad en la población general y en grupos específicos (por ejemplo, en personas con diferentes condiciones mentales y físicas) (OMS. 2015. p. 4).

El WHODAS 2.0 tiene correspondencia directa con los componentes “*Actividad*” y “*Participación*” de la CIF, por tanto han desarrollado seis dominios de la vida que captan el nivel de funcionamiento, así:

- Dominio 1. Cognición (Evalúa la comunicación y las actividades de pensamiento; las áreas específicas evaluadas incluyen la concentración, los recuerdos, la resolución de problemas, el aprendizaje y la comunicación).
- Dominio 2. Movilidad en el entorno (Evalúa actividades tales como pararse, moverse adentro del hogar, salir del hogar y caminar largas distancias).
- Dominio 3. Cuidado Personal (Evalúa la higiene, y si puede vestirse, comer y quedarse solo)
- Dominio 4. Relacionarse con otras personas (Evalúa la interacción con otras personas y las dificultades que pudieran surgir en este dominio debido a una condición de salud. En este contexto, “otras personas” incluye a aquellos conocidos íntimamente o con profundidad (por ejemplo, cónyuge o pareja, miembros de la familia o amigos cercanos) y a aquellos no conocidos con profundidad)
- Dominio 5. Actividades cotidianas–quehaceres del hogar y trabajo (Evalúa la dificultad en las actividades diarias (es decir, las que las personas realizan la

mayoría de los días, entre las que se encuentran aquellas relacionadas con las responsabilidades domésticas, el tiempo libre, el trabajo y la escuela)

- Dominio 6. Participación en Sociedad (Evalúa las dimensiones sociales, tales como las actividades comunitarias; las barreras y los obstáculos en el mundo que rodea al entrevistado; y los problemas con otras cuestiones, como el mantenimiento de la dignidad personal) (Pelagallo, 2019).

4. Objetivos

4.1 Objetivo General.

Describir el perfil de discapacidad a partir de los dominios del WHODAS 2.0 en una muestra de personas con trastorno depresivo mayor atendidas en una institución prestadora de servicios de salud mental en Santiago de Cali en el año 2017.

4.2 Objetivos Específicos.

- Describir las características del perfil de discapacidad desde la dimensión de las limitaciones de la actividad de esta población con Trastorno Depresivo Mayor.
- Determinar la presencia del perfil de discapacidad desde la dimensión de las restricciones en la participación de esta población con Trastorno Depresivo Mayor.
- Determinar las diferencias en el perfil de discapacidad a partir de síntomas depresivos actuales.

Supuestos de la investigación.

En el presente estudio se pretende describir el perfil de discapacidad en personas con TDM. Se asume que la discapacidad al ser un variable resultado multidimensional, sus manifestaciones en las diferentes áreas de ejecución pueden ser variadas de acuerdo con los dominios descritos en WHODAS 2.0.

5. Metodología.

Para responder a la pregunta de investigación, se realizó el análisis secundario de datos del macroproyecto *"Comparación de modelos explicativos de discapacidad en población con trastornos mentales graves de tres países de Sudamérica"* (Castro-Alzate y Saldivia, 2017) (Anexo A). De la base de datos se obtuvo una submuestra a partir de la extracción de la información de personas con diagnóstico de trastorno depresivo mayor de la ciudad de Santiago de Cali, quienes fueron evaluados con WHODAS 2.0.

5.1 Tipo de estudio.

La presente investigación se abordó desde un diseño descriptivo no experimental con enfoque cuantitativo; en el cual se buscó especificar las propiedades, las características y los perfiles de personas, grupos, comunidades o cualquier otro fenómeno que se someta a un análisis (Hernández *et al.*, 2014) que en el presente caso se desarrolló con un grupo de personas adultas con diagnóstico de TDM para determinar los perfiles de discapacidad por medio de los seis dominios del WHODAS 2.0.

5.2 Área de estudio.

El macroproyecto del cual se desprende el presente estudio fue desarrollado en el territorio del Municipio de Santiago de Cali, Distrito Especial (Ortiz, 2017), capital del Valle del Cauca, ubicado al Sur del departamento, en el Suroccidente Colombiano (Alcaldía de Santiago de Cali, 2017); geográficamente se encuentra en el Valle del Río Cauca entre la Cordillera Occidental y la Cordillera Central (Alcaldía de Santiago de Cali, 2014); con una superficie total de 561.7 Km² (Departamento administrativo de planeación, 2015) (Figura 2).

Es tercera ciudad más poblada de Colombia con una población total 2,470,852 habitantes, de los cuales 2,434,211 corresponde a la población de comunas con 1,163,285 (47, 8%) son hombres y 1,270,926 (52.2 %) son mujeres; en los corregimientos se encuentra una población total de 36,641 habitantes, según las proyecciones realizadas por el DANE 2005 -2020. Por medio del Acuerdo 15, de agosto 11 de 1988, se estableció la sectorización del Municipio de Cali, organizándose el área urbana en 20 Comunas y el área rural en 15 Corregimientos. Posteriormente se crean por medio de Acuerdos Municipales las comunas 21 y 22; además se encuentra un total de 248 barrios aprobados (Departamento administrativo de planeación, 2015).



Figura 2. Mapa de Santiago de Cali posición geográfica. Fuente: Google maps, Santiago de Cali.

5.3 Población y muestra.

Población hombres y mujeres con edades comprendidas entre 18 y 65 años, con Diagnóstico de Trastorno Depresivo Mayor capturada en el año 2017, en una unidad especializada de salud mental en Santiago de Cali, Colombia.

La muestra analizada correspondió a 133 personas que reunieron los criterios de inclusión para participar en el macroproyecto del que se desprendió el presente estudio. Se obtuvo a partir de una de las instituciones prestadoras de servicios de salud que cuenta con la habilitación de la Secretaria de Salud Pública Municipal de Cali. Además, obedece al escenario de atención ambulatoria es decir consulta externa y hospitalización parcial y lo tercero que da respuesta a las necesidades de salud de un grupo de personas que hacen parte del régimen contributivo y del régimen subsidiado de salud.

Para obtener la muestra en el macroproyecto, el grupo investigador acudió a muestreo aleatorio simple (MAS) con reemplazo secuencial a partir del registro de población activa, que correspondió a un universo 5238 personas con trastornos mentales graves.

5.4 Criterios de inclusión.

Personas comprendidas entre los 18 y 65 años, con diagnóstico de trastorno depresivo mayor quienes acudieron a consulta externa y se encontraron clínicamente estables; con evolución diagnóstica mayor o igual a dos años (Castro y Saldivia, 2017).

5.5 Criterios de exclusión.

Personas que tuvieron manejo intrahospitalario durante los últimos treinta (30) días previos a la administración de instrumentos, o con episodios de agitación psicomotora y que presentaran trastornos mentales orgánicos (Castro y Saldivia, 2017).

5.6 Recolección de información.

El análisis del presente estudio, se realizó a partir de la base de datos de personas con TDM atendidos en una institución especializada de salud mental en la ciudad de Cali; quienes fueron evaluados con el WHODAS 2.0 (Anexo B) en el marco del macroproyecto denominado "*Comparación de modelos explicativos de discapacidad en población con trastornos mentales graves de tres países de Sudamérica*" (Castro-Alzate y Saldivia, 2017).

La escala de Evaluación de la discapacidad de la Organización Mundial de la Salud WHODAS 2.0 es un instrumento de evaluación, que puede medir la salud y la discapacidad en una población y en la práctica clínica. WHODAS 2.0 capta el nivel de funcionamiento en seis dominios de la vida: Dominio 1: Cognición - comprensión y comunicación; Dominio 2: Movilidad - movilidad y desplazamiento; Dominio 3: Cuidado personal - cuidado de la propia higiene, posibilidad de vestirse, comer, y quedarse solo; Dominio 4: Relaciones - interacción con otras personas; Dominio 5: Actividades cotidianas - responsabilidades domésticas, tiempo libre, trabajo y escuela; Dominio 6: Participación - participación en actividades comunitarias y en la sociedad. Para los seis dominios, WHODAS 2.0 elabora un perfil y una medición total del funcionamiento y la discapacidad que es confiable y aplicable

interculturalmente en todas las poblaciones adultas (World Health Organization, 201, p. 4)

Para este estudio se utilizó la versión de 36 preguntas de WHODAS 2.0, que es la más detallada de todas las versiones, y permitió generar puntuaciones para los seis dominios de funcionamiento y se calculó una puntuación general, el tiempo promedio de la entrevista administrada fue en un máximo de 20 minutos (World Health Organization, 2015, p. 16).

Durante la aplicación de WHODAS 2.0 se tuvo en cuenta los marcos de referencia para contestar las preguntas:

Marco 1. Grado de dificultad: A los entrevistados se les formuló preguntas acerca del grado de dificultad para realizar las diferentes actividades, considerando que tener una dificultad significa: mayor esfuerzo, molestia o dolor, lentitud y cambios en la forma en que la persona realiza la actividad.

Marco 2. Debido a condiciones de salud: Los entrevistados respondieron sobre las dificultades que han experimentado como consecuencia a cualquier condición de salud, como: enfermedades u otros problemas de salud, heridas, lesiones, problemas mentales o emocionales, problemas con el alcohol y drogas. Se tuvo en cuenta que las dificultades debían ser por la condición de salud y no por otras causas; por lo que se calificó en una escala de 0 a 4; siendo [0] ninguna dificultad; [1] leve; [2] moderada; [3] severa y [4] extrema o no puede hacerlo.

Marco 3. En los últimos 30 días: Se consideró que la capacidad para recordar es más precisa durante el período de un mes.

Marco 4. Promedio entre los días buenos y malos: Por la variabilidad en el grado de dificultad se le pidió a los entrevistados que calificaran los días buenos y malos.

Marco 5. Cómo el entrevistado generalmente realiza la actividad: El grado de dificultad está directamente relacionado con la manera en que el entrevistado generalmente realiza la actividad. Se debe tener en cuenta la tecnología y personal de asistencia.

Marco 6. Las preguntas no experimentadas en los últimos 30 días no son fueron calificadas: Se buscó determinar el grado de dificultad en actividades experimentadas por la persona y no en actividades que no han realizado o no han querido realizar (World Health Organization, 201, pág. 38)

Se utilizó el método de puntaje complejo y se tomó la codificación para cada respuesta como “ninguna”, “leve”, “moderada”, “severa”, “extrema” por separado, y luego se utilizó una computo complejo para determinar el puntaje total ponderado diferencialmente las preguntas y los niveles de gravedad. El puntaje se realizó por medio de estos tres pasos:

1. Se sumaron los puntajes de las preguntas dentro de cada dominio
2. Se sumaron los puntajes de los seis dominios
3. Se realizó conversión del puntaje total en un sistema métrico que oscile entre 0 y 100 (donde 0 significa sin discapacidad y 100: discapacidad completa)
(World Health Organization, 201, p. 41).

WHODAS 2.0 incluye un módulo de información sociodemografica que permitió caracterizar a la muestra. Adicionalmente se acudió a la revisión de historias clínicas para obtener información complementaria de las variables clínicas.

Para caracterizar la condición de salud, se emplearon los módulos de episodio depresivo mayor y de trastornos psicóticos, incluidos en la versión en español del instrumento Mini International Neuropsychiatric Interview (MINI) (Lecrubier et al., 1997), (Galli Silva, Feijóo Lllontop, Roig Rojas, & Romero Elmore, 2013). Esta herramienta permite explorar de manera estructurada la presencia de los principales trastornos psiquiátricos del eje I del dsm-iv, y puede ser administrada por profesionales de la salud clínicos y no clínicos que cuenten con entrenamiento previo. Los estudios de validación reportan estabilidad temporal evaluada mediante test-retest $\geq 0,75$; sensibilidad y especificidad $\geq 0,7$; valor predictivo negativo (vpn) $\geq 0,88$; valor predictivo positivo (vpp) $\geq 0,60$ (Lecrubier et al., 1997).

El entrevistado informa la presencia o ausencia de problemas psicológicos a lo largo de la vida o durante las últimas dos semanas. La respuesta positiva a una o varias preguntas permite al entrevistador indicar si se cumplen los criterios diagnósticos (Lecrubier et al., 1997), (Amorim, 2000). Se trata de una medida más fiable que el reporte mediante historia clínica, y ha sido empleado en procesos de investigación en la región (Galli Silva, Feijóo Lllontop, Roig Rojas, & Romero Elmore, 2013), (Fritsch et al., 2007), (Rojas et al., 2010).

5.7 Plan de Análisis

Se acudió a análisis exploratorio de datos, mediante análisis univariado de datos se determinó el comportamiento de variables cuantitativas y se establecieron medidas de tendencia central y sus respectivas medidas de dispersión. Las variables categóricas fueron reportadas mediante frecuencias y porcentajes.

Además, se realizó un análisis bivariado para establecer diferencias entre los perfiles de discapacidad según dominios, considerando como criterio de comparación la presencia de síntomas depresivos. Además, se requirió la ejecución de pruebas estadísticas de X^2 o Prueba exacta de Fisher.

Los datos fueron procesados por medio del programa estadístico Statistical Package for the Social Sciences (SPSS).

5.8 Consideraciones éticas.

El estudio original del cual se desprendió el presente proyecto fue aprobado por el Comité Institucional de Revisión de Ética Humana (CIREH) de la Facultad de Salud de la Universidad del Valle, mediante acta N° 012-017 (Anexo C). Asimismo, el presente proyecto obtuvo el aval del CIREH, por medio del acta de aprobación N° 023-019 (Anexo D).

En el documento de Consentimiento Informado empleado, estuvo contenida información con la descripción general del estudio, los propósitos de la investigación, los procedimientos a realizar, el manejo de la información, los beneficios por participar en el estudio y la autorización de los participantes para

hacer uso de los datos mediante análisis secundario después de la aprobación del CIREH (Anexo E).

La base de datos de la submuestra de personas con diagnóstico de TDM no incluyó información personal, razón por la cual se conservaron las condiciones de confidencialidad teniendo en cuenta que cada participante fue identificado con un código alfanumérico.

De acuerdo con la Resolución 8430 de 1993, emitida por el Ministerio de Salud, la presente investigación presenta un riesgo mínimo porque se maneja información sensible de las personas con TDM; además, la información corresponde a datos obtenidos de personas clínicamente estables y este estudio no implicó manipulación alguna de la conducta de los sujetos participantes.

5.9 Variables.

Tabla 1

Operacionalización de las variables sociodemográficas

Variable	Definición Operacional	Tipos de Variable	Medidas posibles	Método de Recolección
Edad	Tiempo transcurrido a partir del nacimiento de un individuo.	Cuantitativa, razón, discreta.	18 años a 65 años.	Adaptación módulo datos sociodemográficos WHO – DAS 2.0
Sexo	Conjunto de las peculiaridades que caracterizan los individuos de una especie dividiéndolos en varón y mujer.	Cualitativa dicotómica, nominal	Hombre - Mujer	Adaptación módulo datos sociodemográficos WHO – DAS 2.0
Escolaridad	Período de tiempo que un niño o un joven asiste a la escuela para estudiar y aprender, especialmente el tiempo que dura la enseñanza obligatoria.	Cualitativa, politómica, Ordinal	# en años	Adaptación módulo datos sociodemográficos WHO – DAS 2.0
Estado civil	Es la condición de un individuo según el registro civil en función de si tiene o no	Cualitativa nominal politómicas	Soltero (a) Casado (a) Separado (a)	Adaptación módulo datos sociodemográficos

	pareja y su situación legal respecto a esto		Divorciado (a) Viudo (a) Unión libre	WHO – DAS 2.0
Afiliación al servicio de seguridad social	Persona que aporta al estado mensualmente un rubro designado a la salud.	Cualitativa politómica, nominal	No Si	Adaptación módulo datos sociodemográficos WHO – DAS 2.0
Dependencia económica	Fuente de ingresos económicos que garantizan la satisfacción de las necesidades básicas de las personas con TMG.	Cuantitativa, Intervalo Discreto	De sus propios ingresos De la familia De la ayuda de otras personas (incluida caridad) Del Estado De instituciones	Adaptación módulo datos sociodemográficos WHO – DAS 2.0
Situación Laboral	Trabajo u oficio que desempeña una persona.	Cualitativa politómica, nominal	Asalariado (a) Trabaja por su propia cuenta Trabajo no remunerado, Estudiante Ama de casa Jubilado (a) Desempleado (a) (por motivos de salud) Desempleado (a) (por otros motivos) Otras (especifique)	Adaptación módulo datos sociodemográficos WHO – DAS 2.0

Fuente: Tomado y adaptado de “Perfil de discapacidad en población con Trastornos Mentales Graves de tres países de Sudamérica”, protocolo de Investigación (Castro-Alzate y Saldivia, 2017).

Tabla 2

Operacionalización de las variables sociodemográficas del cuidador.

Variable	Definición Operacional	Tipos de Variable	Medidas	Método de Recolección
Sexo del cuidador	Atributos biológicos que atribuyen a los seres humanos la condición de hombre o mujer.	Cualitativa nominal dicotómica	Hombre Mujer	Adaptación módulo datos sociodemográficos WHO – DAS 2.0
Edad del cuidador	Tiempo transcurrido a partir del nacimiento de un individuo.	Cuantitativa, razón, discreta.	18 años a 65 años	Adaptación módulo datos sociodemográficos WHO – DAS 2.0
Nivel de Instrucción del cuidador	Período de tiempo que ha asistido a la escuela, colegio, universidad para estudiar y aprender del cuidador	Cualitativa Politómica, Ordinal	Ninguna Educación básica Bachillerato general unificado Técnico superior Tecnológico superior Universitario - pregrado Universitario - postgrado	Adaptación módulo datos sociodemográficos WHO – DAS 2.0
Relación con la persona con trastorno mental grave	Vínculo o parentesco que se tenga con la persona con TMG.	Cualitativa Politómica, Nominal	Padre – Madre Esposo – Pareja Hermano Hijo Otro familiar, amigo Persona contratada o voluntaria	Adaptación módulo datos sociodemográficos WHO – DAS 2.0

Fuente: Tomado y adaptado de “Perfil de discapacidad en población con Trastornos Mentales Graves de tres países de Sudamérica”, protocolo de Investigación (Castro-Alzate y Saldivia, 2017).

Tabla 3

Operacionalización de las variables clínicas

Variables Clínicas	Definición Operacional	Tipos de Variable	Medidas (Valores posibles)	Fuente de datos (Método de recolección)
Diagnóstico clínico	Condición de salud de acuerdo con los criterios del DSM – IV R	Categórica Nominal	Trastorno Depresivo Mayor	Adaptación módulo datos sociodemográficos WHODAS 2.0
Tiempo de evolución del diagnóstico	Número de años transcurridos a partir de la primera cita con el psiquiatra, en la que se realizó el diagnóstico de enfermedad	Cuantitativa continua	# en años	Adaptación módulo datos sociodemográficos WHODAS 2.0
Consumo de medicamentos de uso psiquiátrico	Tratamiento farmacológico derivado de una consulta con el médico psiquiatra	Categórica nominal	No Si	Adaptación módulo datos sociodemográficos WHO – DAS 2.0
Contacto con centros de atención psiquiátrica	Tipo de intervenciones por profesionales de salud mental a los que asiste actualmente	Categórica nominal	Consulta ambulatoria Hospital Día Centro día Taller protegido Hogar protegido Otro ¿Cuál?	Adaptación módulo datos sociodemográficos WHO – DAS 2.0

Fuente: Tomado y adaptado de “Perfil de discapacidad en población con Trastornos Mentales Graves de tres países de Sudamérica”, protocolo de Investigación (Castro-Alzate y Saldivia, 2017).

Tabla 4

Operacionalización de las variables psicosociales

Variables Psicosociales	Definición Operacional	Tipos de Variable	Medidas (Valores posibles)	Fuente de datos (Método de recolección)
Práctica religiosa	Participación en actividades religiosas al menos 1 vez al mes.	Categórica Nominal	No Si	Adaptación módulo datos sociodemográficos WHODAS 2.0
Presencia de un cuidador	Persona encargada de asistir a la persona en el cuidado de la condición de la salud.	Categórica Nominal	No Si	Adaptación módulo datos sociodemográficos WHODAS 2.0
Participación en programas de apoyo	Asistencia a programas dirigidos a la protección de derechos	Categórica Nominal	Educación Capacitación laboral Vivienda Servicios de recreación Subsidio Pensión.	Adaptación módulo datos sociodemográficos WHODAS 2.0

Fuente: Tomado y adaptado de “Perfil de discapacidad en población con Trastornos Mentales Graves de tres países de Sudamérica”, protocolo de Investigación (Castro-Alzate y Saldivia, 2017).

Tabla 5

Operacionalización de las variables de los dominios del WHODAS 2.0

Variable	Definición Operacional	Tipos de Variable	Medición	Fuente de datos (Método recolección)
Dominio 1: Cognición.	Se refiere a los aspectos generales de la comunicación a través del lenguaje oral, incluyendo la recepción y la transmisión de los mensajes para llevar a cabo una conversación; por otro lado el pensamiento se refiere a los componentes ideacionales de la mente.	Cualitativa, Ordinal, politómica	0. Ninguna 1. Leve 2. Moderada 3. Severa 4. Extrema	Puntuación directa WHODAS 2.0
Dominio 2: Movilidad.	Se refiere al cambio de posición o lugar, mediante el movimiento de cuerpo.	Cualitativa, Ordinal, politómica	0. Ninguna 1. Leve 2. Moderada 3. Severa 4. Extrema	Puntuación directa WHODAS 2.0
Dominio 3: Cuidado personal	Se refiere al cuidado del cuerpo y sus respectivas partes.	Cualitativa, Ordinal, politómica	0. Ninguna 1. Leve 2. Moderada 3. Severa 4. Extrema	Puntuación directa WHODAS 2.0
Dominio 4: Relaciones	Se refiere a las acciones y conductas necesarias para establecer interacciones personales básicas y complejas con otras personas.	Cualitativa, Ordinal, politómica	0. Ninguna 1. Leve	Puntuación directa WHODAS 2.0

			2. Moderada 3. Severa 4. Extrema	
Dominio 5: Actividades de la vida diaria	Diversos tipos de actividades de la vida en las que las personas participan, incluidas las actividades relacionadas con las responsabilidades domésticas, el tiempo libre, el trabajo y la escuela.	Cualitativa, Ordinal, politémica	0. Ninguna 1. Leve 2. Moderada 3. Severa 4. Extrema	Puntuación directa WHODAS 2.0
Dominio 6: Participación.	Relacionado con las acciones y tareas necesarias para involucrarse en la vida social, comunitaria y cívica, teniendo en cuenta los factores contextuales (personales y ambientales).	Cualitativa, Ordinal, politémica	0. Ninguna 1. Leve 2. Moderada 3. Severa 4. Extrema	Puntuación directa WHODAS 2.0

Fuente: Tomado y adaptado de “Perfil de discapacidad en población con Trastornos Mentales Graves de tres países de Sudamérica”, protocolo de Investigación (Castro-Alzate y Saldivia, 2017).

6. Resultados.

6.1. Descripción General.

- ***Perfil Sociodemográfico***

En el año 2017 participaron 133 personas con diagnóstico de TDM, atendidas en una institución prestadora de servicios de salud de la ciudad de Cali. La muestra total presenta una mediana de edad de 49 años (IQR 33-65); el 72,9% de la muestra corresponde a mujeres (n=97) y el 27,1% a hombres (n=36), se logró evidenciar que el total de la población se encuentra afiliada al sistema de salud. En cuanto al estado civil de la población total, el 60,2% pertenece a personas casadas o que viven en pareja, el 23,3% se encuentran solteros, el 13,5% están separados o divorciados y el 3% a personas viudas. Con relación a la escolaridad se evidencia que el 40,6% de la población ha realizado estudios de educación media, el 24,8% básica primaria, el 24,1 educación superior y el 10,5% otro tipo de estudios.

En cuanto a la situación laboral, se encuentra que el 30,1% son asalariados, el 21,8% se están desempleados por condiciones de salud, el 14,3% corresponde tanto a trabajadores por cuenta propia, como también a los responsables de los quehaceres de casa, el 3,8% realiza otro tipo de actividad laboral y el 3% se están desempleados por otros motivos. De acuerdo a la dependencia económica, el 50,4% (n=67) dependen económicamente de los ingresos propios y el 49,6% (n=66) depende de los ingresos económicos familiares.

- ***Perfil Psicosocial***

A nivel psicosocial en lo relacionado a la presencia de un cuidador se encuentra una media de edad de 47, 15 años (IQR 35-59,25); hay una mayor frecuencia de mujeres cuidadoras con un 60% (n=12) con relación a los hombres cuidadores con un 40% (n=8), además de que hay un mayor porcentaje en las relaciones esposa-pareja con un 40% (n=8) seguido de padre-madre con un 25% (n=5) y de la muestra total el 15% (n=20) recibe apoyo y cuidado por parte de un tercero. En cuanto a la práctica religiosa se pudo determinar que el 51,1% (n=68) de la población la realiza. Dentro de los programas de apoyo considerados en el estudio se encuentra que el 66,2% (n=88) de la población recibe el apoyo recreativo, seguido del apoyo de subsidio con un porcentaje de 59,4% (n=79), luego el apoyo de vivienda con un porcentaje de 54,9% (n=73), siguiendo con apoyo de tipo laboral con un porcentaje del 27,1% (n=36), luego el apoyo de pensión 7,5% (n=10) y por último con una menor prevalencia el apoyo educativo (0,8%) (n=1) y otros tipos de apoyo con un porcentaje 0,8% (n=1).

- ***Perfil Clínico***

La muestra total estuvo conformada por personas con diagnóstico de TDM (n=133); además, se encuentra que al realizar el análisis mediante los resultados de la Entrevista Neuropsiquiátrica Internacional (MINI), se identificó que 76,7% (n=102), presentan síntomas depresivos actuales, con un tiempo de evolución de menos de 10 años un porcentaje de 78,2% (n=104); entre los 10 y los 19 años con un porcentaje de 17,3% (n=23); entre los 20 y 29 años con un porcentaje de 3,8% (n=5) y con un tiempo mayor o igual a 30 años se encuentra un porcentaje de 0,8%

(n=1).

En cuanto al tratamiento farmacológico se encuentra que de la muestra total el 66,9% (n=89) reciben tratamiento con medicamentos inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina (ISRS), el 14,3% (n=19) recibe tratamiento mediante medicamentos ansiolíticos benzodiacepínicos, el 9,8% (n=13) tratamiento anticolinérgico, el 9,8% (n=13) reciben tratamiento mediante el inhibidor de la recaptación de serotonina y noradrenalina (IRSN), y el 0,8% (n=1) con los inhibidores de la recaptación de dopamina y noradrenalina (o norepinefrina) (IRDN).

6.2 Perfil de Discapacidad Global en la Muestra.

Se encuentra que en la muestra la discapacidad está distribuida de la siguiente manera: con una mayor frecuencia de la discapacidad moderada con porcentaje del 39,8% (n=53) , seguido de la discapacidad severa con un porcentaje de 31,6% (n=42), luego la discapacidad leve con un porcentaje de 24,1% (n=32), finalmente la presencia de ninguna discapacidad con un porcentaje de 4,5% (n=6); los resultados se pueden observar en la tabla 6.

Tabla 6.

Categorías de Discapacidad Variable Dependiente

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje Válido	Porcentaje Acumulado
Ninguna	6	4,5	4,5	4,5
Discapacidad leve	32	24,1	24,1	28,6
Discapacidad Moderada	53	39,8	39,8	68,4

Discapacidad Severa	42	31,6	31,6	100
Total	133	100,0	100,0	

A continuación, la descripción desde cada uno de los dominios:

Dominio 1. En la muestra se encuentra que respecto a la comprensión y comunicación se identificó mayor frecuencia de discapacidad severa con un porcentaje de 65,4% (n=87), seguido de discapacidad moderada con un porcentaje de 20,3% (n=27), luego ningún tipo de discapacidad con un porcentaje de 11,3% (n=15) y finalmente solo el 3,0% (n=4) presentan discapacidad leve; como se muestra en la tabla 7.

Tabla 7.

Tabla Dominio 1

Dominio 1. Comprensión y Comunicación				
Categorías de discapacidad	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Ninguna	15	11,3	11,3	11,3
Leve	4	3	3	14,3
Moderada	27	20,3	20,3	34,6
Severa	87	65,4	65,4	100
Total	133	100	100	

Dominio 2. Considerando la movilidad y como se expone en la tabla 8, en la muestra se encontró que el 69,9% (n=93) no presenta ningún tipo de discapacidad puesto que en esta población no hay presencia de algún tipo de morbilidad (discapacidad o presencia de alguna lesión física). Aunque el 16,5% (n=22) de la

muestra presenta discapacidad severa, seguido del 7,5% (n=10) con discapacidad moderada y finalmente le 6% (n=8) presenta discapacidad leve.

Tabla 8.

Dominio 2.

Domino 2. Movilidad				
Categorías de discapacidad	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Ninguna	93	69,9	69,9	69,9
Leve	8	6	6	75,9
Moderada	10	7,5	7,5	83,5
Severa	22	16,5	16,5	100
Total	133	100	100	

Dominio 3. Con respecto al autocuidado, se encuentra que el 73,7% (n=98) no presenta ningún tipo de discapacidad; seguido de 12,8% (n=17) que presentan discapacidad moderada, el 9% (n=12) presenta discapacidad severa y por último el 4,5% (n=6) corresponde a discapacidad leve; los resultados se observan en la tabla 9.

Tabla 9.

Dominio 3

Domino 3. Autocuidado				
Categorías de discapacidad	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Ninguna	98	73,7	73,7	73,7
Leve	6	4,5	4,5	78,2

Moderada	17	12,8	12,8	91
Severa	12	9	9	100
Total	133	100	100	

Dominio 4. En la muestra se encuentra en cuanto a las relaciones personales se identifica mayor frecuencia de la discapacidad severa con un porcentaje de 46,6% (n=62); seguido del 27,8% (n=37) que no presentan ninguna discapacidad, el 18,8% (n=25) presenta discapacidad moderada y el 6,8% (n=9) presenta discapacidad leve; ver tabla 10.

Tabla 10.

Dominio 4

Domino 4. Relaciones Personales				
Categorías de discapacidad	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Ninguna	37	27,7	27,7	27,8
Leve	9	6,8	6,8	34,6
Moderada	25	18,8	18,8	53,4
Severa	62	46,6	46,6	100
Total	133	100	100	

Dominio 5. Corresponde a las actividades cotidianas y se divide a su vez en:
a) quehaceres casa y b) trabajo o estudio; así:

En la muestra se encuentra que en el dominio 5A. Quehaceres casa se identifica que mas de la mitad de la población con un porcentaje de 51,1% (n=68),

no presenta ninguna discapacidad; el 33,8% (n=45) de la población presenta discapacidad severa, el 10,5% (n=14) que presenta discapacidad moderada y el 4,5% (n=6) presenta discapacidad leve; ver la tabla 11.

Además, en cuanto al dominio 5B. Trabajo o estudio; se identifica que la mitad de la muestra con un porcentaje de 50% (n=31) no presenta ninguna discapacidad y quienes presentan discapacidad se distribuyen de la siguiente manera: 30,6% (n=19) en severa, el 12,9% (n=8) en moderada y el 6,5% (n=4) en leve; Ver tabla 12.

Tabla 11.

Dominio 5A

Domino 5A. Quehaceres Casa				
Categorías de discapacidad	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Ninguna	68	51,1	51,1	51,1
Leve	6	4,5	4,5	55,6
Moderada	14	10,5	10,5	66,2
Severa	45	33,8	33,8	100
Total	133	100	100	

Tabla 12.

Dominio 5B

Domino 5B. Trabajo y Estudio				
Categorías de discapacidad	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Ninguna	31	50	50	50

Leve	4	6,5	6,5	56,5
Moderada	8	12,9	12,9	69,9
Severa	19	30,6	30,6	100
Total	62	100	100	

Dominio 6. En la tabla 13, se puede observar que en cuanto a la participación en sociedad, se identifica una mayor frecuencia de discapacidad severa con un porcentaje de 65,4% (n=87), en segundo lugar se encuentra la discapacidad moderada con un porcentaje de 23,3% (n=31), en el tercer lugar se encuentra la discapacidad leve con un porcentaje de 7,5% (n=10) y por último el 3,8% (n=5) no presentan ningún tipo de discapacidad.

Tabla 13.

Dominio 6

Domino 6. Participación				
Categorías de discapacidad	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Ninguna	5	3,8	3,8	3,8
Leve	10	7,5	7,5	11,3
Moderada	31	23,3	23,3	34,6
Severa	87	65,4	65,4	100
Total	133	100	100	

6.3 Características del Perfil de Discapacidad de acuerdo con el Factor de Limitación en la Actividad

Para la construcción del perfil de discapacidad respondiendo al factor limitaciones en la actividad se establecieron puntuaciones totales a partir de la sumatoria de los dominios 1. comprensión y comunicación; dominio 2. Movilidad; dominio 3. Cuidado personal, estableciendo una puntuación global; a partir de la muestra total (n= 133); se evidencia que el mayor porcentaje de presencia de discapacidad corresponde a la discapacidad moderada con 41,4 % (n=55); seguido de discapacidad leve con un porcentaje de 31,6% (n=42), discapacidad severa 14,4% (n=19) y el 12,8% (n=17) pertenece a personas que no tienen ningún tipo de discapacidad.

6.4. Características del Perfil de Discapacidad en relación a la Restricción en la Participación

Para el diseño del perfil de discapacidad, en respuesta al factor de restricción en la participación, se establecieron puntuaciones totales a partir de la sumatoria de los dominios 4. relaciones con otras personas; dominio 5. Actividades cotidianas; dominio 6. Participación en la sociedad estableciendo una puntuación global, se encuentra que la discapacidad está distribuida de la siguiente manera: con una mayor frecuencia de discapacidad severa con porcentaje del 41,1% (n=55) , seguido de discapacidad moderada con 29,3% (n=39), luego discapacidad leve con un porcentaje de 21,1% (n=282), y ninguna discapacidad con el 4,5% (n=6) y finalmente discapacidad extrema con un porcentaje de 3% (n=4).

6.5 Características del Perfil a partir de la Presencia de Síntomas Depresivos

Se realizó una segmentación de la base de datos a partir de la presencia o ausencia de síntomas depresivos; se elaboraron dos grupos: el primero síntomas depresivos y el segundo grupo síntomas en remisión. La muestra de personas con síntomas depresivos corresponde a 76,7% (n=102); la muestra de personas con síntomas en remisión corresponde a 23,3% (n=31). En todos los dominios se identificó asociación entre la presencia de síntomas depresivos actuales y la presencia de discapacidad desde la perspectiva de actividad y participación $-p<0,05-$

Tabla 14.

Relación entre presencia de síntomas depresivos actuales y discapacidad según dominios de WHODAS 2.0.

GRADO DE DISCAPACIDAD	SÍNTOMAS DEPRESIVOS ACTUALES	SINTOMAS EN REMISIÓN	ESTADÍSTICO	P
DOMINIOS DE WHODAS				
COMUNICACIÓN Y COGNICIÓN				
Ninguna	4 (26,7%)	11(73,3%)	29,46	<0,001
Leve	1 (25%)	3 (75%)		
Moderada	20 (74,1)	7 (25.9%)		
Severa	77 (88,5%)	10 (11.5%)		
MOVILIDAD				
Ninguna	65 (69,9%)	28 (30,1%)	7,94	0,034
Leve	7 (87,5%)	1(12,5%)		
Moderada	10 (100%)	a (0%)		
Severa	20 (90,9%)	2(9,1%)		
CUIDADO PERSONAL				
Ninguna	68 (69,4%)	30 (30,6%)	10,75	0,008
Leve	6 (100%)	a (0%)		
Moderada	16 (94,1%)	1 (5,9%)		
Severa	12 (100%)	a (0%)		
RELACIONES PERSONALES				
Ninguna	19 (51,4%)	18 (48,6%)	24,12	<0,001
Leve	6 (66,7%)	3 (33,3%)		
Moderada	19 (76%)	6 (24%)		
Severa	58 (93,5%)	4(6,5%)		

ACTIVIDADES COTIDIANAS					
TRABAJO Y ESTUDIO					
Ninguna	18 (58,1%)	13 (41,9%)			
Leve	3 (75%)	1 (25%)	9,10	0,018	
Moderada	7 (87,5%)	1 (12,5%)			
Severa	18 (94,7%)	1 (5,3%)			
QUEHACERES DEL HOGAR					
Ninguna	42 (61,8%)	26 (38,2%)			
Leve	5 (83,3%)	1 (16,7%)	19,25	<0,001	
Moderada	12 (85,7%)	2 (14,3%)			
Severa	43 (95,6%)	2 (4,4%)			
PARTICIPACIÓN SOCIAL					
Ninguna	a (0%)	5 (100%)			
Leve	4 (40%)	6 (60%)	28,20	<0,001	
Moderada	21 (67,7%)	10 (32,3%)			
Severa	77 (88,5%)	10 (11,5%)			

* Prueba Exacta de Fisher; ** Prueba de χ^2 ; Categoría excluida por presentar celdas en cero

Tabla 15.

Porcentaje de Síntomas Depresivos Actuales

Grupos	Frecuencia	Porcentaje
Síntomas depresivos	31	23,3
Síntomas en remisión	102	76,7
Total	133	100,0

A continuación se describen las características del perfil para cada una de las muestras:

Dominio 1. En lo que respecta a la comprensión y comunicación; de la muestra total se identificó que en cuanto a presencia de síntomas depresivos, hay mayor incidencia de discapacidad severa con un porcentaje de 75,5% (n=77), seguido por la presencia de discapacidad moderada con un porcentaje de 19,6% (n=20), además se identifica la presencia de discapacidad leve con un porcentaje de

de 1,0% (n=1) y ningún tipo de discapacidad con un porcentaje de 3,9% (n=4).

Dominio 2. En cuanto a la Movilidad y desplazamiento, se identifica una ocurrencia baja de discapacidad leve con un porcentaje de 6,9% (n=7), seguido por la presencia de discapacidad moderada con un porcentaje de 9,8% (n=10), la presencia de discapacidad severa con un porcentaje de 19,6% (n=20), en mayor porcentaje se percibe ninguna discapacidad con un porcentaje de 63,7% (n=65), esto anterior ya que las personas con TDM del estudio no presentan ningún tipo de morbilidad (discapacidad o presencia de alguna lesión física).

Dominio 3. De la muestra total se identificó que en lo que respecta al autocuidado, el 66,7% (n=68) no presentan ninguna discapacidad; el 15,7% (n=16) presenta discapacidad moderada, el 11,8% (n=12), discapacidad severa y el 5,9% (n=6) discapacidad leve.

Dominio 4. Relaciones e interacciones sociales, de la muestra total se percibe mayor compromiso en las relaciones personales en personas con discapacidad severa con un porcentaje de 56,9% (n=58), seguido en cifras iguales de discapacidad moderada y ninguna discapacidad con un porcentaje de 18,6% (n=19), y la discapacidad leve con un porcentaje de 5,9% (n=6).

Dominio 5. De acuerdo a la división en este dominio se presentan los resultados, así:

En cuanto a las personas que se dedican a los quehaceres del hogar (5A), la prevalencia mayor fue la discapacidad severa con un porcentaje de 42,2% (n=43),

seguido por ninguna discapacidad con un porcentaje de 41,2% (n=42), además, se encuentra la presencia de discapacidad moderada con un porcentaje de 11,8% (n=12), y finalmente la presencia de discapacidad leve en menor incidencia con un porcentaje de 4,9% (n=5).

En las personas que se dedican a trabajo o estudio (5B) la prevalencia mayor se presentó tanto en la discapacidad severa como en ninguna discapacidad con las mismas cifras, con un porcentaje de 39,1% (n=18), seguido por la discapacidad moderada con un porcentaje de 15,2% (n=7), y la discapacidad leve con un porcentaje de 6,5% (n=3).

Dominio 6. Participación en la sociedad, de la muestra total se identificó una ocurrencia alta de discapacidad severa con un porcentaje de 75,5% (n=77), seguido de la presencia de discapacidad leve con un porcentaje de 3,9% (n=4), finalmente la presencia de discapacidad moderada con un porcentaje de 20,6% (n=21), del total de la muestra el 0% corresponde a personas con ninguna discapacidad.

6.6. Síntomas en Remisión

Dominio 1. En relación a los síntomas en remisión (personas con diagnóstico médico, con disminución o sin presencia de síntomas), se encuentra un porcentaje de 35,5% (n=11) que no presentan ningún tipo de discapacidad, seguido de la presencia de discapacidad severa con un porcentaje de 32,3% (n=10); discapacidad moderada con un porcentaje de 22,6% (n=7) y discapacidad leve con un porcentaje de 9,7% (n=3)

Dominio 2. De la muestra de personas que están en remisión, se encuentra que el 93,3% (n=28) de las personas no presentan ningún tipo discapacidad que afecte la capacidad de moverse en el entorno; el 6,5 % (n=2) corresponde a una discapacidad severa y el 3,2% (n=1) a discapacidad leve.

Dominio 3. En lo que respecta al cuidado personal, se evidencia que del total de la muestra (n=31), el 3,2% (n=1) corresponde a discapacidad moderada, y el 96,8% (n=30) restante no presenta ninguna discapacidad.

Dominio 4. De la totalidad de la muestra, se identificó, que en cuanto a las relaciones con otras personas, un porcentaje del 58.1% (n=18) no presenta ninguna discapacidad; y se evidencia que 41,9% presentan algún tipo de compromiso en las interacciones; de los cuales el 19,4% (n=6) presentan discapacidad moderada; el 12,9% (n=4) presentan discapacidad severa y el 9,7% (n=3) presenta discapacidad leve.

Dominio 5. En cuanto al dominio de actividades cotidianas, que se divide en quehaceres de la casa y en actividades de estudio y/o trabajo, del cual una persona puede participar en las dos actividades.

Se encuentra que el 87,5% (n=14) no presentan ningún tipo de discapacidad que afecte la participación en actividades de quehaceres de la casa; seguido del 6,3% (n=1) que presentan discapacidad leve y el mismo valor del 6,3% (n=1) presentan discapacidad moderada.

En cuanto a actividades de trabajo o estudio, se identifica que el 81,3%

(n=13) no presenta ningún tipo de discapacidad; además, se encuentra que para la discapacidad leve, moderada y severa presentan un mismo porcentaje de 6,3% (n=1) cada una.

Dominio 6. En lo que respecta a la participación en sociedad, se identifica un porcentaje de 32,3% (n=10) para personas con discapacidad severa y el mismo valor corresponde a personas con discapacidad moderada y un porcentaje de 19,4% (n=6) para personas con discapacidad leve, finalmente se evidencia un porcentaje restante 16,1% (n=5) de personas que no presentan ningún tipo de discapacidad.

7. Discusión.

En la presente investigación se realizó un análisis secundario de datos, derivado del proyecto *“Modelo explicativo de discapacidad en población con trastornos mentales graves atendida en una institución especializada de la ciudad de Cali (Colombia)”* en el marco de una red de colaboración para promover la investigación en salud mental (Castro Alzate y Saldivia, 2019). Para esto se tomaron datos de una muestra probabilística de personas con TDM, en la que el principal elemento fue determinar la ocurrencia de discapacidad, siendo esta última una dimensión considerada en la definición del concepto trastorno mental grave, propuesta a partir del trabajo de Slade, quien establece que la discapacidad tiene un alto impacto tanto a nivel personal (cuidado personal), como a nivel social (en la comunicación y las dificultades interpersonales) (Slade *et al.*, 1997).

La discapacidad se concibe como una interacción dinámica entre los estados de salud (enfermedad, trastorno, lesiones, traumas, etc.) y los factores contextuales, los cuales incluyen tanto los factores personales, como los factores ambientales. Además, engloba las deficiencias, las limitaciones en la actividad y las restricciones en la participación (OMS, 2001). Existe un vínculo entre la discapacidad y los TMG, debido a las repercusiones sociales, sanitarias y económicas que puede generar; además, se considera que este último, es el responsable de las dificultades para el desempeño en áreas del funcionamiento psicosocial como: autocuidado, autonomía, autocontrol, relaciones interpersonales, ocio y tiempo libre. Las limitaciones en estas actividades pueden estar asociados a la patología, pero también se relaciona a características personales como educación, personalidad, motivación, autoestima y características contextuales como actitud y conducta de la familia, acceso a la salud, rechazo, estigma social, barreras económicas; por tanto es abordar dichas características debido a las consecuencias al funcionamiento en las diferentes actividades y/o ocupaciones que son propias del ser humano (De Fuentes García-Romero de Tejada, 2016; Moro *et al.*, 2011).

Dentro de los TMG se encuentra que el TDM es el trastorno psiquiátrico más común y la principal causa de discapacidad, influyendo en las esferas cognitiva (Roca *et al.*, 2015a); emocional (Hervás, 2011) personal y social (Rhebergen *et al.*, 2010; como se cita en Kupferberg *et al.*, 2016). Estas influencias se traducen en deficiencias considerables en el funcionamiento psicosocial, físico, educativo y ocupacional. Además, el TDM es uno de los trastornos más costosos, en donde los costos directos se asocian con una mayor carga médica, utilización de servicios de salud, estadías hospitalarias más largas y más deterioro funcional que otros

trastornos médicos aunque los superan los costos indirectos en el lugar de trabajo, que se caracterizan por el bajo presentismo y ausentismo, representando el 60% de la carga económica total de la depresión y siendo el doble de lo que se le atribuye a los costos directos (Zivin *et al*,. 2013).

Cuando las personas reciben un diagnóstico temprano y preciso, una evaluación multidimensional continua y una farmacoterapia adaptada a la sintomatología de la persona, a los trastornos coexistentes y a las necesidades hacen que las probabilidades de éxito en el tratamiento a largo plazo aumenten; también es importante comprender la relación de los síntomas y cómo afectan negativamente el funcionamiento para optimizar las decisiones clínicas (Saltiel y Silvershein, 2015).

Por otro lado, la respuesta al tratamiento se produce cuando hay una reducción clínicamente significativa de los síntomas previos al tratamiento y aproximadamente la mitad de las personas que informan adherencia al tratamiento se consideran en remisión a pesar de presentar síntomas depresivos persistentes. Las personas en remisión no logran una reducción completa de los síntomas y a menudo presentan una mayor carga de enfermedad a medida que los síntomas persistan. Sin embargo, los síntomas que afectan el funcionamiento ocupacional de las personas son los mismos que persisten a pesar de estar en tratamiento como lo son la fatiga, trastorno de sueño/vigilia y disfunción cognitiva (Saltiel y Silvershein, 2015).

Esta información posibilita que los antidepresivos sean basados en los síntomas más incapacitantes de la persona, permitiendo que el tratamiento sea oportuno y adaptado de acuerdo a los resultados de la evaluación inicial y continua; asimismo, es necesario tener en cuenta los efectos secundarios de los tratamientos puesto que pueden inducir o exacerbar algunos síntomas y deficiencias funcionales presentados al inicio del tratamiento, así como también, aclarar el historial previo de medicamentos para diferenciar entre los síntomas residuales, afecciones comórbidas y efectos secundarios del tratamiento, para comprender la naturaleza y la magnitud del deterioro funcional y de esa forma realizar tratamientos realistas. (Saltiel & Silvershein, 2015). Además, se subraya la conveniencia de incorporar escalas de discapacidad, tanto en la clínica habitual como en los estudios de investigación (Ayuso *et al.*, 2006; Luciano *et al.*, 2010, citados en Ezquiaga, 2011).

A partir de la relación con el WHODAS 2.0 con la presente investigación, se puede establecer que una alta disminución en cada dominio de funcionamiento puede definirse como una condición de discapacidad. Por medio de este cuestionario se midió las dificultades con las actividades diarias y la participación social consecuencia del TDM (Habtamu *et al.*, 2017); por tanto en la muestra se evidencia un alto índice de discapacidad en cuanto a la cognición y comprensión, puesto que aproximadamente el 90% de la muestra anuncia presentar problemas cognitivos, específicamente en atención, memoria, función ejecutiva y velocidad de procesamiento; lo que se relaciona con un estudio realizado en España que afirma que las funciones cognitivas afectadas en personas con primeros episodios fueron la velocidad psicomotora, la atención, el aprendizaje y la memoria visual, así como las funciones ejecutivas (Roca *et al.*, 2015c). En otro estudio se identificó que la

función ejecutiva y la velocidad de procesamiento son considerados los dominios que pueden ser los principales déficits cognitivos y se relacionan con la duración total de la enfermedad y la severidad de la depresión respectivamente (Liu *et al.*, 2019a). Otro aspecto a considerar son las variables sociodemográficas como la edad y la escolaridad siendo estas, predictores de los dos principales déficits cognitivos (Córdoba *et al.*, 2011).

De acuerdo a lo anterior y a los resultados obtenidos se encuentra correlación entre el TDM y el deterioro cognitivo de los individuos de la muestra global, en el que se identifica que la comprensión y comunicación presenta una alta frecuencia de discapacidad con un porcentaje de 85,7%; lo que se relaciona con estudios previos, que evidencian los efectos negativos de los episodios depresivos en el cerebro que causan inflamación neural y disminución de la plasticidad neural, resultando en alteraciones estructurales y conectivas de la corteza prefrontal y otras regiones del cerebro. Dichos cambios a nivel prefrontal se asocian con el rendimiento reducido en las funciones ejecutivas, al persistir los efectos se pueden acumular con futuros episodios depresivos incluso después de que la persona con depresión se encuentre en remisión (Liu *et al.*, 2019b).

Según algunos estudios, estas alteraciones cognitivas aparecen desde el primer episodio depresivo (Lee *et al.*, 2012a); además, una mayor duración de la enfermedad y episodios recurrentes se encuentran relacionados con déficits cognitivos graves (Herrmann *et al.*, 2007 como se cita Rapado, 2017). Así mismo se encuentra una relación con la medicación, Lee *et al.*, (2012b) señalan que el uso de antidepresivos puede estar asociado a un bajo rendimiento del aprendizaje y

dificultades en la memoria verbal, pero pueden producir cambios positivos en personas con un primer episodio depresivo. Del mismo modo, Roca *et al.*, (2015b) señala que la remisión de síntomas tiene un impacto positivo en el funcionamiento cognitivo independientemente del número de episodios previos, aunque se encuentran que persisten algunas alteraciones cognitivas que dificultan una recuperación completa y funcional (Bortolato *et al.*, 2016). Asimismo, la pérdida de la funcionalidad cognitiva causada por el TDM conlleva a afectaciones importantes en el desempeño de las actividades de rutina, impactando negativamente en la calidad de vida de las personas (Valcarenghi *et al.*, 2011, como se cita Pinto Ferreira *et al.*, 2019).

En el presente estudio se identifico que, desde la dimensión individual del funcionamiento, la frecuencia de dificultades en actividades que involucran destrezas cognitivas en la muestra es alta, destacando principalmente problemas relacionados con la memoria a corto plazo. Un elemento a considerar es que esta variable resultado permite aproximarse a los criterios postulados planteados por Slade (1997) en la que se plantea que la presencia de un trastorno mental grave incorpora dimensiones de discapacidad, duración y particularmente descartar la presencia de un trastorno organico, siendo esta ultima dimensión evaluada mediante el uso de una herramienta que facilita el tamizaje de la función cognitiva.

Por otra parte, en el caso de una persona con TDM se encuentran dos alternativas para presentar dificultades en el desarrollo de actividades que involucren movilidad en el entorno; la primera, puede ser la presencia de una comorbilidad basada en alteraciones de salud a nivel osteomuscular, que en la

presente investigación se garantizó que los participantes no tuvieran una condición como está. La segunda, está generada ya sea por la sintomatología o por los efectos secundarios de los medicamentos; en este caso el 36,3% de la muestra de personas con síntomas depresivos refieren algún tipo de discapacidad en este dominio; lo que se relaciona con estudios que reportan que las personas con TDM experimentan una serie de barreras para participar en la actividad y el ejercicio físico (Vancampfort *et al.*, 2017); debido a que pueden presentar enlentecimiento psicomotor, que consiste en sentirse cansado la mayor parte del tiempo (San Molina y Arranz, 2010a), llegando a percibir el cuerpo como un obstáculo para el movimiento y la realización de las acciones, que dificultan incluso el desempeño en actividades cotidianas y el desplazamiento (Fierro *et al.*, 2015), puesto que cualquier actividad representa un gran esfuerzo físico (San Molina y Arranz, 2010b), ya sea por la demanda motora y cognitiva en cuanto a la planeación y secuenciación de movimientos, la manipulación de objetos requeridos o la interacción con el ambiente.

Otro factor a considerar es la relación estrecha entre el insomnio y la sintomatología psiquiátrica, cuanto más alteradas están las fases del sueño, mayor suele ser la gravedad del episodio depresivo (Lyford-Pike *et al.*, 2014); debido a que las actividades de descanso y sueño, son fundamentales para desempeñarse en las diferentes ocupaciones, ya que permiten obtener energía posterior al receso fisiológico; de lo contrario los componentes afectados del individuo son: la volición, principalmente porque al no presentar un descanso y sueño conciliador acorde a las demandas diarias se verán afectados los sentimientos que tiene de sí mismo y como se desempeña en su entorno (Urrea *et al.*, 2017).

Además es importante reconocer que los tratamientos con antidepresivos pueden presentar diferentes tipos de reacciones adversas, incluso después de meses o años de retirado el fármaco; entre dichos efectos a nivel psicomotor, se encuentran principalmente: la agitación, mareos, nerviosismo, temblor, sudoración, palpitaciones, taquicardia, disfunción sexual, acatisia / agitación psicomotora, alteraciones sensoriales (incluyendo parestesias y sensación de calambres), alteraciones del sueño (insomnio, somnolencia), astenia (fatiga general), angina de pecho y vértigo, entre otros (Quintana y Velazco, 2018); por tanto, es importante reconocer, como el efecto sedante de los psicofármacos, obstaculiza la capacidad de moverse en el entorno, debido a los efectos secundarios como inhibidor psicomotriz (Moncrieff, 2013), afectando el desempeño de la persona, incluso en las actividades de autocuidado.

Por otra parte se encuentra que la OMS en el documento de la CIF, ha reconocido que la salud puede ser afectada por las dificultades experimentadas al llevar a cabo actividades y participar en situaciones de vida, influenciadas por el efecto de barreras ambientales, así como por problemas que existen en las estructuras y funciones corporales (OMS, 2001). En concordancia, uno de los aspectos que se puede ver afectado, en las personas con TDM es el autocuidado, este último, se encuentra dentro de las actividades de la vida diaria (AVD) que facilitan la supervivencia básica y satisfacción con la vida en un mundo interactivo (Christiansen y Hammecker, 2001; como se cita en Berges, 2016); estas adquieren mayor relevancia para el ser humano y en la intervención de terapia ocupacional, en

la medida que posibilitan el desempeño independiente y autónomo de actividades cotidianas, contribuyendo al bienestar y el establecimiento de una rutina.

Sin embargo, en la presente muestra se obtuvo que el 73,7%, de personas con síntomas depresivos no presenta algún tipo de discapacidad en cuanto a las actividades de autocuidado, no obstante, el porcentaje restante presenta algún tipo de discapacidad, en la que se resalta la discapacidad moderada. Estas cifras, inquietan las investigaciones realizadas al respecto de la incidencia del TDM en las actividades de autocuidado, donde se demuestra las alteraciones producto de la desestructuración de hábitos y rutinas, aunque el medio de análisis oportuno debe partir del desempeño ocupacional del sujeto, donde se identifican los patrones y destrezas usadas implicando factores del cliente, las demandas de la actividad y el contexto; por tanto el desempeño en actividades de autocuidado supone establecer una interacción compleja entre las destrezas y patrones de desempeño (Moruno, 2009; como se cita en Ares, 2012).

Además, se evidencia que la limitación en el funcionamiento independiente en las AVD, puede llegar a obstaculizar la calidad de vida y afectar la esfera física de las personas con depresión (Chippendale y Bear-Lehman, 2012); por tanto, se ven alteradas las habilidades, hábitos y rutinas; así como también, el autoestima y autoconcepto interfiriendo en la capacidad para centrar la volición hacia el cuidado personal; lo cual puede afectar directamente a la ocupación según el nivel de depresión, pues alteran la capacidad del individuo para dirigirse a un objetivo y dificultan la capacidad de desempeño en las AVD (Ciucurel y onaru, 2012).

El TDM, también se asocia a dificultades en el funcionamiento social, es decir que las personas pueden presentar impedimentos al relacionarse con otras y problemas para mantener las relaciones por un tiempo prolongado, lo que puede persistir incluso después de tres años de recuperación de los síntomas depresivos (Rhebergen *et al.*, 2010; como se cita en Kupferberg *et al.*, 2016). Se encontró que en este caso hay alteraciones en el dominio de relaciones interpersonales, en la cual involucra una alta carga de discapacidad en todas las actividades de relaciones en el hogar, relaciones emocionales, capacidad para establecer nuevos amigos, etc; producto de una motivación reducida en respuesta al diagnóstico.

Una razón importante para la disminución en las interacciones sociales de las personas con TDM es la dificultad para obtener placer de las relaciones interpersonales paralelas y una menor capacidad de respuesta del sistema de recompensa social (Germine *et al.*, 2011; como se cita en Kupferberg *et al.*, 2016). Además, presentan una mayor inexpresividad en el comportamiento no verbal, presentando menor tendencia a sonreír, por lo que las demás personas que intentan relacionarse con ellos lo encuentran como un acto descortés, desinteresado o desatento (Rehman *et al.*, 2008; como se cita en Kupferberg *et al.*, 2016), asimismo, pueden mostrar comportamientos desadaptativos en respuesta a la expresión facial de las emociones de otras personas (Girard *et al.*, 2013; como se cita en Kupferberg *et al.*, 2016); al examinar las bases neuronales del enfoque social, Derntl *et al.*, (2011) demostraron una disminución significativa de la activación de la amígdala en personas con TDM en comparación con la muestra de control, al exponerles diferentes imágenes, específicamente durante el enfoque de las caras felices.

Por otra parte, un estudio reciente ha demostrado que casi el 50% de las personas con TDM experimenta una mayor sensibilidad al rechazo (Ehnvall *et al.*, 2014), por lo que las personas se encuentran en un constante estado ansioso y percibir desprecio, este comportamiento se puede relacionar con el aislamiento o tener una actitud agresiva, debido a que experimentan el rechazo de manera más afectiva y dolorosa que las personas sanas (Silk *et al.*, 2004); por tanto, las personas con un TDM expresan menor interés por las relaciones interpersonales lo que provoca que presenten dificultades para iniciar, establecer y mantener relaciones exitosas con otras personas; en este aspecto cabe considerar que las personas bajo tratamientos prolongados de antidepresivos, pueden presentar mayor posibilidad de comportamientos agresivos hacia otras personas, con irritación, hostilidad, excitación y ataques de pánico (Quintana y Velazco, 2018).

Además en cuanto a las relaciones con otras personas, es importante considerar las relaciones íntimas y aquí las alteraciones de la función sexual que es muy prevalente en personas con depresión, principalmente por la reducción del deseo (Marina *et al.*, 2013); lo que puede estar relacionado con algunos efectos adversos de los medicamentos antidepresivos (Rodriguez, 2017); además, Scott *et al.*, (2012) evidenciaron que la depresión no estaba directamente relacionada con la satisfacción sexual, sino que se relaciona significativamente con problemas de comunicación en la pareja; debido a que se ven afectadas las emociones, el afecto, la forma en que las personas se sienten consigo mismo y con los demás; además hay una alta tendencia a presentar conductas sexuales de riesgo, debido a que están relacionadas con la asertividad sexual, es decir, la capacidad para negociar y

comenzar la actividad sexual deseada, así como para rechazar la no deseada (Zalduendo, 2017).

La sexualidad es una parte integrante de la personalidad total de las personas, ya que forma parte de las áreas del desempeño ocupacional afectando factores como la autoestima, la imagen propia y el autoconcepto condicionando como la persona se respeta y se comprende. El terapeuta ocupacional al momento de realizar las intervenciones debe incluir a la familia y a la pareja del individuo, asesorando terapéuticamente sobre la adecuada información y educación sexual (Rocha, 2019).

De acuerdo con el perfil del cuidador de la presente muestra se identifico que la mayoría corresponde al esposo o pareja de la persona evaluada, situación que a diferencia de personas con otros trastornos mentales graves como la esquizofrenia, debe ser considerada para el desarrollo de intervenciones efectivas orientadas a la consolidación de la dinámica de pareja. Al respecto Salazar-Torres et al., (2019) plantean que en el funcionamiento social y ocupacional hay que analizar la relación del usuario con el cuidador a partir del vínculo formal, el tiempo de cuidado y las características de la condición de salud.

Por tanto, considerando el objetivo de la práctica de la terapia ocupacional, el cual se basa en proporcionar oportunidades, facilitar la participación, en entrenar y orientar en la resolución de los problemas que interfieren en la participación ocupacional, es válido pedirle a la disciplina que se ocupe de abordar las alteraciones en esta área de la dimensión humana (Pollard y Sakellariou, 2020).

Además como afirma Jones *et al.*, (2015) Desde la Terapia Ocupacional también podemos aportar a la construcción de una sociedad que consagre el derecho a la diversidad sexual en todas sus formas, desde estrategias de intervención que no apunten hacia la normalización/legitimación de un cuerpo, sino que, el foco sea la búsqueda conjunta hacia el bienestar global de la persona y de nuestra sociedad.

De acuerdo con los resultados obtenidos a partir del uso de la herramienta WHODAS 2.0, se visualiza que las actividades instrumentales de la vida diaria (AIVD) guardan una estrecha relación con las tareas domésticas; las personas con TDM pueden presentar falta de motivación que limita la ejecución de estas tareas; sin embargo, llama la atención que en el dominio de responsabilidades domésticas, el 51,1% no presenta ninguna discapacidad y sólo el 33,8% de la población presenta discapacidad severa; esto se debe a que en algunos componentes de las tareas domésticas tienen variaciones que hacen que la carga de trabajo tenga un aumento o disminución cuantitativo y cambios repentinos en la misma. Según un estudio realizado en japon, es común que se reduzca la carga en el hogar de las personas con TDM; por ejemplo, que los miembros en un mismo hogar se compartan las tareas domésticas (Hoshino *et al.*, 2016).

Además, se encuentra que las personas con TDM presentan insatisfacción en situaciones en las que no pueden hacer uso adecuado de las habilidades, esto puede ser debido a que cuando el trabajo doméstico se divide en componentes se encuentra variaciones que pueden facilitar o dificultar la realización de las actividades; dichas dificultades pueden ser entendidas desde el punto de vista de las funciones cognitivas; puesto que cada vez que la carga doméstica se modifica

las personas deben centrar la atención; sin embargo, algunos estudios han informado que la depresión conduce a la disminución de las funciones cognitivas básicas (Naismith *et al.*, 2006; Naismith *et al.*, 2007; citado en Hoshino *et al.*, 2016). Además, la distribución de responsabilidades en el hogar contribuye al hecho de que la carga doméstica recae principalmente sobre la mujer, sin recibir apoyo de los demás miembros del hogar, principalmente de la pareja; hecho que aumenta el estrés y la sintomatología de la depresión (Lazarevich y Mora, 2008). A diferencia, en las personas con síntomas en remisión, se encuentra que al presentar adherencia al tratamiento farmacológico se presenta un mayor logro en alcanzar el máximo nivel de funcionalidad en las actividades domésticas.

Una de las particularidades de la herramienta WHODAS 2.0 es que enfatiza en que la evaluación de discapacidad en el área laboral o escolar se realiza única y exclusivamente en personas que refieren estar desempeñando actividades de trabajo remunerado o no remunerado y estudio formal o informal. Por tanto, se encuentra que las personas con TDM tienen una mayor tendencia a pérdida laboral que los trabajadores sin un trastorno mental y una mayor pérdida de días de trabajo y/o estudio por dificultades emocionales. La depresión se ha asociado con la discapacidad en términos laborales como la disminución de la productividad, el absentismo y el desempleo, así como la jubilación anticipada y la baja calidad de vida y en términos escolares como la pérdida de la motivación, bajo rendimiento académico, insatisfacción personal y baja autoestima (Córdoba *et al.*, 2011).

Los resultados de este estudio, se relacionan con los estudios citados anteriormente, identificando que el 50% presenta algún tipo de discapacidad en el

dominio relacionado con trabajo; además con estudios que describen que la sintomatología depresiva influye en el desempeño laboral, traduciéndose en una menor productividad y absentismo (Castellón *et al.*, 2016), (Ansoleaga y Miranda, 2014) además, influye en un incremento de la utilización de los servicios de salud, menor satisfacción, un aumento en el número de accidentes laborales e incluso un posible abuso de sustancias y alcohol; dichos comportamientos, influyen y se asocian con el desempleo, los permisos por incapacidad y la exclusión del mercado laboral, que con frecuencia provoca la depresión, llegando a potenciar el estigma y la merma económica, así como una baja su autoestima (Castellón *et al.*, 2016); lo anterior puede repercutir en el incremento de la dependencia económica que en el presente estudio se presenta en un 49,6% de la muestra total. Por otra parte, el porcentaje de personas que no presentan ninguna discapacidad, puede deberse a la adherencia a tratamientos antidepresivos, lo que pueden contribuir a incrementar la productividad a la reducción en el tiempo productivo perdido tanto por el absentismo, como por el presentismo (Woo *et al.*, 2011).

Además, se encuentra que las personas con síntomas depresivos pueden presentar dificultades a nivel laboral, suelen magnificar la información negativa dada por los pares, mientras minimizan la información positiva y la capacidad de aprendizaje-enseñanza, lo que influye en la interacción social (Barquín, 2013); asimismo, se encuentra que cuando existe una recurrencia depresiva, es frecuente el bajo rendimiento sociolaboral, referido tanto a la eficacia en la realización de las tareas, como en la aparición de conductas de aislamiento y frecuentes conflictos interpersonales, dificultades en la comunicación, desmotivación al trabajar y en

mantener deseos de abandono profesional o retirada prematura (Mingote *et al.*, 2011).

En lo que respecta al ámbito académico de las personas con TDM, se encuentran diferentes investigaciones que determinan alta prevalencia de depresión en estudios superiores lo que afecta no solo a la persona con diagnóstico, sino al nivel educativo en las universidades y a nivel macro en el país (Serrano *et al.*, 2013), otros estudios indican que existe mayor incidencia en mujeres y establecen correlación entre rendimiento académico y depresión (Páez y Peña, 2018a); esto puede verse influenciado, por las afectaciones a nivel cognitivo, emocional y en la participación social, las cuales se requieren en el desempeño favorable en el ámbito académico; el cual presenta diversas demandas entre las que se encuentran los desplazamientos desde las ciudades de origen, el distanciamiento con la familia, en algunos casos los compromisos laborales, la disminución de la red de apoyo, las condiciones económicas, la adaptación a la vida universitaria, los horarios entre otros (Páez y Peña, 2018b).

Según expone Rosas *et al.*, (2011) los estudiantes aquejados por los síntomas depresivos presentan dificultades en la concentración, en cumplir con sus obligaciones académicas y lograr obtener buenas calificaciones, por no poder poner atención en clase o estudiar; por esto, tienen doble propensión a abandonar sus estudios. Por otra parte se encuentra que el declive en lo académico es un factor predictor de la depresión, es decir, ante la imposibilidad de rendir como los demás o por aprobar las asignaturas y continuar regularmente los estudios, sobreviene la depresión (Serrano *et al.*, 2013). A partir de lo anterior se identifica que los síntomas

del TDM influye en el desempeño de ocupaciones que están vinculadas tanto al desarrollo personal, productivo, económico, social de las personas; por lo cual no solo se ve afectado el desarrollo de actividades, sino que afecta e influye a nivel personal y en la relación con el contexto.

Por otra parte, es frecuente que se relacione el TDM con dificultades e impedimentos significativos en el funcionamiento social, definido como la capacidad del sujeto para integrar habilidades conductuales, cognitivas y afectivas para adaptarse flexiblemente a diversos contextos y demandas sociales (Bierman y Welsch, 2000; como se cita en Porcelli *et al.*, 2019), estas dificultades e impedimentos tienen como resultado comportamientos que se consideran negativos de acuerdo a los estándares del contexto social específico (Dirks *et al.*, 2007; como se cita en Porcelli *et al.*, 2019).

A partir de los resultados obtenidos en esta investigación se estima que el 96,2% de la muestra de personas con síntomas depresivos presenta algún tipo de discapacidad en cuanto a la participación en sociedad; lo que se relaciona con el estudio realizado por Saris *et al.*, (2017) que indica que tanto los aspectos afectivos como conductuales del funcionamiento social se ven afectados en personas con trastornos depresivos y/o de ansiedad; siendo más prevalente en adultos mayores, puesto que se disminuye la participación social por factores como la depresión, sumada al dolor generalizado; lo que incrementa el riesgo de una baja calidad de vida relacionada con la salud, mayores niveles de enfermedades cardiovasculares y una mayor mortalidad (Wilkie *et al.*, 2016).

Estos resultados dan muestra de cómo el TDM puede dar lugar a diferentes conductas que van desde la evitación social hasta comportamientos amistosos inapropiados con extraños, lo que ocasionan una evitación y/o alejamiento de las relaciones y la vida social en general, que a su vez contribuyen a empeorar aún más los síntomas depresivos presentes (Porcelli *et al.*, 2019). Además, estas conductas desadaptativas se relacionan con déficits en la cognición social, es decir, el conjunto de operaciones mentales que subyacen a las interacciones sociales como son la percepción, interpretación y generación de respuestas a las intenciones, disposiciones y comportamientos de los demás; déficits que se ven reforzados por la privación social (Adolphs, 1999; Green *et al.*, 2008; Kunda, 1999; como se cita en Porcelli *et al.*, 2019).

En relación a lo anterior, es importante el considerar apoyo social percibido por las personas con TDM, entendido éste como las diferencias individuales y por tanto subjetivas que surgen según la experiencia y expectativa con el otro (Sarason, 1999; citado en Hoyos, 2017); está conformado por categorías como: *ayuda instrumental o informacional* (orientación e información que contribuye a la disminución de las tensiones o estrés para solucionar situaciones problemáticas; *Apoyo material* (ayuda o asistencia de material directo); *apoyo emocional* (relaciones afectivas que permite que la persona sienta alivio o mejoría frente al deterioro emocional, al entablar relaciones con amigos o familiares, ganando así autoestima y manejando la ansiedad y depresión) e *integración social* (Implica participación de actividades recreativas y aceptación en un grupo social, promoviendo la eliminación de la soledad y el malestar, fortaleciendo los vínculos sociales (Argyle, 1992; Gracia *et al.*, 2002, citado en Hoyos, 2017). Por tanto, es

importante considerar dichos aspectos para evidenciar las distintas formas de afrontamiento y/o adaptación lo cual se relaciona con la adherencia al tratamiento (Hoyos, 2017) e incluirlas como parte del mismo en las estrategias de intervención.

Además se encuentra que las personas con TDM tienen una mayor sensibilidad al rechazo de los pares, disminución en la cooperación, evitación de la competencia y alteraciones en la toma de decisiones. La sensibilidad al rechazo conduce a respuestas conductuales desadaptativas como el retraimiento social y respuestas agresivas. Desafortunadamente, los sesgos cognitivos asociados a TDM determinan una sobreestimación excesiva de los riesgos y de la pérdida auto atribuida de las competencias sociales, lo que incrementa la creencia de que es producto de cualidades personales relacionadas con los síntomas depresivos. (Gilbert *et al.*, 2009; como se cita en Porcelli *et al.*, 2019).

Por otra parte, la participación social, puede verse afectada en el entorno primario de las personas con TDM, puesto que este presenta un alto impacto a nivel familiar, principalmente al no establecer la conciencia de enfermedad como es debido y no atribuir las expresiones emocionales del paciente como manifestaciones de los síntomas depresivos, lo que genera en los familiares comportamientos críticos e intolerables frente al estado de ánimo y el comportamiento de la persona con depresión (Anderson *et al.*, 1998, como se cita en Blanco, 2013). Además, tanto las personas con síntomas depresivos, como la familia y los cuidadores, deben responder al cambio de roles, debido al cumplimiento de las nuevas funciones, en ocasiones se presenta el descuido de las otras; en este sentido, se puede esperar que las familias con mayor rigidez presenten mayores dificultades para responder a

la crisis debido a su imposibilidad de adaptación a las nuevas condiciones de la dinámica familiar (Blanco, 2013).

En relación a lo anterior, se evidencia que la depresión afecta negativamente diferentes áreas de la familia y repercusiones en la pareja, entre las que se encuentran: el impacto en la comunicación, las actividades y responsabilidades compartidas; el retiro de las interacciones familiares y sociales (aludiendo la preferencia por estar solos, evitando gran variedad de situaciones sociales, lugares públicos y la familia) y la influencia en el trabajo de la pareja (llegando a sentir mayor estrés y encontrándose más propensos a cometer errores) y en el tiempo libre de la pareja; llegando a causar frustración, resentimiento y enojo (Rodríguez, 2017). En cuanto a la relación con los hijos, se encuentra que frecuentemente sufren por los cambios de roles que asumen los padres dependiendo de quién sea el que padece la depresión, se encuentran sometidos a mayores niveles de estrés por las nuevas tareas o roles que deben asumir, la tensión en la relación entre los padres y con la persona con depresión (Gradillas, 1998; Citado por Hoyos, 2017).

Otro aspecto que puede estar ampliamente relacionado con la reducción de la participación social en personas con depresión, es el estigma existente hacia la enfermedad, tal como expone Morales (2017) en muchos países, quien sufre depresión, sufre también un estigma social. Esto se da, en particular, en aquellos contextos en donde la presión por alcanzar el éxito en diferentes planos (social, económico, afectivo, laboral, estudios y otros), se conjuga con la promoción de roles sociales que sobrevaloran estereotipos triunfalistas que entienden las enfermedades

mentales, entre ellas la depresión, como una barrera al éxito y a la integración social; además, es importante considerar que los imaginarios y la estigmatización también se presenta en las personas diagnosticadas hacia la enfermedad y al entorno, denominado estigma internalizado y otros tipos como el estigma familiar y el estigma institucional (Mascayano *et al.*, 2015).

7.1 Proyección de futuras investigaciones

El desarrollo de la presente investigación permite reconocer la importancia de realizar estudios e investigaciones futuras, considerando que en el contexto colombiano a partir de julio de 2020, se expedirán certificados de discapacidad haciendo uso de la CIF y el WHODAS 2.0 como herramientas de clasificación y de certificación del grado de discapacidad, respectivamente; en correlación con el manejo del registro para la localización y caracterización de personas con discapacidad; en este sentido, la línea de investigación construida a partir del macroproyecto original y de este proyecto está orientada hacia la generación de conocimiento para el uso de dichas herramientas en el marco los procesos de certificación 2020 de acuerdo con la actual resolución 113 de 2020.

7.2 Limitaciones del estudio

En el presente estudio presenta dos aspectos que son limitantes, el primero es la vigencia de los datos, debido a que se realizó un análisis secundario de datos, derivado de un proyecto colaborativo desarrollado en el año 2017 en la ciudad de Cali; la segunda limitación se constituye considerando que la investigación no se desarrolló con un grupo de comparación por lo que no se puede hacer

generalización amplia a población no consultante y sin la presencia de síntomas depresivos, debido a que toda la muestra presenta una constante, que es el diagnóstico de TDM.

8. Conclusiones

El TDM es uno de los padecimientos mentales más frecuentes en todo el mundo, afectando a más de 350 millones de personas y siendo reportado como un problema de Salud Pública al contribuir con 4.3% de los años de vida ajustados por discapacidad. El presente estudio revela que el TDM se relaciona con la discapacidad en diferentes dominios como son la comprensión y comunicación, cuidado personal, relacionarse con otras personas, el trabajo o estudio y la participación en sociedad, descritos en el WHODAS 2.0. incluso algunos de los déficits presentados en cada dominio persisten aun estando en remisión y empeoran cuando presentan episodios de depresión frecuentes y no presentan una adherencia al tratamiento.

A partir de los datos en relación a la limitación en la actividad y la restricción en la participación con los diferentes dominios, se evidenció a través de diferentes estudios que algunos antidepresivos pueden incrementar el funcionamiento y la adaptación de la persona a las diferentes ocupaciones y contextos en los que se encuentre inmerso, pero no todos tienen la misma efectividad, influyendo en el desempeño ocupacional efectivo.

Considerando el perfil de discapacidad obtenido a partir de la presente investigación se evidencia que el TDM, incluso posterior a los períodos de crisis, interfieren en el desempeño ocupacional limitando la participación efectiva en ocupaciones significativas para las personas, irrumpiendo las rutinas y hábitos

estructurados previamente y en la adaptación a diferentes contextos tales como el familiar, social, educativo y laboral, e incluso llegan a afectar en las esferas emocional, ocupacional, económica, en la estructura familiar entre otras, a las personas cercanas (cuidadores, familia y amigos); por tanto, dicho perfil permite evidenciar la relación entre este trastorno y las afectaciones a nivel ocupacional y por ende la necesidad de realizar este tipo de estudios y considerarlos en los procesos intervención de Terapia Ocupacional, puesto que aun conociendo el amplio abordaje de esta disciplina, no existe suficiente evidencia al respecto en el contexto colombiano.

Desde la Escuela de Rehabilitación Humana, se ha generado la presente propuesta de investigación, incorporando la Clasificación Internacional del Funcionamiento, de la Discapacidad y de la Salud (CIF), articulandose a la agenda de investigación del grupo SINERGIA.

Se logró identificar en la creación del perfil de discapacidad a partir de la presencia de síntomas depresivos actuales que existe una asociación de factores a tener en cuenta, en procesos de medición de discapacidad, entre los que se encuentran la presencia de un cuidador y tener una práctica religiosa, siendo este última un recurso disponible para el mantenimiento de hábitos y rutinas que facilita experiencia de intercambio significativos.

Es importante considerar, la consolidación de la línea de investigación que involucra mecanismos de medición y análisis cuantitativos de datos, para establecer la relación entre diferentes factores sociodemográficos, clínicos y psicosociales en presencia de discapacidad.

Desde la experiencia como estudiantes de Terapia Ocupacional, encontramos relevancia al generar procesos de investigación, haciendo uso del instrumento WHODAS 2.0, considerando relevante en la medida que facilita la medición objetiva y la toma de decisiones con base en resultados que surge a partir de la experiencia de las personas con Trastorno Depresivo Mayor, así mismo permite justificar la intervención de estos profesionales en los equipos interdisciplinarios, quienes realizarán la certificación de discapacidad en el contexto colombiano.

Referencias bibliográficas.

Alcaldía de Santiago de Cali, (2014). Geografía de Cali.

http://www.cali.gov.co/informatica/publicaciones/106104/geografia_de_cali/

Alcaldía de Santiago de Cali, (2017). *Datos de Cali y el Valle del Cauca*.

http://www.cali.gov.co/gobierno/publicaciones/227/datos_de_cali_y_el_valle_del_cauca/

Amorim P. Entrevista breve para diagnostico de transtornos mentais. Rev Bras Psiquiatr. 2000;22(3):106-15. Doi: 10.1590/S1516-4462000000300003

Amorim, P. (2000). Mini International Neuropsychiatric Interview (MINI): validação de entrevista breve para diagnóstico de transtornos mentais. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 22(3), 106–115. <https://doi.org/10.1590/s1516-44462000000300003>

Ansoleaga, E. y Miranda, G. (2014) Depresión y condiciones de trabajo: revisión actualizada de la investigación. *Revista Costarricense de Psicología*. Vol. 33, Núm. 1. <http://www.rcps-cr.org/openjournal/index.php/RCPs/article/view/29>

Aravena, J.-M. (2017). Estrategias de Terapia Ocupacional para el abordaje de la depresión en las personas mayores: una primera aproximación a partir de la evidencia. *UBO Health Journal*, 1(1), 108–125. <https://doi.org/10.23854/07198698.20171aravena108>

Ares, L. (2012). Analisis de una actividad ocupacional: Marco de Trabajo para la práctica de Terapia Ocupacional de la Asociación Americana de Terapia Ocupacional: Dominio y Proceso. *Revista Terapia Ocupacional Galicia*, 9(15): 16 p. <http://www.revistatog.com/num16/pdfs/caso2.pdf>

Asociación Americana de Psiquiatría. (2013). Guía de consulta de los criterios diagnósticos del DSM-5. *American Journal of Psychiatry*, 105(12), 920–935.

<https://doi.org/10.1176/ajp.105.12.920>

Barquín, C. S. (2013). Depresión, ansiedad y rendimiento académico en estudiantes universitarios. *Revista Intercontinental de Psicología y Educación*, 15(1), 47–60. <https://www.redalyc.org/pdf/802/80225697004.pdf>

Berges, M. (2016). Intervencion desde Terapia Ocupacional en la actividad de aseo personal en personas con trastorno mental grave. *Revista Terapia Ocupacional Galicia*. 13:23, 22
p. <http://www.revistatog.com/num23/pdfs/original8.pdf>

Blanco, J. (2013). Afrontamiento familiar del paciente con depresión. *REALITAS, Revista de Ciencias Sociales, Humanas y Artes*, 1 (2), 46-51.
<https://dialnet.unirioja.es/descarga/articulo/4766799.pdf>

Bortolato, B., Miskowiak, K. W., Köhler, C. A., Maes, M., Fernandes, B. S., Berk, M., & Carvalho, A. F. (2016). Cognitive remission: A novel objective for the treatment of major depression? *BMC Medicine*, 14(1).
<https://doi.org/10.1186/s12916-016-0560-3>

Calderón M, Diego. (2018). Epidemiología de la depresión en el adulto mayor. *Revista Medica Herediana*, 29 (3), 182-191.
<https://dx.doi.org/https://doi.org/10.20453/rmh.v29i3.3408>

Carranza, Sebastián,. Palacios, Mireya. (2017). Frecuencia de depresión en mujeres premenopáusicas y posmenopáusicas. *Revista Medica del Instituto Mexicano de Seguro Social*. 2018;56(6): 533-6.
<https://www.redalyc.org/jatsRepo/4577/457758893005/index.html>

Carreño, E. (2014). *Estudio sociológico de la depresión: aproximación a casos de mujeres diagnosticadas con depresión en Cali*. (Tesis de maestría). Universidad del Valle, Cali, Colombia.

<http://bibliotecadigital.univalle.edu.co/bitstream/10893/7689/1/0508723-p-14-7381-MS.pdf>.

Castellón, E., Ibern, P., Gili, m., Lahera, G., Sanz, J., Saiz, J. (2016) El abordaje de la depresión en el ámbito del trabajo: recomendaciones clave. *Revista Psiquiatría Biológica*. Vol. 23; 3:12-117. doi.org/10.1016/j.psiq.2016.08.003

Castro, E. y Castillo. A. (2013). Factores relacionados con la carga de discapacidad en personas con intento de suicidio, atendidas en la red pública de servicios de salud de Santiago de Cali. *Revista Colombiana de Psiquiatría*. vol. 42 / No. 1. p.29. psiquiatria.org.co/web/wp-content/uploads/2013/05/Capitulo-2.pdf

Castro E y Saldivia, S. (2017). *Comparación de modelos explicativos de discapacidad en población con trastornos mentales graves de tres países de Sudamérica*.(Tesis doctoral). Universidad de Concepción. Concepción. Chile.

Castro-Alzate, E. Cardona- Marin, L, Bustos, C. Pacheco-López, R. Saldivia, S. (2019) Modelo explicativo de discapacidad en población con trastornos mentales graves atendida en una institución especializada de la ciudad de Cali (Colombia). *Revista Ciencias de la Salud*. Vol. 17 / No 3. 60 – 80.

Chippendale, T., & Bear-Lehman, J. (2012). Effect of life review writing on depressive symptoms in older adults: A randomized controlled trial. *American Journal of Occupational Therapy*; 66(4), 438–446.

Ciucurel, C., & Iconaru, E. I. (2012). A Case Study of Occupational Therapy for Poststroke Depression in Elderly. *Procedia - Social and Behavioral Sciences*, 46, 3865–3869. <https://doi.org/10.1016/j.sbspro.2012.06.162>

Congreso de la República de Colombia (2013). *Ley 1616 del 21 de enero de 2013 por medio de la cual se expide la Ley de Salud Mental y se dictan otras disposiciones*. Bogotá D.C.: Congreso de la República de Colombia.

- Córdoba Coronel, J. J., Fuentes Fuentes, A., & Ruiz Rincón, C. (2011). Revisión bibliográfica sobre características sociodemográficas y repercusiones de la depresión en el trabajador. *Medicina y Seguridad Del Trabajo*, 57(223).
<https://doi.org/10.4321/s0465-546x2011000200010>
- De Fuentes Garcia-Romero de Tejada, C. (2016). La “nueva” discapacidad mental. *Revista Española De Discapacidad*, 4(1), 249–255. doi.org/10.5569/2340-5104.04.01.15
- Departamento Administrativo de Planeación (2016) *Cali en cifras 2015*. Alcaldía Municipal de Cali.
<https://planeacion.cali.gov.co/calienCIFRAS/Documentos%20pdf/Caliencifras2015.pdf>
- Donada, C. Prunés, M.y Nogareda, C. (2014). *Diseño de puestos ocupados por personas con discapacidad: principios básicos*. Instituto Nacional de Higiene y Seguridad en el Trabajo.
<https://www.insst.es/InshtWeb/Contenidos/Documentacion/NTP/NTP/Ficheros/996a1007/ntp-1003%20w.pdf>
- Ehnavall, A., Mitchell, P. B., Hadzi-Pavlovic, D., Parker, G., Frankland, A., Loo, C., ... Perich, T. (2014). Rejection sensitivity and pain in bipolar versus unipolar depression. *Bipolar Disorders*, 16(2), 190–198. <https://doi.org/10.1111/bdi.12147>
- Ezquiaga, E., García, A., Díaz, M., García, M (2011) "Depresión". Imprecisión diagnóstica y terapéutica. Importantes consecuencias en la práctica clínica. *Revista de Asociación Española de Neuropsiquiatría*. vol.31 no.3
<http://dx.doi.org/10.4321/S0211-57352011000300005>
- Fierro, Marco, Bustos, Andrés, y Molina, Carlos, (2015). Diferencias en la experiencia subjetiva entre depresión unipolar y bipolar. *Revista colombiana*

- de psiquiatría. Vol. 45(3):162–169. <https://www.elsevier.es/es-revista-revista-colombiana-psiquiatria-379-pdf-S0034745015001420>
- Fritsch R, Araya R, Solís J, Montt E, Pilowsky D, Rojas G. Un ensayo clínico aleatorizado de farmacoterapia con monitorización telefónica para mejorar el tratamiento de la depresión en la atención primaria en Santiago, Chile. *Rev Méd Chile*. 2007;135:587-95. Doi: 10.4067/S0034-98872007000500006
- Galli E, Feijóo L, Roig I, Romero S. Aplicación del “MINI” como orientación diagnóstica psiquiátrica en estudiantes de medicina de la Universidad Peruana Cayetano Heredia: informe preliminar epidemiológico. *Rev Med Hered*. 2002;13:19-25.
- Gold, 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*
<http://jaapl.org/content/jaapl/42/2/173.full.pdf>
- Gómez, C. y Cuervo, C. (2008). *Conceptualización de discapacidad: reflexiones para Colombia*. (Tesis de Maestría). Universidad Nacional de Colombia. Bogotá D.C., Colombia.
<http://www.bdigital.unal.edu.co/2532/1/9789587018523.2007.pdf>
- Habtamu, K., Alem, A., Medhin, G., Fekadu, A., Dewey, M., Prince, M., & Hanlon, C. (2017). Validation of the World Health Organization Disability Assessment Schedule in people with severe mental disorders in rural Ethiopia. *Health and Quality of Life Outcomes*, 15(1), 64. <https://doi.org/10.1186/s12955-017-0647-3>
- Hervas, G. (2011) Psicopatología de la regulación emocional: el papel de los déficit emocionales en los trastornos clínicos. *Revista de Psicología Conductual*, Vol. 19, Nº 2, pp. 347-372.

https://extension.uned.es/archivos_publicos/webex_actividades/5413/psicopatologiadelaregulacionemocionalpapeldelosdeficitemocionales.pdf

Hoshino, A., Amano, S., Suzuki, K., & Suwa, M. (2016). Relationships between Depression and Stress Factors in Housework and Paid Work among Japanese Women. *Hong Kong Journal of Occupational Therapy*, 27(1), 35–41.

<https://doi.org/10.1016/j.hkjot.2016.03.001>

Jones, S. Duarte, T. Astorga, N. Pardo, M. Sepúlveda, R. (2015) Aproximación a la experiencia de cuerpo y sexualidad de un grupo de mujeres chilenas con discapacidad física congénita. *Revista Chilena de Terapia Ocupacional*. Vol. 15, Nº. 1, Pág. 19 - 32.

<https://revistaterapiaocupacional.uchile.cl/index.php/RTO/article/view/37127>

Kupferberg, A., Bicks, L., & Hasler, G. (2016, October 1). Social functioning in major depressive disorder. *Neuroscience and Biobehavioral Reviews*. Elsevier Ltd.

<https://doi.org/10.1016/j.neubiorev.2016.07.002>

Lazarevich, I. y Mora, F. (2008). Depresión y género: Factores psicosociales de riesgo. Segunda época, 1 (4).

http://148.206.107.15/biblioteca_digital/articulos/4-383-5776jlb.pdf

Lee, R.S.C., Hermens, D.F., Porter, M.A., Redoblado-Hodge, M.A., 2012. A meta-analysis of cognitive deficits in first-episode Major Depressive Disorder. *J. Affect. Disord.* 140, 113–124.

Lecrubier, Y., Sheehan, D. V., Weiller, E., Amorim, P., Bonora, I., Sheehan, K. H., ... Dunbar, G. C. (1997). The Mini International Neuropsychiatric Interview (MINI). A short diagnostic structured interview: Reliability and validity according to the CIDI. *European Psychiatry*, 12(5), 224–231. [https://doi.org/10.1016/S0924-9338\(97\)83296-8](https://doi.org/10.1016/S0924-9338(97)83296-8)

- Liu, J., Dong, Q., Lu, X., Sun, J., Zhang, L., Wang, M., ... Li, L. (2019). Exploration of Major Cognitive Deficits in Medication-Free Patients With Major Depressive Disorder. *Frontiers in Psychiatry*, 10. <https://doi.org/10.3389/fpsyt.2019.00836>
- Londoño, C y González, M. (2016). *Prevalencia de Depresión y Factores Asociados en Hombres*. *Acta Colombiana de Psicología*, 19(2), 315-329. doi: 10.14718/ACP.2016.19.2.13
- Lyford-Pike,. Quadrelli,. Fabius y Oehninger,. (2014). Cronobiología, sueño y depresión. *Revista Psiquiatría de Uruguay*; Vol 78(1):42-57.
http://www.spu.org.uy/revista/mar2014/03_REV.pdf
- Mascayano, Franco,. Lips, Walter,. Mena, Carlos,. Manchego, Cristóbal,. (2015) Estigma hacia los trastornos mentales: características e intervenciones. *Revista de Salud Mental* Vol 38(1):53-58 ISSN: 0185-3325.
<http://www.scielo.org.mx/pdf/sm/v38n1/v38n1a8.pdf>
- Marina, P; García-Portilla, M; Jiménez, L; Palicio, L; Trabajo, P; Bobes, J. (2013) Función sexual en pacientes deprimidos: relación entre síntomas depresivos y disfunción sexual. *Revista de Neuro-Psiquiatría*, vol. 76, núm. 3,, pp. 161-172. Universidad Peruana Cayetano Heredia Lima, Perú.
<https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=372036945006>
- Martínez,Jhon., Jácome, Nathalia. (2019) Depresión en el embarazo. *Revista Colombiana de Psiquiatría (English ed.)*, Volume 48, Issue 1, January–March 2019, Pages 58-65.
<https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0034745017300926#!>
- Mingote Adán, José Carlos, Pino Cuadrado, Pablo del, Sánchez Alaejos, Raquel, Gálvez Herrer, Macarena, & Gutiérrez García, Mª Dolores. (2011). El trabajador con problemas de salud mental: Pautas generales de detección, intervención y

prevención. *Medicina y Seguridad del Trabajo*, 57(Supl. 1), 188-205.

<https://dx.doi.org/10.4321/S0465-546X2011000500012>

Ministerio de Salud y Protección Social. (2014) *Abecé sobre la salud mental, sus trastornos y estigma*.

<https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/PP/abc-salud-mental.pdf>

Ministerio de Salud. (2017). *Boletín de salud mental Depresión Subdirección de Enfermedades No Transmisibles*. Bogotá. P. 02

<https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/PP/ENT/boletin-depresion-marzo-2017.pdf>

Ministerio de Salud y Colciencias. (2015). *Encuesta nacional de salud mental*.

(p.19). Bogotá D.C.: Javegraf.

http://www.odc.gov.co/Portals/1/publicaciones/pdf/consumo/estudios/nacionales/CO031102015-salud_mental_tomol.pdf

Ministerio de Salud y Protección Social (2017). *Observatorio Nacional de Salud de Salud Mental*. Bogotá D.C.

<https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/ED/GCFI/guia-ross-salud-mental.pdf>

Ministerio de Salud y Protección Social Oficina de Promoción Social (2018). *Sala situacional de las personas con discapacidad (PCD)*. 37.

<https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/PS/sala-situacional-discapacidad-junio-2018.pdf>

Ministerio de Salud y Protección Social (2018). *Resolución Número 00583 del 26 de febrero de 2018 Por la cual se implementa la certificación de discapacidad y el Registro de Localización y Caracterización de Personas con Discapacidad*.

Bogotá D.C.: ministerio de Salud y Protección Social.

<https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/DIJ/Resolucion-583-de-2018.pdf>

Moncrieff, J. (2013). *Hablando Claro. Una introducción a los fármacos psiquiátricos*. Barcelona, España. Editorial Herder.

Moreno, J. Cubillos, C. y Duarte, S. (2019). Rol de Terapia Ocupacional en la Unidad de Cuidado Intensivo en Colombia. *Revista Ciencias de la Salud*, vol. 17, núm. 1. doi.org/10.12804/revistas.urosario.edu.co/revsalud/a.7614

Morales, Cristian,. (2017) La depresión: Un reto para toda la sociedad del que debemos hablar. *Revista Cubana de Salud Pública*. Volumen 43 Nº 2 Pag. 136 - 138. <https://www.scielo.org/article/rcsp/2017.v43n2/136-138/r>

Moro Ipola, M., Solano Trullenque, L., Frades García, B., Salazar Fraile, J., Pena Garijo, J., & Asuero Lluesma, M. (2011). Aplicación de la Clasificación Internacional de la Discapacidad, el Funcionamiento y la Salud (CIF) de la OMS para la evaluación de la discapacidad en pacientes con trastorno mental grave. *Norte de Salud Mental*, IX(41), 59–72.

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: WHODAS 2.0*. Servicio Nacional de Rehabilitación. <https://apps.who.int/iris/handle/10665/170500>

Organización Mundial de la Salud. (2018). *Depresión*. World health Organization. <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/depression>

Organización Mundial de la Salud. (2019). *Temas de salud: Discapacidades*. <https://www.who.int/topics/disabilities/es/>

Organización Mundial de la Salud. (2019). *Trastornos mentales*.

https://www.who.int/topics/mental_disorders/es/

Organización Mundial de la Salud, & Banco Mundial. (2011). *Informe Mundial La Discapacidad Sobre Resumen*.

https://www.who.int/disabilities/world_report/2011/summary_es.pdf?ua=1

Organización Mundial de la Salud. (2004). *Promoción de la Salud Mental:*

conceptos, evidencia emergente, práctica: informe compendiado. The British Journal of Psychiatry. <https://doi.org/10.1192/bjp.112.483.211-a>

Organización Panamericana de la Salud (2018). *La carga de los trastornos mentales en la Región de las Américas*. Washington, D.C.: OPS.

<https://www.saldarriagaconcha.org/wp-content/uploads/2019/01/La-carga-de-los-trastornos-mentales-en-la-Regi%C3%B3n-de-las-Am%C3%A9ricas-2018.pdf>

Ortiz. H (2017) *Alcalde Armitage acude a sanción presidencial que categoriza a Cali como Distrito Especial*. Alcaldía de santiago de cali.

<http://www.cali.gov.co/gobierno/publicaciones/142616/alcalde-armitage-acude-a-sancion-presidencial-que-categoriza-a-cali-como-distrito-especial/>

Páez, M., Peña, F. (2018) Depresión en universitarios. Diversas conceptualizaciones y necesidad de intervenir desde una perspectiva compleja. Archivos de

Medicina (Col), vol. 18, núm. 2, Universidad de Manizales, Colombia

<http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=27385765000>

Pelagallo, N. (2019) *Evaluación del perfil de discapacidad desde la perspectiva de las limitaciones en la actividad en personas con trastornos mentales graves en*

Quito. (Tesis de pregrado) Universidad Central de Ecuador. Quito.

<http://200.12.169.19/bitstream/25000/18507/1/T-UCE-0007-CPS-123.pdf>

- Pérez, M. y Chhabra, G. (2019): “*Modelos teóricos de discapacidad: un seguimiento del desarrollo histórico del concepto de discapacidad en las últimas cinco décadas*”. *Revista Española de Discapacidad*, 7 (I): 7-27.
http://sid.usal.es/idocs/F8/ART22037/perez_chhabra.pdf
- Pérez, E. Cervantes, V. Hijuelos, N. Pineda, J. Salgado, H. (2017) Prevalencia, causas y tratamiento de la depresión Mayor. *Revista Biomed*, 28(2) 89-115.
<https://www.medigraphic.com/pdfs/revbio/bio-2017/bio172c.pdf>
- Pinto Ferreira, J., Ramalho Fernandes, J., de Melo Barbosa, R., da Silva-Filho, J., & Fernandes Barbosa, L. (2019). Memory Changes and Execute Functions in Patients with Depression. *Psicologia, Saúde & Doença*, 20(1), 114–121.
<https://doi.org/10.15309/19psd200109>
- Pollard, N., & Sakellariou, D. (2020). Sex and occupational therapy: Contradictions or contraindications? *British Journal of Occupational Therapy*, 70(8), 362–365.
<https://doi.org/10.1177/030802260707000807>
- Porcelli, S., Van Der Wee, N., van der Werff, S., Aghajani, M., Glennon, J. C., van Heukelum, S., ... Serretti, A. (2019, February 1). Social brain, social dysfunction and social withdrawal. *Neuroscience and Biobehavioral Reviews*. Elsevier Ltd. <https://doi.org/10.1016/j.neubiorev.2018.09.012>
- Quintana, I., y Velazco, Y. (2018) Reacciones adversas de los antidepresivos: consideraciones actuales. *Revista Medica Electrónica*; vol.40, n.2, pp.420-432.
http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S1684-18242018000200017&lng=es&nrm=iso
- Rapado, I. (2017). *Alteraciones cognitivas en un primer episodio depresivo : un estudio longitudinal a seis meses*. UNIVERSITAT DE LES ILLES BALEARS.

https://dspace.uib.es/xmlui/bitstream/handle/11201/146360/tfm_2016-17_MPGS_irf004_637.pdf?sequence=1&isAllowed=y

Roca M, Monzón S, Vives M, López-Navarro E, Garcia-Toro M, Vicens C, et al.

(2014). Cognitive function after clinical remission in patients with melancholic and non-melancholic depression: A 6 month follow-up study. *J Affect Disord.; Actas Especializacion Psiquiatria. Vol 171:85-92.*

https://www.researchgate.net/publication/281394410_Cognitive_impairments_and_depression_A_critical_review

Roca M, Monzón S, Vives M, López-Navarro E, Garcia-Toro M, Vicens C, et al.

(2015). Alteraciones cognitivas y depresión: una revisión crítica. *Actas Especializacion Psiquiatria; 43(5):187-93.*

<https://www.actaspsiquiatria.es/repositorio/17/97/ESP/17-97-ESP-187-93-619184.pdf>

Rocha, M. F. (2019). Recensión: Intervención de Terapia Ocupacional en el Desempeño Ocupacional de la sexualidad de las personas con Lesión Medular: Relato de un caso., *16(May)*, 88–92.

Rock PL, Roiser JP, Riedel WJ, Blackwell AD. Cognitive impairment in depression: a systematic review and meta-analysis. *Psychol Med. Vol. 44(10):1-12.*

<https://www.cambridge.org/core/journals/psychological-medicine/article/cognitive-impairment-in-depression-a-systematic-review-and-metaanalysis/0EE176727AC50D44326A3D8DF2AB88A7>

Rodríguez, M., Rincón, H., Velasco P., M., Hernández Avila, C., Ramos, M., &

González, J. (2012). *Prevalencia de trastornos mentales en una población que demanda servicios de salud en una IPS de baja complejidad y su asociación con la ideación suicida la y discapacidad percibida.* Facultad Nacional de Salud

Pública: El Escenario Para La Salud Pública Desde La Ciencia, 30(2), 2.

<http://www.scielo.org.co/pdf/rfnsp/v30n2/v30n2a03.pdf>

Rodriguez, T. (2017). Una mirada hacia el entorno de la persona con Depresión Mayor. (Tesis de pregrado). Universidad de la República de Uruguay. Montevideo, Uruguay.

https://sifp.psico.edu.uy/sites/default/files/Trabajos%20finales/%20Archivos/tfg_rina_tamara_rodriguez_rolon.pdf

Romero, C., Cabrera Sierra, M., Sainz Gutiérrez, J. C., Barrenechea Albarrán, J. L., Madrid Conesa, A., & Calvo Bonacho, E. (2011). Variables moduladoras de la discapacidad asociada al trastorno depresivo. *Revista de Calidad Asistencial*, 26(1), 39-46. <https://doi.org/10.1016/j.cali.2010.11.006>

Rojas, G., Fritsch, R., Guajardo, V., Rojas, F., Barroilhet, S., & Jadresic, E. (2010). Caracterización de madres deprimidas en el posparto. *Revista Médica de Chile*, 138(5), 536–542. <https://doi.org/10.4067/s0034-98872010000500002>

Rosas, M., Yampufé, M., López, M., Carlos, G., Sotil, A. (2011). Niveles de depresión en estudiantes de Tecnología Médica. *Anales de la Facultad de medicina*; Vol. 72(3):183-6
<http://www.scielo.org.pe/pdf/afm/v72n3/a05v72n3.pdf>

Salazar-Torres, L. J., Castro-Alzate, E. S., & Dávila-Vásquez, P. X. (2019). Caregiver Burden in Families of People With Mental Illness Linked to the Day Hospital Program of a Tertiary Institution in the City of Cali (Colombia). *Revista Colombiana de Psiquiatria*, 48(2), 88–95. doi.org/10.1016/j.rcp.2017.08.002

Saltiel, P. F., & Silvershein, D. I. (2015). Major depressive disorder: Mechanism-based prescribing for personalized medicine. *Neuropsychiatric Disease and Treatment*, 11, 875–888. <https://doi.org/10.2147/NDT.S73261>

- Salvo, L., Saldivia, S., Parra, C., Rodríguez, R., Cifuentes, M., Acevedo, P., Castro, A. (2017). Clinical features of major depressive disorders treated in secondary health care facilities in chile | Características clínicas del trastorno depresivo mayor en tratamiento en el nivel secundario de atención. *Revista Médica de Chile*, 145(3), 335–343. doi.org/10.4067/S0034 98872017000300007
- San Molina y Arranz. (2010). *Comprender la depresión*. Editorial Amat, S.L. Barcelona. España. <https://books.google.es/>
- Sánchez, O. (2014). Terapia Ocupacional en Salud Mental. Dimensiones en el funcionamiento psicosocial y en los procesos de rehabilitación.
- Saris, I., Aghajani, M., van der Werff, S., van der Wee, N., & Penninx, B. (2017). Social functioning in patients with depressive and anxiety disorders. *Acta psychiatrica Scandinavica*, 136 (4), 352–361. doi.org/10.1111/acps.12774
- Sarsak, H. I. (2020). Applied occupational therapy for major depressive disorder : clinical case report, 10(2), 31–34. <https://doi.org/10.15406/mojcr.2020.10.00337>
- Scott, V. C., Sandberg, J. G., Harper, J. M., & Miller, R. B. (2012). The Impact of Depressive Symptoms and Health on Sexual Satisfaction for Older Couples: Implications for Clinicians. *Contemporary Family Therapy*, 34(3), 376-390. doi:10.1007/s10591-012-9198
- Serrano, C., Rojas, A., Ruggero, C, (2013) Depresión, ansiedad y rendimiento académico en estudiantes universitarios *Revista Intercontinental de Psicología y Educación*, vol. 15, núm. 1, enero-junio pp. 47-60. Universidad Intercontinental Distrito Federal, México. <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=80225697004>

Sheehan D, Lecrubier Y, Harnett-Sheehan K, Amorim P, Janavs J, Weiller E, et al.

The Mini International Neuropsychiatric Interview (mini): the development and validation of a structured diagnostic psychiatric interview. *J Clin Psychiatry*. 1998;59(20):22-33.

Silk, J. S., Siegle, G. J., Lee, K. H., Nelson, E. E., Stroud, L. R., & Dahl, R. E.

(2014). Increased neural response to peer rejection associated with adolescent depression and pubertal development. *Social Cognitive and Affective Neuroscience*, 9(11), 1798–1807. <https://doi.org/10.1093/scan/nst175>

Slade, M., Powell, R., & Strathdee, G. (1997). Current approaches to identifying the severely mentally ill. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 32(4), 177–184. doi.org/10.1007/BF00788236

Trivedi MH, Greer TL. Cognitive dysfunction in unipolar depression: Implications for treatment. *J Affect Disord*. 2014; 152-154:19-27. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/24215896/>

Urra, P y Barros, M (2017). Relación entre el descanso y sueño y el desempeño ocupacional de estudiantes universitarios. *Revista de Estudiantes de Terapia Ocupacional* Vol. 4, No. 1,. p. 73-90 ISSN: 0719-8264; <http://www.reto.ubo.cl/>

U.S. Department of Health and Human Services, National Institutes of Health, National Institute of Mental Health. (2015). *La depresión: Lo que usted debe saber*. *NIH Núm. SP 15-3561*. Government Printing Office. <https://infocenter.nimh.nih.gov/pubstatic/SP%2015-3561/SP%2015-3561.pdf>

Vancampfort, D., Firth, J., Schuch, F. B., Rosenbaum, S., Mugisha, J., Hallgren, M., Stubbs, B. (2017). Sedentary behavior and physical activity levels in people with schizophrenia, bipolar disorder and major depressive disorder: a global

systematic review and meta-analysis. *World Psychiatry*, 16(3), 308–315.

doi.org/10.1002/wps.20458

Vega Dienstmaier, Johann M. (2018). Depresión postparto en el Perú . Revista Médica Herediana, 29(4),207-210.[fecha de Consulta 30 de Abril de 2020].

ISSN: 1018-130X. www.redalyc.org/articulo.oa?id=3380/338058084001

Vos *et al.*,. (2017). Global, regional, and national incidence, prevalence, and years lived with disability for 328 diseases and injuries for 195 countries, 1990-2016: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2016. *Lancet (London, England)*, 390(10100), 1211–1259. [doi.org/10.1016/S0140-6736\(17\)32154-2](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(17)32154-2)

Wilkie, Ross,. Blagojevic-Bucknall, Milisa,. Belcher, John,. Chew-Graham, Carolyn,. Lacey, Rosie J,. McBeth, John. (2016). widespread pain and depression are key modifiable risk factors associated with reduced social participation in older adults. A prospective cohort study in primary care. *Journals Medicine*. Vol. 95 - Issue 31 - p e4111

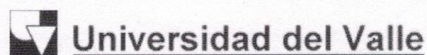
Woo, J. M., Kim, W., Hwang, T. Y., Frick, K. D., Choi, B. H., Seo, Y. J., ... Park, Y. L. (2011). Impact of depression on work productivity and its improvement after outpatient treatment with antidepressants. *Value in Health*, 14(4), 475–482. <https://doi.org/10.1016/j.jval.2010.11.006>

Zalduendo, L. (2017) *Sexualidad en personas con depresión*.(Tesis de pregrado) Universidad de Valladolid. España.

<https://uvadoc.uva.es/bitstream/handle/10324/24742/TFG-H980.pdf?sequence=1>

Zivin, K., Wharton, T., & Rostant, O. (2013, December). The Economic, Public Health, and Caregiver Burden of Late-life Depression. *Psychiatric Clinics of North America*. NIH Public Access. doi.org/10.1016/j.psc.2013.08.008

Anexo A. Carta Autorización Datos de Macroproyecto.



**FACULTAD DE SALUD
ESCUELA DE REHABILITACIÓN HUMANA
PROGRAMA ACADÉMICO DE TERAPIA OCUPACIONAL**

Santiago de Cali, Noviembre 13 de 2019

Profesora:
MARIA FLORENCIA VELASCO DE MARTINEZ
Presidente
Comité de Investigación de Ética Humana
Universidad del Valle

Cordial saludo.

En calidad de investigador principal del proyecto ***“Estudio multicéntrico de evaluación de la discapacidad en población con trastornos mentales graves, de tres países de Sudamérica que presentan diferentes niveles de implementación de reforma en sus políticas de salud mental”***, aprobado por el CIEH bajo el código **104-017**, autorizo a Diana Cristina González Guancha, Ana Josefa Niño García, Hillary Potes Anaconas, estudiantes de Terapia Ocupacional, para realizar análisis secundario de la base de datos del estudio en una submuestra de personas con diagnóstico de trastorno depresivo mayor (TDM).

La presente autorización es explícita para el desarrollo del proyecto denominado ***“Características del perfil de discapacidad a partir de los dominios de WHODAS 2.0 en personas con trastorno depresivo mayor atendidas en una institución especializada de salud mental de Cali durante el año 2017”***, requisito para optar al título de Terapeuta Ocupacional de la Universidad del Valle y estará bajo mi orientación.

Igualmente, certifico que el proyecto es original y que el plan de análisis a emplear no fue incluido en el informe de la investigación de la cual se deriva.

Adjunto copia del acta de aprobación del proyecto original y del consentimiento informado empleado.

Cordialmente,


ELVIS SÍPRIAN CASTRO ALZATE
Representante
Comité de Investigación
Escuela de Rehabilitación Humana

c.c. Comité de Investigación de la Escuela de Rehabilitación Humana; archivo personal.

Universidad del Valle
Ciudad Universitaria Meléndez Calle 13 No 100-00
Sede San Fernando Calle 4B No 36-00
PBX +57 2 3212100 A.A. 25360
Santiago de Cali – Colombia

Anexo B. Cuestionario para la Evaluación de la Discapacidad de la Organización Mundial de la Salud (WHODAS 2.0)



WHODAS 2.0

CUESTIONARIO PARA LA
EVALUACIÓN DE DISCAPACIDAD 2.0

Versión de 36-preguntas, Auto-administrable

Este cuestionario incluye preguntas sobre las dificultades debido a condiciones de salud. Condición de salud se refiere a una enfermedad o enfermedades 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

A lo largo de toda esta entrevista, cuando esté respondiendo a cada pregunta me gustaría que pensara en los últimos 30 días. Al responder a cada pregunta piense y recuerde cuanta dificultad ha tenido para realizar las siguientes actividades. Para cada pregunta, por favor circule sólo una respuesta

En los últimos 30 días, ¿cuánta dificultad ha tenido para:						
Comprensión y Comunicación						
D1.1	<u>Concentrarse en hacer algo durante diez minutos?</u>	Ninguna	Leve	Moderada	Severa	Extrema o no puede hacerlo
D1.2	<u>Recordar las cosas importantes que tiene que hacer?</u>	Ninguna	Leve	Moderada	Severa	Extrema o no puede hacerlo
D1.3	<u>Analizar y encontrar soluciones a los problemas de la vida diaria?</u>	Ninguna	Leve	Moderada	Severa	Extrema o no puede hacerlo
D1.4	<u>Aprender una nueva tarea, como por ejemplo llegar a un lugar nuevo?</u>	Ninguna	Leve	Moderada	Severa	Extrema o no puede hacerlo
D1.5	<u>Entender en general lo que dice la gente?</u>	Ninguna	Leve	Moderada	Severa	Extrema o no puede hacerlo
D1.6	<u>Iniciar o mantener una conversación?</u>	Ninguna	Leve	Moderada	Severa	Extrema o no puede hacerlo
Capacidad para moverse en su alrededor (entorno)						
D2.1	<u>Estar de pie durante largos periodos de tiempo, como por ejemplo 30 minutos?</u>	Ninguna	Leve	Moderada	Severa	Extrema o no puede hacerlo
D2.2	<u>Ponerse de pie cuando estaba sentado(a)?</u>	Ninguna	Leve	Moderada	Severa	Extrema o no puede hacerlo
D2.3	<u>Moverse dentro de su casa?</u>	Ninguna	Leve	Moderada	Severa	Extrema o no puede hacerlo
D2.4	<u>Salir de su casa?</u>	Ninguna	Leve	Moderada	Severa	Extrema o no puede hacerlo
D2.5	<u>Andar largas distancias, como un kilómetro [o algo equivalente]?</u>	Ninguna	Leve	Moderada	Severa	Extrema o no puede hacerlo

Por favor continúe con la página siguiente..



WHODAS 2.0

CUESTIONARIO PARA LA
EVALUACIÓN DE DISCAPACIDAD 2.0

36

Auto

En los últimos 30 días, ¿cuánta dificultad ha tenido para:						
Cuidado Personal						
D3.1	<u>Lavarse todo el cuerpo (Bañarse)?</u>	Ninguna	Leve	Moderada	Severa	Extrema o no puede hacerlo
D3.2	<u>Vestirse?</u>	Ninguna	Leve	Moderada	Severa	Extrema o no puede hacerlo
D3.3	<u>Comer?</u>	Ninguna	Leve	Moderada	Severa	Extrema o no puede hacerlo
D3.4	<u>Estar solo(a) durante unos días?</u>	Ninguna	Leve	Moderada	Severa	Extrema o no puede hacerlo
Relacionarse con otras personas						
D4.1	<u>Relacionarse con personas que no conoce?</u>	Ninguna	Leve	Moderada	Severa	Extrema o no puede hacerlo
D4.2	<u>Mantener una amistad?</u>	Ninguna	Leve	Moderada	Severa	Extrema o no puede hacerlo
D4.3	<u>Llevarse bien con personas cercanas a usted?</u>	Ninguna	Leve	Moderada	Severa	Extrema o no puede hacerlo
D4.4	<u>Hacer nuevos amigos?</u>	Ninguna	Leve	Moderada	Severa	Extrema o no puede hacerlo
D4.5	<u>Tener relaciones sexuales?</u>	Ninguna	Leve	Moderada	Severa	Extrema o no puede hacerlo
Actividades de la vida diaria						
D5.1	<u>Cumplir con sus quehaceres de la casa</u>	Ninguna	Leve	Moderada	Severa	Extrema o no puede hacerlo
D5.2	<u>Realizar bien sus quehaceres de la casa más importantes?</u>	Ninguna	Leve	Moderada	Severa	Extrema o no puede hacerlo
D5.3	<u>Acabar todo el trabajo de la casa que tenía que hacer?</u>	Ninguna	Leve	Moderada	Severa	Extrema o no puede hacerlo
D5.4	<u>Acabar sus quehaceres de la casa tan rápido como era necesario?</u>	Ninguna	Leve	Moderada	Severa	Extrema o no puede hacerlo

Por favor continúe con la página siguiente..



WHODAS 2.0

CUESTIONARIO PARA LA
EVALUACIÓN DE DISCAPACIDAD 2.0

36

Auto

Si la "persona" trabaja (remunerado, sin paga, autoempleado) o va a la escuela complete las preguntas D5.5-D5.8. De lo contrario vaya al dominio 6.1

Debido a su condición de salud en los últimos 30 días, ¿cuánta dificultad ha tenido para						
D5.5	Llevar a cabo su <u>trabajo diario o las actividades escolares?</u>	Ninguna	Leve	Moderada	Severa	Extrema o no puede hacerlo
D5.6	Realizar <u>bien</u> las tareas más importantes de su trabajo o de la escuela?	Ninguna	Leve	Moderada	Severa	Extrema o no puede hacerlo
D5.7	Acabar todo el trabajo que necesitaba <u>hacer?</u>	Ninguna	Leve	Moderada	Severa	Extrema o no puede hacerlo
D5.8	Acabar su trabajo <u>tan rápido</u> como era necesario?	Ninguna	Leve	Moderada	Severa	Extrema o no puede hacerlo

Participación en Sociedad						
En los últimos 30 días:						
D6.1	Cuánta dificultad ha tenido la para <u>participar, al mismo nivel que el resto de las personas</u> , en actividades de la comunidad (por ejemplo, fiestas, actividades religiosas u otras	Ninguna	Leve	Moderada	Severa	Extrema o no puede hacerlo
D6.2	Cuánta dificultad ha tenido debido a <u>barreras u obstáculos</u> existentes en su alrededor (entorno)?	Ninguna	Leve	Moderada	Severa	Extrema o no puede hacerlo
D6.3	Cuánta dificultad ha tenido para vivir con dignidad (o respeto) debido a las actitudes y acciones de otras <u>personas?</u>	Ninguna	Leve	Moderada	Severa	Extrema o no puede hacerlo
D6.4	<u>Cuánto tiempo</u> ha dedicado a su "condición de salud" o a las <u>consecuencias de la misma?</u>	Ninguna	Leve	Moderada	Severa	Extrema o no puede hacerlo
D6.5	Cuánto le ha afectado <u>emocionalmente</u> su "condición de salud"?	Ninguna	Leve	Moderada	Severa	Extrema o no puede hacerlo
D6.6	Qué <u>impacto económico</u> ha tenido usted o su familia su "condición de salud"?	Ninguna	Leve	Moderada	Severa	Extrema o no puede hacerlo
D6.7	Cuánta dificultad ha tenido usted o su familia debido a su condición de salud?	Ninguna	Leve	Moderada	Severa	Extrema o no puede hacerlo
D6.8	Cuánta dificultad ha tenido para realizar cosas que le ayuden a <u>relajarse o disfrutar?</u>	Ninguna	Leve	Moderada	Severa	Extrema o no puede hacerlo

Por favor continúe con la página siguiente..

La pregunta D6.4 cuestiona el tiempo, las opciones de respuesta no me parece que apliquen, sin embargo es solo una observación, así esta en la version en ingles y en la versión traducida al español.



WHODAS 2.0

CUESTIONARIO PARA LA
EVALUACIÓN DE DISCAPACIDAD 2.0

36

Auto

H1	En los últimos 30 días, durante <u>cuántos días</u> ha tenido esas dificultades?	<i>Anote el número de días</i> _____
H2	En los últimos 30 días, cuántos días fue no pudo <u>realizar nada</u> de sus actividades habituales o en el trabajo debido a su condición de salud?	<i>Anote el número de días</i> _____
H3	En los últimos 30 días, sin contar los días que <u>no pudo realizar nada</u> de sus actividades habituales cuántos días tuvo que <u>recortar o reducir</u> sus actividades habituales o en el trabajo, debido a su condición de salud?	<i>Anote el número de días</i> _____

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

Anexo C. Acta de aprobación Macroproyecto.



Comité Institucional de Revisión de Ética Humana
Facultad de Salud

ACTA DE APROBACIÓN N° 012 - 017

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

Sometido por: **ELVIS SIPRIAN CASTRO ALZATE**

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

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

Este Comité certifica que:

- Sus miembros revisaron los siguientes documentos del presente proyecto:

☒ Resumen del proyecto	☒ Protocolo de investigación
☒ Formato de consentimiento informado	☒ Instrumento de recolección de datos
☒ Folleto del investigador (si aplica)	☒ Cartas de las instituciones participantes
☒ Resultados de evaluación por otros comités (si aplica)	
- El presente proyecto fue evaluado y aprobado por el Comité:
- Según las categorías de riesgo establecidas en el artículo 11 de la Resolución N° 008430 de 1993 del Ministerio de Salud, el presente estudio tiene la siguiente **Clasificación de Riesgo**:

☐ SIN RIESGO	☒ RIESGO MÍNIMO	☐ RIESGO MAYOR DEL MÍNIMO
-------------------------------------	---	--
- Que las medidas que están siendo tomadas para proteger a los sujetos humanos son adecuadas.
- La forma de obtener el consentimiento informado de los participantes en el estudio es adecuada.
- Este proyecto será revisado nuevamente en la próxima reunión plenaria del Comité, sin embargo, el Comité puede ser convocado a solicitud de algún miembro del Comité o de las directivas institucionales para revisar cualquier asunto relacionado con los derechos y el bienestar de los sujetos involucrados en este estudio.
- Informará inmediatamente a las directivas institucionales:
 - Todo desacato de los investigadores a las solicitudes del Comité.
 - Cualquier suspensión o terminación de la aprobación por parte del Comité.
- Informará inmediatamente a las directivas institucionales toda información que reciba acerca de:
 - Lesiones a sujetos humanos.

Calle 4B 36 -00 edificio Decanato Teléfono: 5185677 email: eticasalud@correounivalle.edu.co

Comité Institucional de Revisión de Ética Humana

Facultad de Salud



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

Firma:
Nombre:
Capacidad
representativa:

MARIA FLORENCIA VELASCO DE MARTINEZ

PRESIDENTA

Fecha: 30 08 2017

Teléfono: 5185677

CERTIFICACIÓN DE LA FACULTAD DE SALUD DE LA UNIVERSIDAD DEL VALLE

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

Firma:

Nombre:

ADALBERTO SÁNCHEZ G.

Capacidad representativa:

VICEDECANO DE LA FACULTAD DE SALUD

Fecha: 30 08 2017

Teléfono: 5185680

Anexo D. Acta de Aprobacion Comité de Ética.

	FACULTAD DE SALUD Vicedecanato De Investigaciones Y Posgrados Comité de Ética Humana	ACTA DE APROBACION N°(023-019)
---	--	---------------------------------------

Proyecto:

"PERFIL DE DISCAPACIDAD DESDE LOS DOMINIOS DE WHODAS 2.0 EN PERSONAS CON TRASTORNO DEPRESIVO MAYOR ATENDIDAS EN UNA INSTITUCIÓN DE SALUD MENTAL DE CALI EN EL 2017"

Investigador Principal:

DIANA CRISTINA GONZÁLEZ / ANA JOSEFA NIÑO / HILLARY POTES / ELVIS SIPRIAN CASTRO ALZATE

Código Interno: (216-019)

Fecha en que fue sometido:	DÍA	MES	AÑO
	09	12	2019

El Consejo de la Facultad de Salud de la Universidad del Valle, ha establecido el Comité Institucional de Revisión de Ética Humana (CIREH), el cual está regido por la Resolución 008430 del 4 de octubre de 1993 del Ministerio de Salud de Colombia por la cual se establecen las normas científicas, técnicas y administrativas para la investigación en salud; los principios de la Asamblea Médica Mundial expuestos en su Declaración de Helsinki de 1964, última revisión en 2013; y el Código de Regulaciones Federales, título 45, parte 46, para la protección de sujetos humanos, del Departamento de Salud y Servicios Humanos de los Institutos Nacionales de Salud de los Estados Unidos 2000.

Este Comité **certifica que:**

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

X	Protocolo de Investigación
X	Instrumentos de recolección de datos
X	Formato de consentimiento informado
X	Soportes solicitados por el CIREH
	Cartas de las instituciones participantes
	Resultados de evaluación por otros comités (si aplica)

2. El presente proyecto fue evaluado y aprobado por el Comité.
3. Según las categorías de riesgo establecidas en el artículo 11 de la Resolución N° 008430 de 1993 del Ministerio de Salud, el presente estudio tiene la siguiente **Clasificación de Riesgo:**

	Sin riesgo
X	Riesgo mínimo
	Riesgo mayor del mínimo

4. Las **medidas** que están siendo tomadas para proteger a los sujetos humanos son adecuadas.
5. La forma de obtener el **consentimiento** informado de los participantes en el estudio es adecuada.
6. **Informará** inmediatamente a las directivas institucionales:

- a. Todo desacato de los investigadores a las solicitudes del Comité.
 - b. Cualquier suspensión o terminación de la aprobación por parte del Comité.
 - c. Lesiones a sujetos humanos.
 - d. Problemas imprevistos que involucren riesgos para los sujetos u otras personas.
 - e. Cualquier cambio o modificación a este proyecto que no haya sido revisado y aprobado por el Comité.
7. El presente proyecto ha sido **aprobado** por un periodo de un **(1) año** a partir de la fecha de aprobación.
8. El **investigador principal** deberá informar al Comité:
- a. Cualquier cambio que se proponga introducir en este proyecto. Estos cambios no podrán iniciarse sin la revisión y aprobación del Comité excepto cuando sean necesarios para eliminar peligros inminentes para los sujetos.
 - b. Cualquier problema imprevisto que involucre riesgos para los sujetos u otros.
 - c. Cualquier evento adverso serio dentro de las primeras 24 horas de ocurrido, al secretario(a) y al presidente.
 - d. Cualquier conocimiento nuevo respecto al estudio, que pueda afectar la tasa riesgo/beneficio para los sujetos participantes.
 - e. Cualquier decisión tomada por otros comités de ética
 - f. La terminación prematura o suspensión del proyecto explicando la razón para esto.
9. El investigador principal deberá presentar el informe al final cuando haya culminado el proyecto.
10. En caso que el proyecto tenga duración mayor a un año, deberán solicitar la renovación del aval adjuntando el informe de avance y los documentos requeridos en dicho formato.

Fecha de elaboración:

DIA	MES	AÑO
31	01	2020



Firma: _____

Nombre: **BEATRIZ EUGENIA FERNÁNDEZ H.**

Capacidad **PRESIDENTE** Teléfono: 5185677
Representativa:

Anexo E. Consentimiento Informado Macroproyecto.

Anexo 7: formato de consentimiento informado

Proyecto: "Estudio multicéntrico de evaluación de la discapacidad en población con trastornos mentales graves, de tres países de Sudamérica que presentan diferentes niveles de implementación de reforma en sus políticas de salud mental".

En el presente documento se ofrece información sobre el proyecto de investigación que se realizará la ciudad de Cali (Valle del Cauca) denominado: "Estudio multicéntrico de evaluación de la discapacidad en población con trastornos mentales graves, de tres países de Sudamérica que presentan diferentes niveles de implementación de reforma en sus políticas de salud mental", Elvis Siprian Castro (Investigador Principal), docente del programa académico de terapia ocupacional de la Universidad del Valle (Colombia), bajo la dirección de la Dra. Sandra Saldivia Bórquez, Psicóloga y docente del Doctorado en Salud Mental de la Universidad de Concepción (Chile).

Propósito: Con el presente estudio se espera validar un instrumento de evaluación de la discapacidad desarrollado por la Organización Mundial de la Salud, en una muestra de población con trastornos mentales graves de tres países sudamericanos (Chile, Colombia y Ecuador). Los centros vinculados son: Concepción (Chile), con la participación del Departamento de Psiquiatría y Salud Mental de la Universidad de Concepción; Cali (Colombia), con la participación de la Secretaría de Salud Pública Municipal de Cali y la Escuela de rehabilitación Humana de la Universidad del Valle; y Quito (Ecuador), con la participación del Departamento de Psicología de la Universidad central del Ecuador.

¿Por qué lo invitamos a participar en el estudio? Usted tiene entre 18 y 65 años, se encuentra vinculado a los programas desarrollados por la Secretaría de Salud Pública Municipal de Cali, y presenta cualquiera de estos diagnósticos: esquizofrenia, trastorno depresivo mayor o trastorno afectivo bipolar. Estas condiciones de salud se caracterizan por presentar alta carga de discapacidad, razón por la cual es necesario garantizar un procedimiento de evaluación que se ajuste a las condiciones y necesidades manifestadas por la población de los tres centros participantes.

Procedimientos: La investigación consiste en el empleo de tres instrumentos de evaluación: el primero, corresponde al instrumento principal denominado "*Escala de Evaluación de la Discapacidad de la Organización Mundial de la Salud*", que permite determinar la presencia de limitaciones en las actividades o restricciones en la participación social. El segundo instrumento se denomina "*Entrevista Neuropsiquiátrica Internacional*", y permite determinar la presencia actual o pasada de la enfermedad mental que usted presenta. Finalmente, un instrumento que permite determinar el estado actual de la cognición, a atención y la memoria, denominado "*Examen del estado mental*". Profesionales de la salud que han sido previamente entrenados o profesionales que hacen parte de los equipos de rehabilitación basada en comunidad (RBC), emplearán estos instrumentos para determinar la presencia de discapacidad en una muestra de 274 personas que presentan alguno de los diagnósticos anteriormente mencionados, y que son considerados trastornos mentales graves (TMG).

En promedio la toma de datos tiene una duración de 45 minutos, la recolección de los datos podrá ser realizada en la institución de salud o en visita domiciliaria, según sea acordado entre usted y el grupo de profesionales.

Beneficios: Con la información obtenida, los profesionales que lo(la) atienden podrán determinar cuáles son las áreas de la vida cotidiana en la que se deben priorizar las intervenciones. Además, en el futuro podrán contar con una estrategia que permita determinar el efecto de las actividades que han implementado, respondiendo a las características de la población beneficiaria de los programas de la Secretaría de Salud Pública Municipal de Cali. Usted o su familia no incurrirán en gastos por participar en esta investigación.

Riesgos: No existen riesgos para su integridad física, es posible que algunas preguntas relacionadas con su situación actual o pasada generen algún malestar. En caso de presentarse incomodidad o de generarse una situación estresante, los profesionales que le están entrevistando están en capacidad de ofrecer orientación y atención de apoyo para garantizar su bienestar psicosocial y bienestar. En caso de ser necesario se harán remisiones a los servicios de salud que sean pertinentes.

Confidencialidad: Se garantiza el manejo confidencial de la información suministrada por usted. Por ningún motivo, se divulgará a personas ajenas al estudio, salvo que sea requerido para instancias legales. Todos los participantes serán identificados mediante la asignación de un código, sus datos personales como nombre, dirección o teléfono no serán publicados en los resultados o en presentaciones en eventos científicos.

A su vez, mediante solicitud por escrito ante los investigadores y el comité de ética, se realizarán estudios posteriores con la información obtenida mediante análisis secundario de datos. Es decir, para este fin no se requerirá aplicar una nueva entrevista o visita a su lugar de residencia.

Compensación: Usted no recibirá compensación económica por responder la encuesta.

Personas a contactar: en caso de presentar alguna inquietud o con sus derechos como participante o cualquier daño que usted considere le pueda haber causado participar en este estudio, puede contactarse con:

ELVIS SIPRIAN CASTRO (investigador principal), al teléfono 316 628 04 79 o + 56-9-97716244 o al correo electrónico elvis.castro@correounivalle.edu.co

Si usted tiene preguntas o requiere mayor orientación respecto a aspectos éticos del proyecto, puede comunicarse con Florencia Velasco, presidente del CIREH en el teléfono 2 – 5185677 – 97.

Participación Voluntaria: Usted es libre de participar o no en el presente estudio. En caso de no aceptar, se garantiza la prestación de servicios de salud mental. Si decide aceptar, usted se puede

retirar voluntariamente por cualquier razón y en cualquier momento sin afectar el acceso y la calidad de los servicios de salud a los que tiene derecho.

Acceso a los resultados: El grupo investigador le garantiza el derecho a conocer los resultados de las evaluaciones realizadas y toda publicación derivada del proyecto.

Aceptación: El (la) profesional que le entrega el presente documento está capacitado para resolver cualquier pregunta que usted tenga sobre el propósito del estudio. Por favor pregunte si algo no le queda suficientemente claro.

Su firma o huella digital indica que usted leyó el documento o que se lo han leído, que ha decidido participar en el estudio descrito en el presente documento, y que después de haber obtenido el visto bueno del comité de ética, autoriza el uso de la información en estudios futuros sobre el tema.

Usted firmará dos copias, de las cuales una quedará en su poder.

Me han explicado en que consiste este estudio y lo he comprendido.

Nombre del participante: _____

Firma del participante: _____

Número de identificación: _____ de: _____

Nombre del investigador: Elvis Siprian Castro Alzate

Firma: _____

Número de identificación: _____ de: _____

Testigo uno: _____ C.C. _____

Testigo dos: _____ C.C. _____

Dado en Santiago de Cali a los _____ días, del mes _____, del año: _____

El presente documento de consentimiento informado se ajusta a la Resolución 8430 de 1993, emanado por el Ministerio de Salud, y que incorpora las normas de ética en investigación con seres humanos vigentes en Colombia; a la Declaración de Helsinki y sus enmiendas, y a la aprobación del Comité de Ética de la Universidad del Valle