

**DISCAPACIDAD Y CALIDAD DE VIDA RELACIONADA CON LA SALUD EN PERSONAS
ADULTAS CON DISCAPACIDAD EN LA CIUDAD DE SOLEDAD – ATLÁNTICO,
COLOMBIA. 2017.**

**INFORME FINAL DE INVESTIGACIÓN
TESIS DE MAESTRÍA**

**ZULMA SOLANO ESPARRAGOZA
SHIRLEY BARREIRO NOVOA
YURANIS PATRICIA MOLINA HEREDIA**

**DIRECTORAS DE TESIS
MG. LIDA MARITZA GIL OBANDO
MG. ALEXANDRA LOPEZ LÓPEZ**

**UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE MANIZALES
FACULTAD DE SALUD
MAESTRÍA EN DISCAPACIDAD EXTENSIÓN BARRANQUILLA
COHORTE I**

SOLEDAD – ATLÁNTICO - COLOMBIA, MAYO DE 2017

Agradecimientos

Al concluir nuestro trabajo de investigación, queremos dar gracias primeramente a Dios por ser maravilloso, por darnos sabiduría e iluminarnos en todo momento. A nuestras directoras de tesis, las doctoras Lida Gil y Alexandra López, por facilitar nuestro proceso con miras a formarnos como investigadoras, por su apoyo y paciencia inagotable. A las personas con discapacidad de la ciudad de Soledad, que nos permitieron conocer parte de su vida y responder con agrado nuestras preguntas. A Mario Mercado nuestro amigo y asesor incondicional, que nos acompañó en todos los momentos con su agradable sonrisa e hizo de este proceso una experiencia enriquecedora.

Grupo de investigadoras.

Ante todo quiero agradecer Dios Todopoderoso, que me ha dado la vida, me permitió disfrutar de esta gran experiencia, por guiarme cada día en este sueño y me ayudó a superar obstáculos que tuve en el camino. A mi amado esposo Luis Miranda, quien ha sido mi Amigo, apoyo y consejero: gracias, amor, este triunfo es tuyo también. A mis hijos, tesoros hermosos, Santi y Sofi, quienes han comprendido en medio de su niñez que mamá debía estudiar y luchar para forjar un futuro mejor en Familia. A mis queridas amigas de tesis Zulma y Yuranis, juntas hemos vivido experiencias que quedaran grabados por siempre y llegar a alcanzar la gran meta de ser Magister. A todos aquellos que de una u otra manera me apoyaron y me dieron palabras de aliento. ¡Gracias!

Shirley Barreiro N.

Agradezco a mis padres Yolanda y Alberto que me acompañaron y apoyaron incondicionalmente durante todo este camino arduo, y que me alentaron a seguir siempre adelante. A mi hermano Jesús Molina por su apoyo y deseos. A mi hermana Yolibet Molina y su esposo Freddy Rada por su gran hospitalidad, comprensión y cariño. A la familia Mercado Coronado: señor Alberto Mercado, señora Pastora Coronado, Sibel Pérez y Camilo Pérez por quererme como una hija más, por su ayuda incondicional y por su paciencia. A mis compañeras y amigas Zulma Solano y Shirley Barreiro por su excelente compañía y compartir conmigo grandes experiencias profesionales y personales. A mi novio Mario Mercado que, sin lugar a dudas, se luchó conmigo día y noche, que me cuidó en cada paso que daba y me alentaba con sus sabias palabras constantemente. ¡Muchas gracias y que Dios los colme de bendiciones a montón!

Yuranis Molina H.

Agradezco a esos ángeles que desde el cielo me cuidan. "Mago" mi hermosa y sabia madre y mi pequeño hijo Dylan José. A mi querido y excelente esposo Roberto Carlos Pattigno, mi compañero fiel, por todo su amor y apoyo. A la luz de mis ojos Daniel José mi adorado hijo que con sus grandes valores y tolerancia supo comprender los momentos de mi ausencia. A mi padre hermoso José Martin Solano el primer hombre que trajo a mi vida mucha felicidad y admiro con toda mi alma. A mi gran hermano José Luis Solano que desde la distancia me acompaña y me hace sentir tan especial. A mis compañeras de tesis Shirley Barreiro y Yuranis Molina, por ser unas excelentes profesionales, amigas y maravillosos seres humanos. A todos los familiares y amigos que de una u otra forma han contribuido a lograr este gran sueño. ¡Los amo a todos!

Zulma Solano E.



TABLA DE CONTENIDO

RESUMEN ACADÉMICO	10
1. AREA PROBLEMÁTICA, ANTECEDENTES, PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN Y SU JUSTIFICACIÓN	11
1.1 DISPOSICIONES ÉTICAS VIGENTES Y CONDICIONES DE FACTIBILIDAD	20
2. OBJETIVOS	22
2.1 OBJETIVO GENERAL	22
2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS	22
3. REFERENTE TEÓRICO	23
3.1 DISCAPACIDAD	23
3.2 CALIDAD DE VIDA	26
3.2.1 Calidad de Vida relacionada con la Salud (CVRS)	28
3.2.2 Medición de Calidad de Vida relacionada con la Salud desde el WHOQOL BREF (World Health Organization Quality of Life Instrument, versión corta 26 ítems).....	31
4. VARIABLES Y SU OPERACIONALIZACIÓN	35
5. METODOLOGÍA	50
5.1 DISEÑO	50
5.2 ENFOQUE Y TIPO DE ESTUDIO	50
5.3 POBLACIÓN.....	51
5.4 MUESTRA Y MUESTREO	51
5.5 CRITERIOS DE INCLUSIÓN Y EXCLUSIÓN.....	52
5.6 TÉCNICAS DE RECOLECCIÓN DE INFORMACIÓN.....	52
5.7 PROCEDIMIENTO	53
5.8 ANÁLISIS ESTADÍSTICO.....	53
6. RESULTADOS.....	54
6.1 ANÁLISIS DESCRIPTIVO DE LAS VARIABLES SOCIODEMOGRÁFICAS	54
6.2 ANÁLISIS DESCRIPTIVO DE LAS VARIABLES CLÍNICAS	55
6.3 ANÁLISIS DESCRIPTIVO DE DISCAPACIDAD	57
6.4 ANÁLISIS DESCRIPTIVO DE CALIDAD DE VIDA RELACIONADA CON LA SALUD.....	60
6.5. RESULTADOS BIVARIADOS	68
6.5.1 Relación entre variables Sociodemográficas y Discapacidad	68
6.5.2 Relación entre variables clínicas y Discapacidad.....	69

6.5.3 Relación de calidad de vida relacionada con la salud por dominios y variables sociodemográficas	70
6.5.4 Relación variables clínicas y CVRS	71
6.5.5 Relación entre discapacidad por áreas y global (0-100 puntos) y calidad de vida relacionada con la salud por dimensiones (0-100 puntos).....	72
7. DISCUSIÓN	73
8. CONCLUSIONES	78
9. RECOMENDACIONES	80
10. EJECUCIÓN PRESUPUESTO	81
REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS.....	82
ANEXOS	89
ANEXO 1. FORMATO DE CONSENTIMIENTO INFORMADO	89
ANEXO 2. FORMATO DE REGISTRO DE DATOS SOCIODEMOGRAFICOS, CLINICOS	91
ANEXO 3. INSTRUMENTO DE EVALUACIÓN DE DISCAPACIDAD WHODAS 2.0	92
ANEXO 4. INSTRUMENTO DE EVALUACIÓN DE LA CALIDAD DE VIDA DE LA ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD - WHOQOL-BREF	94
ANEXO 5. Sintaxis WHODAS 2.0	96
ANEXO 6. Sintaxis WHOQOL-BREF.....	99
ANEXO 7. CARACTERIZACIÓN MUNICIPIO DE SOLEDAD, ATLÁNTICO.....	101

INDICE DE TABLAS

Tabla 1. Operacionalización de variables sociodemográficas y clínicas. _____	35
Tabla 2. Operacionalización de variables de Funcionamiento y Discapacidad desde el instrumento WHO-DAS 2.0, versión de 36 ítems _____	39
Tabla 3. Operacionalización de Grado de discapacidad resultante desde el WHO-DAS 2.0. _____	44
Tabla 4. Operacionalización de variables de calidad de vida relacionada con la salud según el WHOQOL-BREF __	45
Tabla 5. Operacionalización de calidad de vida relacionada con la salud resultante desde el WHOQOL-BREF ____	49
Tabla 6. Resumen descriptivo de variables sociodemográficas _____	54
Tabla 7. Resumen descriptivo de variables clínicas _____	55
Tabla 8. Resumen características sociodemográficas y clínicas, variables cuantitativas. _____	56
Tabla 9. Estadísticos descriptivos puntuación <i>global</i> y por áreas del WHODAS 2.0 _____	57
Tabla 10. Grado de Discapacidad WHODAS 2.0 _____	59
Tabla 11. Grado de discapacidad por áreas del WHODAS 2.0. _____	59
Tabla 12. Estadísticos descriptivos puntaje total por dominios del WHOQOL Bref. _____	60
Tabla 13. Promedios de la Puntuación por preguntas del WHOQOL Bref _____	62
Tabla 14. Prueba de normalidad para Discapacidad global y por áreas y CVRS por dominios, cuantitativas sociodemográficas _____	63
Tabla 15. Coeficientes de correlación utilizados para discapacidad por áreas y <i>global</i> (WHO DAS 2.0) con características sociodemográficas y clínicas, acorde con el nivel de medición de las variables _____	64
Tabla 16. Coeficientes de correlación utilizados para CVRS por dominios (WHOQOL BREF) con características sociodemográficas y clínicas, acorde con el nivel de medición de las variables _____	65
Tabla 17. Pruebas de homogeneidad para el contraste de discapacidad por áreas y <i>global</i> en subgrupos de variables sociodemográficas y clínicas _____	66
Tabla 18. Pruebas de homogeneidad para el contraste entre CVRS por dominios (WHOQOL BREF) en subgrupos de variables sociodemográficas y clínicas _____	67
Tabla 19. Relación de variables sociodemográficas con Discapacidad global y por áreas. _____	68
Tabla 20. Relación de variables clínicas con Discapacidad global y por áreas _____	69
Tabla 21. Relación de variables sociodemográficas con dominios de CVRS. _____	70
Tabla 22. Relación de variables clínicas con dimensiones de CVRS _____	71
Tabla 23. Correlación entre CVRS por dimensiones y discapacidad por áreas y <i>global</i> _____	72

FICHA CATALOGRÁFICA

Formato documento Vancouver 2010

Barreiro S., Molina YP., Solano ZC. Discapacidad y calidad de vida relacionada con la salud en personas adultas con discapacidad en la ciudad de Soledad, Atlántico (Colombia) 2017. [Tesis de Maestría]. Grupo de investigación Cuerpo Movimiento: Universidad Autónoma de Manizales; 2017. 102 p.



PRESENTACIÓN

Se presenta el informe final de investigación para obtener el título como Magísteres en Discapacidad de la Universidad Autónoma de Manizales. Este trabajo hace parte del macroproyecto titulado Discapacidad y calidad de vida relacionada con la salud en personas adultas con discapacidad de la Región Caribe de Colombia, 2015-2017, macroproyecto adscrito a la línea de investigación de Funcionamiento y Discapacidad en la perspectiva de la Salud del Grupo de Investigación Cuerpo Movimiento de la UAM y realizado con 13 estudiantes de la cohorte I de la maestría en discapacidad en cinco ciudades de la región Caribe Colombiana. Para la evaluación de la discapacidad y la calidad de vida relacionada con la salud esta investigación utilizó como instrumentos el WHODAS 2.0 y el WHOQOL Bref, ambos desarrollados por la OMS, cuentan con comprobadas propiedades psicométricas, adaptados y validados al idioma español los cuales pueden utilizarse no solo con fines investigativos si no también en instituciones de salud, de rehabilitación y de gobierno que deseen medir estos dos constructos en determinados grupos poblacionales para la toma de decisiones informadas.

DATOS DE IDENTIFICACIÓN DEL PROYECTO

Título			
Discapacidad y calidad de vida relacionada con la salud en personas adultas con discapacidad en la ciudad de Soledad, Atlántico (Colombia) 2017.			
Investigadoras			
Shirley Barreiro Novoa Yuranis Patricia Molina Heredia Zulma del Carmen Solano Esparragoza			
Directoras y Coinvestigadoras			
Lida Maritza Gil Obando	cc. 30330357	lidadgil@autonoma.edu.co	
Alexandra López López	cc. 30337080	alexlo@autonoma.edu.co	
Actos internos de aprobación del Proyecto			
Aprobación comité de currículo	Acta No. 2015-14 del 06 de octubre de 2015		
Aprobación comité de ética	Acta No. 052 del 14 de octubre de 2015		
Aprobación Comité de Investigación	Acta No. 066 de diciembre 17 de 2015. Código: 472-066		
Acta de entrega de informe final	Acta entregada en la Unidad de Posgrados el 30 de mayo de 2017		
Acta nombramiento evaluadores informe final	Acta No. 2017-07 del 30 de mayo de 2017		
Nombre del programa académico	Maestría en Discapacidad		
Cohorte	I (Uno)		
Dirección de correspondencia:	Unidad de Posgrados - Piso 5 - Edificio Fundadores Universidad Autónoma de Manizales Antigua Estación del Ferrocarril		
Grupo de investigación UAM	Código GrupLAC	Clasificación	Línea
Cuerpo – Movimiento	CoI0017039	Categoría A	Funcionamiento y discapacidad en la perspectiva de la salud
Lugar de Ejecución del Proyecto		Duración	Tipo de proyecto
Soledad, Atlántico		24 meses	Investigación Aplicada
Descriptor / Palabras claves: evaluación de la discapacidad, calidad de vida relacionada con la salud, adultos			

RESUMEN ACADÉMICO

Objetivo. Relacionar la discapacidad y la calidad de vida relacionada con la salud en personas adultas con discapacidad en la ciudad de Soledad, Atlántico (Colombia, 2017). **Materiales y método.** Estudio descriptivo de alcance correlacional con 125 participantes con discapacidad mayores de 20 años de la ciudad de Soledad, Departamento del Atlántico, Colombia que llevaran más de seis meses con la limitación permanente. Se utilizó el cuestionario WHODAS 2.0 para la evaluación de discapacidad y el WHOQOL-Bref para establecer la calidad de vida relacionada con la salud de la población con discapacidad. **Resultados.** Los mayores promedios de puntuación (mayor discapacidad) se encontraron en el área de participación (28,90 puntos), respecto de calidad de vida se encontró que el dominio ambiente fue el peor percibido entre los participantes (67,42 puntos). Se encontró una relación directa estadísticamente significativa ($p < 0,005$) entre la discapacidad con el estado civil, la ocupación, el diagnóstico médico y el tipo de medicamentos, dicha relación tuvo una fuerza entre débil y moderada. La calidad de vida mostró relaciones significativas ($p < 0,005$) con estado civil, rangos de edad, rangos de tiempo de limitación permanente, uso de medicamentos y uso de ayudas externas. La mayoría de los dominios de calidad de vida presentaron asociación significativa e inversa con las áreas y global de discapacidad. **Conclusión.** Los hallazgos evidencian que los factores del contexto (ambientales) influyen el grado de discapacidad y percepción de calidad de vida, el empleo sigue siendo un factor determinante para la valoración de discapacidad.

Palabras clave

Evaluación de Discapacidad, Calidad de Vida Relacionada con la Salud, Adultos (Fuente: DeCS)

DISCAPACIDAD Y CALIDAD DE VIDA RELACIONADA CON LA SALUD EN PERSONAS ADULTAS CON DISCAPACIDAD EN LA CIUDAD DE SOLEDAD, ATLÁNTICO (COLOMBIA) 2017

1. AREA PROBLEMÁTICA, ANTECEDENTES, PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN Y SU JUSTIFICACIÓN

En la perspectiva de la Clasificación Internacional del Funcionamiento, de la Discapacidad y de la Salud (CIF), la discapacidad es entendida como la interacción multidimensional entre la persona con una condición de salud y los diferentes niveles de funcionamiento, término genérico que incluye deficiencias, limitaciones en la actividad y restricciones en la participación (1). Esta definición se enmarca en el modelo biopsicosocial, desde donde es posible establecer el perfil de funcionamiento y discapacidad del sujeto teniendo en cuenta los niveles de análisis corporal, personal, social y contextual.

La OMS estimaba en 2005 que aproximadamente 600 millones de personas en el mundo presentaban algún tipo de discapacidad, de ellas el 80% vivía en países de bajos ingresos y la mayoría estaba expuesta a condiciones de vulnerabilidad como la pobreza y dificultades para el acceso a servicios básicos y de rehabilitación (2). En el informe mundial de discapacidad publicado por la OMS en 2011, se reportó que más de 1.000 millones de personas viven con algún tipo de discapacidad, esta cifra representa alrededor del 15% de la población mundial; de acuerdo con este informe, el panorama muestra que la proporción de la discapacidad está en aumento, que aproximadamente entre 110 y 190 millones de personas experimentan grandes dificultades para vivir en su entorno cotidiano y la discapacidad se relaciona de forma importante con situaciones de vulnerabilidad, pobreza, bajos ingresos socioeconómicos, menor escolaridad, mayor desempleo y dificultades para el acceso a servicios de salud, rehabilitación y vivienda(3).

A nivel mundial y específicamente en América Latina, la transición epidemiológica y demográfica se caracteriza básicamente por el envejecimiento de la población y el aumento de las condiciones crónicas no transmisibles, en Colombia se suma el fenómeno de la violencia, situaciones que repercuten en la percepción de la calidad de vida y la discapacidad.

En el país, algunas regiones en particular reúnen factores predisponentes a una significativa prevalencia de la discapacidad, entre ellos se destaca que ha sido escenario durante varias décadas, de situaciones violentas y accidentes con alto nivel de morbi-mortalidad que han involucrado a diferentes grupos poblacionales, el perfil epidemiológico nacional tiene una tendencia heterogénea que muestra en algunas regiones persistencia de enfermedades de origen infeccioso, además se enfrenta a las enfermedades infecciosas reemergentes como la Tuberculosis pulmonar y el cólera y emergentes como el VIH/SIDA. Sumado a lo anterior, el aumento de la esperanza de vida a todas las edades con el consecuente aumento del número de personas mayores, favorece tanto la incidencia de enfermedades crónicas y degenerativas, como de las del sistema circulatorio y tumores.

En el censo poblacional colombiano realizado en el año 2005 se estimó una prevalencia de discapacidad para el país del 6,3%, de dicha proporción se calculó que el 71.2% presentaban por lo menos una limitación, 14.5% dos limitaciones, 5.7% tres limitaciones y 8.7% más de tres limitaciones; dentro de la información reportada se destacan limitaciones para ver a pesar de usar lentes o gafas (43.37%), seguido de limitaciones para moverse o caminar (29.32%). Del total de personas, el 47.7% fueron hombres y el 52.3% mujeres, el grupo de edad con mayor presencia de discapacidad fue el de 60 años y más, seguido por 15 a 44 años(4).

Respecto a la prevalencia de las limitaciones permanentes por departamento, según información del DANE varios de ellos sobrepasaron el promedio nacional, entre ellos Cauca (9.5%), Nariño (9.0%), Boyacá (8.8%), Huila (8.5%), Quindío (8.0%), Tolima (7.8%), Putumayo (7.4%), Valle del Cauca (6,64%), y Caldas (6,86%). Mientras que departamentos como Bolívar reportó 5.5%, Sucre 5,4%, Atlántico 5,1% y Guajira 3,7%(4). En el mismo informe censal se encontró la proporción por tipo de limitación en cada departamento como se muestra en la siguiente tabla:

Tipo de limitación en el departamento del Atlántico.

Limitación	Atlántico
Limitaciones permanentes para ver	41.8%
Limitaciones permanentes para caminar o moverse	25.9%
Limitaciones permanentes para oír	14.6%
Limitaciones permanentes para usar brazos y manos	15.5%
Limitaciones permanentes para hablar	17.3%
Limitaciones permanentes para entender o aprender	16%
Limitaciones permanentes para relacionarse con los demás	12.4%
Limitaciones permanentes para autocuidado	14.6%
Otro tipo de limitaciones permanentes	23.9%

En Colombia además de la información censal, se viene implementando el registro continuo para la localización y caracterización de las personas con discapacidad, como una herramienta técnica que facilita los procesos de planificación en los territorios, éste registro de información estadística es una estrategia novedosa en el país por cuanto las fuentes generalmente utilizadas no han superado los marcos de las encuestas de prevalencia y de los censos nacionales, así mismo promueve su utilización en los campos de investigación, educación, laboral, salud, entre otros.

El consolidado del registro para localización y caracterización de personas con discapacidad (RLCPD), realizado por la Fundación Saldarriaga Concha en 2009, concluyó que durante el periodo 2002 - 2008 se habían obtenido 750.378 registros de personas con discapacidad en 829 municipios del país; según estos reportes, la población con discapacidad en su mayoría son mujeres, pertenecientes a los estratos 1 y 2, con bajo nivel educativo e inasistencia escolar, desempleados por su discapacidad, en gran parte no afiliados a salud, residentes en cabeceras municipales y el grupo de edad más afectado es el de mayores de 60 años(6). El Ministerio de salud estimó 1'062.917 colombianos inscritos en el RLCPD con punto de corte a diciembre de 2013(7).

Lo anterior refleja, que la discapacidad es una situación que requiere abordaje integral desde los diferentes sectores, no solo en términos cuantitativos sino también desde factores cualitativos que dan cuenta de elementos biopsicosociales. El aumento de los años de vida ajustados en función de la discapacidad, los avances científicos en materia de intervenciones en rehabilitación y la formación avanzada de profesionales en el campo educativo, salud, político, entre otros, llevan a pensar la discapacidad desde una perspectiva multidimensional y transectorial

La discapacidad genera impacto personal y social en quien la experimenta, produce modificaciones en el estilo de vida, en el rol físico, laboral, social, familiar, entre otros, esta situación debe entenderse y abordarse de manera integral y articulada. Coherente con ello, el abordaje de la discapacidad deberá trascender lo clínico hacia aspectos relacionados con el funcionamiento humano y la calidad de vida relacionada con la salud. Tradicionalmente se han evaluado las variables corporales, las respuestas sintomáticas, el tipo de discapacidad o la tasa de supervivencia, sin embargo, esta información es insuficiente para mostrar una visión apropiada del efecto del abordaje e intervención a las personas con discapacidad.

En ese sentido, establecer el perfil de discapacidad y la percepción de calidad de vida relacionada con la salud en personas con discapacidad, se constituye en información indispensable en los procesos de rehabilitación, inclusión, planificación, pues deben existir evidencias que respalden la toma de decisiones para la intervención en los diferentes campos de actuación en torno a la discapacidad.

La evaluación en discapacidad es una estimación no sujeta a una disciplina o profesión, ésta debe atender a principios de validez y confiabilidad, para ser empleada por ejemplo en el seguimiento periódico de los cambios en la actuación con un usuario a través del tiempo, la calidad, la satisfacción, la evaluación de un programa, la determinación del costo beneficio de los procesos y recursos empleados, la toma de decisiones en la política de atención y los resultados de la rehabilitación. Con la evaluación se puede establecer el nivel funcional de una persona, pero la intención es además que se relacionen las consecuencias sociales y económicas, es decir la evaluación de la discapacidad precisa el abordaje transversal que abarca lo biológico, psicológico y sociocultural.

En las últimas décadas, han surgido diferentes instrumentos que pretenden evaluar la discapacidad en personas con diversas condiciones de salud, entre ellos se encuentra el World Health Organization - Disability Assessment Schedule II(8) conocido como WHO-DAS II, traducido y validado al español por Vásquez y Herrera en el 2006(9); más recientemente denominado por los autores originales WHO DAS 2.0 en la descripción de la evolución del programa de evaluación de la discapacidad realizado por la OMS(10). El WHO DAS 2.0 es una medida normalizada que garantiza la posibilidad de comparar científicamente diversas poblaciones, es una herramienta desarrollada por la OMS que mide el funcionamiento y la discapacidad y es conceptualmente compatible con la CIF; consta de 36 ítems en su versión completa y permite evaluar la discapacidad desde seis dominios.

A nivel internacional son varios los estudios realizados que han utilizado el WHO DAS II para medir la discapacidad, la tendencia actual se dirige a realizar validaciones de este cuestionario con otros instrumentos, especialmente con aquellos que miden la calidad de vida relacionada con la salud, Kutlay(11) comprobó la validez y confiabilidad del WHO DAS II (versión de Turquía) para la evaluación de discapacidad en sujetos con osteoartritis; para la validez interna de constructo del WHODAS-II se aplicó el instrumento a sujetos con osteoartrosis de rodilla mediante un análisis RASCH, y para la validez externa de constructo utilizaron el Western Ontario and McMaster Universities Index of Osteoarthritis (WOMAC) y el Nottingham Health Profile (NHP); la confiabilidad fue probada con la consistencia interna mediante el coeficiente de correlación intraclass (CCI) y test-retest. Los resultados del estudio a 225 sujetos evaluados mostraron un alfa de Cronbach, CCI, y test-retest para 6 áreas del WHODAS-II que variaron entre 0.71 y 0.94, 0.71 y 0.94, y 0.87 y 0.97, respectivamente.

El análisis Rasch del WHODAS-II indicó que después del ajuste de dependencia, en general es satisfactorio, recomiendan analizar por separado "actividades" de "participación". La validez externa de constructo de la escala fue confirmada con las correlaciones con el WOMAC y el NHP. Este estudio concluye que el WHODAS-II es un instrumento válido y confiable para medir la discapacidad y los componentes de "actividades" y "participación" en sujetos con osteoartritis.

Garin y otros(12), realizaron un estudio para validar el WHO DAS II en sujetos con enfermedades crónicas en una muestra de 1119 personas de 7 países europeos con al menos una de 13 condiciones crónicas. Todos los participantes eran evaluados clínicamente y se les aplicaba el WHODAS-II y el SF-36, luego se repitió la aplicación de los dos cuestionarios a las 6 semanas y a los 3 meses siguientes. La validez fue evaluada en términos de consistencia interna (alfa de Cronbach) y confiabilidad (coeficiente de correlación intraclass, CCI). La validez de constructo fue evaluada a través de la correlación de los dominios del WHODAS-II y del SF-36. Este estudio encontró un alfa de Cronbach en rangos de 0.77 (autocuidado) a 0.98 (actividades de la vida diaria: trabajo o estudio), y un CCI

bajo, pero alcanzando el nivel recomendado de 0.7 para cuatro dominios. La correlación entre el puntaje global del WHODAS-II y las diferentes dimensiones del SF-36 obtuvo rangos desde -0.29 a -0.65. La mayoría de las puntuaciones del WHODAS-II mostró diferencias estadísticamente significativas entre los grupos clínicos de mayor gravedad de todas las patologías crónicas y entre los sujetos que trabajan y aquellos que no trabajan debido a la mala salud ($p < 0,001$). La principal conclusión de este estudio fue la necesidad de correlacionar las dimensiones de discapacidad con las de calidad de vida.

El WHO DAS II ha sido utilizado en estudios para evaluar la discapacidad desde una perspectiva biopsicosocial en personas con psicopatologías como la esquizofrenia(13) y desórdenes psiquiátricos(14), en trastornos neurológicos(15) y en enfermedades reumatológicas(16). En Colombia se encuentran estudios donde se muestran los resultados de la aplicación del WHO DAS II 36 ítems. Henao y Pérez, encontraron que el 100% de los participantes con lesión medular de la ciudad de Manizales evaluadas con el WHO-DAS II presentaban algún grado de discapacidad (53% moderada, 38% leve y 9%severa) con una media de 31,27 en una escala de 0 a 100 y una desviación estándar de 13,68(17). Por su parte, Ríos reportó que la totalidad de las personas con insuficiencia renal crónica del departamento de Antioquia presentaba algún grado de discapacidad evaluada con el WHO-DAS II, donde la mayor parte de la población estaba en grado moderado (47%); el 26% presentó discapacidad leve y severa, con una media de 37 ± 15.7 puntos(18). Londoño y otros en el 2012 encontraron que entre las variables sociodemográficas solo el nivel de escolaridad evidenció relación estadísticamente significativa con el área de “compresión y comunicación” y la situación ocupacional con el área de “actividades de la vida diaria”, ninguna variable sociodemográfica ni referida a los servicios de rehabilitación mostró asociación significativa con discapacidad global, contrario a las variables clínicas que en su mayoría evidenciaron asociación con la discapacidad global así como el número de complicaciones(19). Imbachí y otros en el 2012, encontraron con el WHO DAS II en la ciudad de San Juan de Pasto, mayor promedio de discapacidad de personas con lesión medular en la capacidad para moverse, reportando en su mayoría un grado de discapacidad leve (47,6%), mientras que en grado de discapacidad global se evidencia una media de 27.94 ± 19.06 puntos(20).

El WHODAS 2.0 (versión actualizada del cuestionario) se reconoce como una herramienta que evalúa de forma multidimensional el funcionamiento y la discapacidad con énfasis en las áreas de actividad y participación, permitiendo a la vez obtener una puntuación global del grado de discapacidad; esta herramienta se está utilizando cada vez con mayor frecuencia a nivel internacional por la comunidad científica y está validada en lengua española, lo que facilita su aplicación en población colombiana. Se considera que brinda información importante al ser aplicado en personas con discapacidad, ya que como herramienta integral de valoración, hace énfasis en las limitaciones de la actividad y

restricciones en la participación experimentadas por las personas. La evaluación de la discapacidad utilizando el WHO DAS 2.0, implica su comprensión como un hecho acompañado de un abanico de consecuencias entre las que se destacan la modificación en el funcionamiento y en la calidad de vida de la persona. Es aplicable tanto a población general como con condiciones de salud asociadas (enfermedades u otros problemas de salud, heridas, lesiones, problemas mentales o emocionales, problemas con el alcohol y problema con las drogas).

La OMS ha cedido los derechos de traducción y publicación de una edición en español al Servicio Nacional de Rehabilitación, responsable único de la calidad y fidelidad de la versión en español codificado con el ISBN 987-45733-0-9 que corresponde al Manual titulado: Medición de la Salud y la Discapacidad: Manual para el cuestionario de evaluación de la discapacidad de la OMS(21)¹.

Salinas et al, evaluaron la asociación de Diabetes Mellitus Tipo 2 (DM2), con la incidencia de Deterioro Cognitivo Leve (DCL) o demencia en un estudio de seguimiento en adultos mayores mexicanos. Para la evaluación de presencia de discapacidad, utilizaron el cuestionario de la Organización Mundial de la Salud (WHODAS 2.0), se consideró con discapacidad a todos aquellos sujetos que calificaran por arriba del percentil 90. La muestra total fue de 1,194 sujetos mayores de 65 años. Se encontró que los sujetos con DM2 evidenciaron un mayor riesgo de desarrollar demencia, lo cual no se observó en el grupo de sujetos con DCL, con respecto a la presencia de discapacidad, se evidenció que el 6.20% de los sujetos residentes del área rural tienen algún tipo de discapacidad(22).

Respecto a la calidad de vida, éste es un concepto complejo y multidimensional que tiene relación con componentes objetivos como el tipo de trabajo, el nivel socioeconómico, el estado de salud, así como con factores subjetivos como la escala de valores, creencias y expectativas de cada persona integrado a un marco biográfico, familiar, social y medio ambiental. Acorde con Alonso y otros, en el ámbito de las ciencias de la salud se emplea el concepto de “Calidad de Vida Relacionada con la Salud (CVRS)” como concepto multidimensional y dinámico, que incorpora los distintos aspectos del bienestar autopercibido o que recoge el punto de vista de la persona(23). Según Sánchez, existen dos perspectivas para la valoración del estado de salud en la práctica clínica: la observada o medida y la percibida; la primera, o sea la medida, tiene su eje evaluativo en dos vertientes: la tecnológica y la instrumental (escalas de valoración) cuya importancia es máxima dado que permite el estudio objetivo de las capacidades del individuo antes del tratamiento y su mejoría a través del seguimiento. La segunda, o sea la percibida, es el estado de salud referido por la persona, a ésta le compete el ámbito que estudia la calidad de vida relacionada con la salud(24).

Se han desarrollado diversos instrumentos de medición de CVRS en diferentes condiciones de salud, dichos instrumentos tienen en cuenta distintas dimensiones y suelen clasificarse en cuestionarios genéricos y específicos

¹ Las investigadoras y directoras de este macroyecto solicitaron la autorización para reproducir el Manual de uso del WHODAS 2.0 a: permissions@who.int.

según se utilice en cualquier condición de salud y permita compatibilidad (genéricos) o se aplique en una condición concreta (específico).

El WHOQOL BREF (World Health Organization Quality of Life Assessment Instrument, versión abreviada) es un cuestionario genérico desarrollado por el Grupo de Calidad de Vida de la Organización Mundial de la Salud, cuya versión en español cuenta con comprobadas características psicométricas en cuanto a validez y confiabilidad(25). Este instrumento genérico de evaluación de la CVRS permite evidenciar la autopercepción de las personas respecto a los efectos de la condición de salud y las intervenciones sanitarias sobre su calidad de vida.

El WHOQOL-BREF es una versión reducida del WHOQOL 100 de la OMS y fue elaborado con un enfoque transcultural, contiene un total de 26 preguntas, una por cada una de las veinticuatro (24) facetas contenidas en el WHOQOL-100 más dos (2) preguntas generales: Calidad de vida general y salud general, las cuales se examinan separadamente. Cada ítem tiene cinco (5) opciones de respuesta ordinales tipo Likert y todos ellos producen un perfil de cuatro (4) dimensiones: salud física, salud psicológica, relaciones sociales y ambiente. Este cuestionario es aplicable tanto a población general como con condiciones de salud asociadas (enfermedades u otros problemas de salud, heridas, lesiones, problemas mentales o emocionales, problemas con el alcohol y problema con las drogas) y aunque fue creado para ser autoadministrado, también puede ser administrado por un entrevistador. El tiempo de referencia que contempla es de 2 semanas(26). En estudios recientes en Colombia se han establecido sus propiedades psicométricas en cuanto a consistencia interna y validez discriminante(27).

En el estudio realizado por Cardona en el 2009 en el que se analizaron las propiedades psicométricas del WHOQOL-BREF y otros instrumentos de evaluación de CVRS en una población con VIH/SIDA. Cardona reporta que una excelente consistencia interna para los diferentes dominios del WHOQOL-BREF exceptuando el dominio de salud psicológica (Alfa de Crobach entre 0,66 y 0,81). En la consistencia interna se encontró que los dominios de relaciones sociales y ambiente presentaron 100% de éxito, mientras salud física y psicológica 71.4% y 83.3% respectivamente. Entre tanto la validez discriminante fue excelente en los dominios de ambiente y relaciones sociales(27).

Salas y Grisales por su parte analizaron los dominios del WHOQOL- BREF relacionados con la calidad de vida de 220 mujeres con cáncer de mama que estaban en tratamiento, encontraron un promedio de 3,9/5 en el autoreporte de la calidad de vida general de las pacientes y de 3, 7/5 en su satisfacción con la salud (DE=1.1). Los resultados mostraron que la calidad de vida de esta muestra participante fue mejor en mujeres con mayor nivel de escolaridad, afiliadas al régimen contributivo en salud, con apoyo familiar, nivel socioeconómico alto y las que tenían como soporte para afrontar la enfermedad su espiritualidad. Adicionalmente, los autores reportaron una menor calidad de vida tanto

general como en los dominios físico, psicológico, social y del entorno, en quienes provenían de estratos socioeconómicos más humildes(28).

Medir y relacionar la discapacidad y la CVRS no es una práctica habitual de los profesionales que intervienen e investigan la discapacidad, en Colombia, no se conocen estudios que analicen estas variables en población con discapacidad ni utilizando los dos instrumentos propuestos; tampoco hay evidencia de que sean parte de evaluación y seguimiento de los programas de rehabilitación.

De acuerdo con lo anterior, existe una necesidad reconocida de investigaciones en el país dirigidas a enriquecer la línea de investigación de funcionamiento y discapacidad en la perspectiva de la salud del grupo cuerpo-movimiento, desde el análisis integrado de la condición de salud, la deficiencia en funciones y estructuras corporales así como las limitaciones en las actividades y restricciones en la participación y su relación con la percepción del bienestar o la calidad de vida de las personas adultas con discapacidad.

La anterior problematización refleja que en Colombia la discapacidad se constituye en una cuestión de salud pública que impacta las dimensiones corporal, individual y social de los sujetos conllevando a diferentes grados de discapacidad y a repercusiones en la calidad vida de la población. La discapacidad puede implicar deficiencias, limitaciones en las actividades de la vida diaria, restricciones en la participación e influencias en los roles sociales asumidos por las personas, entre otros. Esto, sumado a factores de orden psicológico, contextual y social configura la situación de discapacidad, constituyendo un perfil determinante en los procesos de inclusión y en la percepción de bienestar del sujeto en las múltiples dimensiones que influyen en su salud.

En el abordaje de la discapacidad, no bastan entonces miradas focalizadas en las deficiencias o en las limitaciones funcionales, cuyas mediciones sesgan la valoración de la discapacidad en su conjunto. La evaluación de la discapacidad desde un modelo biopsicosocial permite determinar el impacto de la condición de salud en las diferentes dimensiones del sujeto y comprender las implicaciones en el funcionamiento y la calidad de vida, punto desde donde se demandan medidas de prevención primaria y secundaria, así como estrategias que reduzcan el impacto de la discapacidad en la calidad de vida de las personas.

La evaluación de discapacidad permite determinar de manera objetiva el perfil de funcionamiento enfatizando en las áreas de actividad y participación de los sujetos, información útil para identificar necesidades, programar y monitorear los procesos de intervención, medir los resultados clínicos y efectividad de las intervenciones. Sumado a lo anterior, el aumento de la supervivencia, las enfermedades crónicas y la discapacidad hacen que la valoración de la calidad de vida relacionada con la salud (CVRS) sea considerada hoy en día como un elemento que junto con el conocimiento de las preferencias de los individuos, brinda información para la asignación de recursos y fundamenta las decisiones

en salud en cuanto a la planificación y atención que deben ofrecer los sistemas de salud. La importancia de la medición de CVRS en discapacidad radica en la magnitud del problema en términos epidemiológicos y de asistencia en salud, así como en los aspectos psicológicos, sociales, culturales, cuyo abordaje suele ser incipiente.

El principal interés de la presente investigación fue determinar la relación entre la discapacidad y la calidad de vida relacionada con salud en personas adultas con discapacidad de la ciudad de Soledad, Atlántico; conocer los aspectos inherentes a dicha relación se constituye en un elemento valioso para la planeación, implementación y evaluación de estrategias de intervención y formulación de políticas públicas que propendan por adecuados procesos de inclusión social en este municipio.

El presente estudio realizó un abordaje de la discapacidad desde el modelo biopsicosocial que sustenta la CIF y de aspectos relacionados con el bienestar y la calidad de vida en función de la salud que permitiera determinar la relación que la discapacidad tiene con las diferentes dimensiones del individuo (corporal, individual y social) y que configuran su percepción de calidad de vida, información que se considera de suma importancia dada la falta de registros estadísticos sistemáticos que permitan estimar la magnitud y la relación de estas variables en la población objeto de análisis.

El presente estudio constituye un importante avance en el campo de la discapacidad al establecer la relación entre ella y la CVRS bajo una perspectiva multidimensional; por hacer parte de un estudio multicéntrico podrán establecerse diferencias entre las ciudades de la región Caribe de Colombia participantes, brinda mayor fundamentación científica a los diferentes procesos de intervención en la ciudad y se amplía el espectro de abordaje de la discapacidad a enfoques cada vez menos reduccionistas, al considerar de forma articulada las dimensiones corporal, individual y social de la persona.

En la actualidad no existe uniformidad en cantidad, significados e importancia de cada una de las dimensiones de la calidad de vida relacionada con la salud y su relación la discapacidad. Los resultados pueden constituirse en referente regional y nacional para armonizar las líneas de intervención de los programas de rehabilitación actuales desde el modelo biopsicosocial con un abordaje necesariamente interprofesional e interdisciplinario.

Por otra parte, la influencia de lo sociocultural en la calidad de vida percibida corrobora la necesidad de utilizar componentes acordes con el contexto a evaluar. La medición de la CVRS se ha realizado en una gran variedad de contextos: práctica clínica, investigación de los servicios de salud, evaluación de nuevos medicamentos y tecnologías sanitarias, ensayos clínicos o estudios observacionales, monitorización de la salud de poblaciones y subgrupos de población, y asignación de recursos sanitarios. Es importante tener en cuenta, que estudios como este apuntan a los objetivos del plan decenal de salud pública –PDSP- 2012- 2021 en términos de la generación de estrategias que

puedan apuntar al mejoramiento de las condiciones de vida manteniendo en lo posible cero tolerancia frente a la mortalidad, morbilidad y la discapacidad evitables. Uno de los mayores desafíos del PDSP es alcanzar mejor nivel de bienestar de la población apuntando finalmente a la calidad de vida de las personas(29).

En la revisión hecha por las investigadoras no se encontraron estudios que evalúen la relación entre discapacidad y CVRS en personas con discapacidad utilizando los instrumentos que asumió la presente investigación, establecer dicha relación se considera que aporta información valiosa en términos de resultados de las intervenciones en discapacidad y su influencia en la calidad de vida de las personas.

1.1 DISPOSICIONES ÉTICAS VIGENTES Y CONDICIONES DE FACTIBILIDAD

Realizado el proceso de investigación, desde el punto de vista de los recursos humanos, técnicos, materiales y financieros no se encontraron elementos que obstaculizaron su desarrollo. El proyecto en la ciudad de Soledad fue desarrollado por 3 investigadoras estudiantes de la cohorte I de la Maestría en Discapacidad de la Universidad Autónoma de Manizales extensión Barranquilla en convenio con la Universidad Simón Bolívar, quienes fueron capacitadas y entrenadas tanto para la evaluación de la discapacidad a partir de la aplicación del WHODAS 2.0 como de CVRS utilizando el WHOQOL-BREF por las autoras del Macroproyecto quienes fueron las directoras y coinvestigadoras del presente trabajo.

El presupuesto del proyecto fue ejecutado de acuerdo con lo previsto (capítulo 10), el estudio se consideró con “riesgo mínimo” acorde con el artículo 11 de la resolución 008430 de 1993 del Ministerio de Salud Colombiano(30), pues se realizaron pruebas de evaluación clínica de carácter no invasivo, que no atentaron contra la integridad física y moral de los participantes, se protegió la privacidad de los participantes. El estudio cumplió además con los principios enunciados en la Declaración de Helsinki de la Asociación Médica Mundial(31) toda vez que su interés fue científico, en todo momento se respetó el derecho del participante a proteger su integridad, se tomaron todas las precauciones del caso para respetar su vida privada y para reducir al mínimo el impacto del estudio en su integridad física y mental. A cada participante se le comunicaron los propósitos y condiciones de la investigación y éste firmó voluntariamente el consentimiento informado (previamente aprobado por el Comité de Ética de la UAM Acta No. 052 de octubre 14 de 2015).

Se respetaron los derechos de autor de los dos cuestionarios utilizados. Para la aplicación del WHODAS 2.0 se gestionó la autorización de la Organización Mundial de la Salud, previa solicitud del permiso(8),(9),(10),(32). De igual forma se solicitó el aval para el uso del WHOQOL-BREF a la OMS(33).

Por último, fueron respetados los derechos de autor de los referentes teóricos utilizados para el desarrollo del área problemática y marco teórico mediante la citación en estilo Vancouver 2010.



2. OBJETIVOS

2.1 OBJETIVO GENERAL

Establecer la relación entre discapacidad y la calidad de vida relacionada con la salud en personas adultas con discapacidad de la ciudad de Soledad, Atlántico, Colombia.

2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- 1) Describir las características sociodemográficas y clínicas de personas adultas con discapacidad en la ciudad de Soledad, Atlántico participantes en el estudio.
- 2) Establecer la discapacidad por áreas, global y grado de personas adultas con discapacidad en la ciudad de Soledad, Atlántico participantes en el estudio, haciendo uso del WHODAS 2.0.
- 3) Establecer el nivel de calidad de vida relacionada con la salud por dominios de los adultos con discapacidad en la ciudad de Soledad, Atlántico participantes en el estudio, utilizando el WHOQOL BREF.
- 4) Establecer las relaciones entre características sociodemográficas, clínicas y discapacidad de personas adultas con discapacidad en la ciudad de Soledad, Atlántico.
- 5) Determinar las relaciones entre características sociodemográficas, clínicas y calidad de vida relacionada con la salud de personas adultas con discapacidad en la ciudad de Soledad, Atlántico.
- 6) Establecer las relaciones entre discapacidad y calidad de vida relacionada con la salud de personas adultas con discapacidad en la ciudad de Soledad, Atlántico.

3. REFERENTE TEÓRICO

3.1 DISCAPACIDAD

Acorde con Vanegas y Gil, la discapacidad como sistema conceptual, ha tenido variaciones que han marcado la forma como se concibe a las personas con discapacidad, desde la determinación por la anomalía, deformidad, castigo, negación hasta la nominación de la discapacidad como elemento agregado a las personas y no como una característica connatural de ellas(34).

Hoy en día se reconoce la coexistencia de múltiples visiones y modelos sobre la discapacidad, los modelos médico-biológicos consideran la discapacidad como un problema de la persona directamente causado por una enfermedad, trauma o condición de salud, que requiere de cuidados médicos prestados en forma de tratamiento individual por profesionales. El tratamiento de la discapacidad está encaminado a conseguir la cura, o una mejor adaptación de la persona y un cambio de su conducta. Al respecto, plantean Vanegas y Gil, que la atención en salud se considera la cuestión primordial y en el ámbito político, la respuesta principal es la de modificar y reformar la política de atención a la salud(34).

Los modelos sociales para abordar la discapacidad suponen que es el entorno social y construido por el hombre el que define la discapacidad; por ello, manifiesta Humprey, las barreras físicas y sociales, los estereotipos y las actitudes, se convierten en los factores directamente responsables de las situaciones de desventaja que experimenta la persona(35) o como lo expresa Hahn “el problema radica en el fracaso de sociedad y del entorno creado por el ser humano para ajustarse a las necesidades y aspiraciones de las personas con discapacidad y no en la incapacidad de dichas personas para adaptarse a las demandas de la sociedad”(36). En este sentido, las intervenciones desde este modelo, son responsabilidad exclusiva de la sociedad en la medida que busque realizar las adecuaciones sobre el entorno social y construido que faciliten la plena participación de las personas con discapacidad.

El modelo sociopolítico o modelo del “grupo minoritario” una derivación del modelo social defiende que la concepción de la discapacidad es una “construcción social impuesta”, según Barnes dicho modelo plantea la visión de la discapacidad como clase oprimida, con una severa crítica al rol desempeñado por los profesionales y la defensa de una alternativa de carácter político más que científico(37). Muchos de sus defensores abogan además porque sólo las personas con discapacidad son quienes están “capacitados” para hablar e investigar el tema.

El modelo biopsicosocial, busca una mirada integradora de los fenómenos en el mundo de la naturaleza y en el mundo cultural. Según Vanegas y Gil, como modelo holístico de salud, considera al individuo un ser que participa teniendo

en cuenta las esferas biológicas, psicológicas y sociales(34). Éste modelo da soporte a la Clasificación Internacional del Funcionamiento, de la Discapacidad y de la Salud –CIF-, en la cual se define la discapacidad como una compleja interacción entre la condición de salud y los factores del contexto donde se desenvuelve la persona; considera la condición de salud como aquellas enfermedades, traumas, lesiones o condiciones fisiológicas que sirven de marco para el análisis del funcionamiento y los factores ambientales como el físico, social y actitudinal, en el que las personas viven y conducen sus vidas(1), es decir, la discapacidad surge como un proceso continuo de ajuste entre las capacidades del individuo con una condición de salud específica y los factores externos que representan las circunstancias en las que vive esa persona, y las expectativas y exigencias de su entorno.

La CIF pretende proporcionar un lenguaje unificado y estandarizado para describir *el funcionamiento humano* como término genérico utilizado para designar todas las funciones y estructuras corporales, la capacidad de desarrollar actividades y la posibilidad de participación del ser humano y *la discapacidad* como término genérico que recoge las deficiencias en las funciones y estructuras corporales, las limitaciones en las actividades y las restricciones en la participación social de la persona; ambos (funcionamiento y discapacidad) se constituyen en elementos fundamentales de la salud. En este sentido, la posibilidad de análisis se hace en tres niveles: corporal, personal y social.

Bajo la mirada biopsicosocial, en la CIF se contemplan los factores contextuales a su vez divididos en factores ambientales y personales que influyen en la discapacidad y en el funcionamiento humano. Los factores ambientales a su vez pueden actuar como “facilitadores” o “barreras” si actúan de forma positiva o negativa en torno de la superación de deficiencias, limitaciones en la actividad o restricciones en la participación.

En la CIF los componentes del funcionamiento tienen directa repercusión sobre las condiciones de salud para la posible aparición de nuevas alteraciones (trastornos o enfermedades), a su vez las condiciones de salud repercuten en el funcionamiento. Los componentes del funcionamiento (todos y cada uno de ellos) se relacionan entre sí y se ven influidos por los factores contextuales, tanto ambientales como personales. Al mismo tiempo, los factores contextuales pueden ser determinados por acontecimientos en el nivel corporal, individual o social.

Desde esta perspectiva de abordaje de la discapacidad, la intervención supone un trabajo interdisciplinar e intersectorial, puesto que la mirada de un solo profesional o un solo sector de la sociedad serían insuficientes. En el proceso de intervención, la evaluación de discapacidad exige entonces el desarrollo de instrumentos que permitan describir y valorar el funcionamiento humano en diversas condiciones de salud.

Para cumplir con este propósito, existen en el medio herramientas para la evaluación del funcionamiento y la discapacidad compatibles con la CIF, entre ellas está el WHO-DAS 2.0 (World Health Organization Disability

Assessment Schedule II), validado al español por Vásquez Barquero en 2006(9) instrumento que evalúa de forma multidimensional el funcionamiento y la discapacidad con énfasis en las áreas de actividad y participación y permite obtener una puntuación por áreas y global del grado de discapacidad. Evaluación de la Discapacidad desde el WHODAS 2.0.

El WHO-DAS fue originalmente creado por la OMS como instrumento de evaluación de discapacidades que estaba basado en el anterior modelo de la Clasificación Internacional de Deficiencias, Discapacidades y Minusvalías (CIDDM), era específico para la evaluación de alteraciones en el ajuste social y comportamiento de personas con discapacidad psíquica. Fue seguido por El WHO- DAS II, más adelante denominado WHODAS 2.0, y puede ser aplicado de manera universal a las “condiciones de salud”.

Plantea Vásquez Barquero, que el WHO-DAS II ha sido desarrollado para evaluar las limitaciones en la actividad y restricciones en participación experimentadas por un individuo independientemente del diagnóstico médico y busca determinar la cantidad de dificultad encontrada en las actividades que una persona hace en su vida cotidiana, en oposición a aquellas que pudieran ser hechas o puedan hacerse, pero no se hacen(9).

El WHODAS 2.0 es un instrumento de evaluación genérico y práctico que puede medir la salud y la discapacidad en la población y en la práctica clínica. WHODAS 2.0 evalúa el nivel de funcionamiento de la persona a través de la exploración de seis dominios de la vida: Cognición, Comprensión y comunicación; movilidad y desplazamiento; cuidado personal – cuidado de la propia higiene, posibilidad de vestirse, comer y quedarse solo; relaciones- interacción con otras personas; actividades cotidianas- responsabilidad es domésticas-tiempo libre-trabajo y escuela; participación – participación en actividades comunitarias y en sociedad(21). La versión completa contiene 36 preguntas que se relacionan con las dificultades en el funcionamiento experimentadas por el entrevistado en los seis dominios de la vida durante los 30 días previos.

Los aspectos que hacen que el WHODAS 2.0 sea útil son: su sólido respaldo teórico, sus propiedades psicométricas, sus numerosas aplicaciones en diferentes grupos poblacionales y contextos, su facilidad de uso y su enlace directo con la CIF. La escala de evaluación para cada dominio y para el instrumento en su totalidad es una escala que determina grados de dificultad o discapacidad según el caso. La escala va desde ninguna dificultad o sin discapacidad (0 – 4%), dificultad o discapacidad leve (5 – 24%), moderada (25 – 49%), severa (50 – 94%) hasta dificultad o discapacidad completa (95 – 100%). El WHO-DAS 2.0 está diseñado para evaluar la discapacidad a personas de seis (6) años o más. Puede ser aplicado a personas con antecedentes culturales y educacionales y niveles cognoscitivos marcadamente diferentes.

El WHO-DAS 2.0 ha sido traducido hasta el momento a 20 idiomas (Kostanjsek N. WHO. Comunicación personal). Hay disponibles versiones autoadministradas, administradas por entrevistador o administradas por personas cercanas al evaluado en el caso que este no pueda por sí mismo diligenciar la evaluación(39). De acuerdo a los resultados de las pruebas de validación, el "Cuestionario para la Evaluación de Discapacidades de la Organización Mundial de la Salud WHODAS 2.0, se convierte en un instrumento fiable, aplicable a población hispanoparlante y fácil de utilizar en un amplio rango de circunstancias relacionadas con las diferentes condiciones de salud.

3.2 CALIDAD DE VIDA

La calidad de vida no tiene un consenso general sobre su significado. La OMS la define como la "percepción del individuo de su posición en la vida en el contexto de la cultura y sistema de valores en los que vive y en relación con sus objetivos, expectativas, estándares y preocupaciones"(40).

Battle Gualda afirma que la calidad de vida es un concepto complejo y multidimensional que no sólo tiene relación con componentes objetivos como el tipo de trabajo, el nivel socioeconómico o el estado de salud, sino que también depende de cuestiones subjetivas como la escala de valores, las creencias y las expectativas de cada persona, todo ello integrado en un marco biográfico, familiar, social y medio ambiental que cambia con cada persona, grupo o país(41).

La calidad de vida es un constructo social que a partir de la década de los ochenta adquiere relevancia y se convierte en un vehículo a través del cual la igualdad centrada en el consumidor, el fortalecimiento y el incremento en la satisfacción con las condiciones de vida podían ser alcanzados. Según Schalock, la creencia de la mayoría fue que, si los apoyos adecuados y apropiados estaban disponibles, la calidad de vida de las personas sería incrementada significativamente(42).

El conocimiento de la calidad de vida, en un primer momento estuvo circunscrito al desarrollo a niveles macro, con un carácter meramente económico, posteriormente privilegió la implementación de programas sociales, y con ello la necesidad de trabajar con indicadores de esta naturaleza. Sin embargo, los indicadores macroeconómicos como el producto nacional bruto y los indicadores sociales como la esperanza de vida al nacer, la escolarización y la tasa de mortalidad infantil, entre otros muchos, expresan datos y hechos vinculados al bienestar social de la población, pero no reflejan necesariamente el grado de satisfacción que dicha población pueda tener. Fue precisamente la constatación de la relativa independencia entre las percepciones de bienestar, con relación a las condiciones objetivas de vida, la que condujo a pensar que los indicadores materiales y objetivos pueden ser elementos necesarios, pero no suficientes, para dar cuenta del bienestar subjetivo de los pueblos y los individuos. De ahí que la calidad de vida

objetiva deba pasar necesariamente por el espacio vital de las aspiraciones, de las expectativas, de las referencias vividas y conocidas, de las necesidades y de los valores de los sujetos para, sólo a través de dicho espacio, convertirse en bienestar subjetivo.

Acorde con Díaz, basados en el paradigma cognitivista de que más que a la realidad objetiva el hombre reacciona a la percepción que de ella tiene, comienzan a proliferar estudios directos con el sujeto acerca de su bienestar, y se toman en consideración las expectativas, las necesidades, los reclamos de los seres humanos en sus experiencias personales y su actividad cotidiana como elementos fundamentales que intervienen en la dinámica de los contextos en que interactúan(43).

La calidad de vida no es algo que puede medirse en un momento dado, es más bien un concepto global, holístico, con un significado abstracto, esencialmente subjetiva, que hace referencia de manera sumativa a diferentes aspectos de la vida de cada persona. No se asocia solamente con el funcionamiento de los servicios profesionales, o las competencias del individuo, sino que involucra también a las personas que rodean al sujeto, las situaciones en las que vive, y sus planes futuros o de progreso de los estándares de vida.

La calidad de vida tiene que ver con el estudio de la vida diaria del individuo, e incluye la propia percepción del individuo sobre su vida. Sin el conocimiento sobre lo que un individuo piensa o siente poco se puede decir sobre su calidad de vida. Plantea Brown, que la calidad de vida se define por factores objetivos y sociales (ej. vivienda, familia, ocio) o condiciones de la vida, algunas de las cuales pueden modificarse a través de las comunidades, sistemas de servicios, entre otros(44).

Haas define la calidad de vida como las circunstancias de vida actuales de un individuo en el contexto de la cultura, que involucra tanto aspectos subjetivos como objetivos. Desde un punto de vista social y económico(45), para Sobrino es el conjunto de características físicas, biológicas, psicológicas y sociales del medio ambiente que se deben alcanzar para promover un alto nivel de bienestar de la población(46). Felce y otros desde un ámbito psicológico consideran que hace referencia a las sensaciones de bienestar físico, material y emocional percibido por las personas, sumado a las posibilidades de desarrollo personal, de acuerdo al conjunto de valores individuales(47). En general, parece existir un acuerdo en que la calidad de vida hace referencia a un concepto multidimensional, amplio y complejo que involucra una serie muy variada de indicadores que lo definen en sí mismo de acuerdo al área de intervención. En tal sentido, su interpretación no debe apartarse en ningún momento de la referencia a circunstancias particulares del sujeto y su relación con el contexto.

En relación con la calidad de vida y la situación de discapacidad, en la literatura científica se encuentran posiciones diversas al respecto, aunque muchos investigadores coinciden en señalar que la medición de la calidad de vida

comprende los mismos aspectos en personas con o sin discapacidad. Particularmente en el ámbito de la discapacidad, una de las propuestas más aceptadas y con mayores aplicaciones en distintos países y poblaciones en situación de discapacidad es la de Schalock, quien considera que la calidad de vida es un concepto que refleja las condiciones de vida deseadas por una persona en relación con ocho necesidades fundamentales que representan el núcleo de las dimensiones de la vida de las personas: bienestar emocional, relaciones interpersonales, bienestar material, desarrollo personal, bienestar físico, autodeterminación, inclusión social y derechos(48),(49), siendo estas dimensiones igualmente importantes de evaluar tanto en personas con o sin discapacidad, la diferencia estaría es en los resultados, dados por el tipo de deficiencia, limitación en la actividad y restricción en la participación. Se debe tener precaución al tratar el tema de calidad de vida en personas con discapacidad, y no suponer que presenta exactamente iguales características que en otros tipos de población. Entre los aspectos particulares de la calidad de vida en personas con discapacidad está la relevancia dada a todos los aspectos de la conducta de la persona y su inclusión en el ambiente, incluyendo las ayudas técnicas requeridas y las distintas estrategias para superar la situación de discapacidad. Teniendo en cuenta lo anterior, es evidente la importancia de medir la calidad de vida relacionada con la salud y conocer con mejor exactitud el impacto de una deficiencia, de una intervención terapéutica, de una estrategia educativa, entre otros, en la calidad de vida de la persona con discapacidad, con la idea de trascender la mirada tradicional que se queda limitada a la calidad de vida como un objetivo global y poco definido de los programas de rehabilitación.

3.2.1 Calidad de Vida relacionada con la Salud (CVRS)

Tal como sucede con el concepto de calidad de vida, la calidad de vida relacionada con la salud (CVRS) no tiene una definición clara y unificada. Herdman y Baró citan el concepto propuesto por Shumaker y Naughton, que refleja adecuadamente el enfoque tomado por muchos investigadores en este campo:

“La Calidad de Vida Relacionada con la Salud se refiere a la evaluación subjetiva de las influencias del estado de salud actual, los cuidados sanitarios, y la promoción de la salud sobre la capacidad del individuo para lograr y mantener un nivel global de funcionamiento que permite seguir aquellas actividades que son importantes para el individuo y que afectan a su estado general de bienestar. Las dimensiones que son importantes para la medición de la CVRS son: el funcionamiento social, físico, y cognitivo; la movilidad y el cuidado personal; y el bienestar emocional”(50). El concepto de calidad de vida relacionada con la salud incluye todos aquellos elementos que forman parte integral de la persona y excluye los que existen de manera independiente a ella, aunque puedan interactuar.

Patrick y Erikson definen la CVRS como “el valor asignado por individuos, grupos de individuos y la sociedad a la duración de la vida modificada por las deficiencias, los estados funcionales, las percepciones y las oportunidades

sociales, que están influidas por las enfermedades, las lesiones, el tratamiento (médico) o la política (de salud)"(51). Dado que la calidad de vida relacionada con la salud es un concepto en el que convergen múltiples factores, ésta debe evaluarse a través de distintas áreas, desde la dimensión física, psicológica y social. En la primera, se evalúan atributos como los síntomas, el funcionamiento físico y la discapacidad; en la dimensión psicológica se consideran el nivel de satisfacción, el bienestar percibido, la ansiedad, la depresión y la autoestima; y en la dimensión social se valoran las relaciones interpersonales del paciente, la actividad diaria y la rehabilitación laboral, entre otros. Esta valoración de la calidad de vida relacionada con la salud incluye aspectos objetivos y subjetivos, con el fin de realizar una evaluación completa e integral del individuo. El concepto de CVRS, enfatiza en el bienestar y satisfacción del sujeto, en la mejora de sus condiciones de vida, en la percepción que ellos tienen sobre su salud y en su recuperación integral, lo que es especialmente importante en las personas con enfermedades crónicas, quienes deben vivir con una condición médica permanente, por lo que es necesario convivir con las limitaciones que ocasiona la enfermedad y el tratamiento, además de modificar de manera importante el estilo de vida.

Tradicionalmente la evaluación de la condición de salud de los individuos se ha basado en métodos objetivos sustentados en la observación o intervención médica. Estos procedimientos (examen clínico, laboratorio o radiología) eran clasificados como fiables y cuantificables, frente a los métodos basados en la percepción subjetiva de los individuos (cuestionario de capacidad funcional o síntomas declarados) que eran catalogados como menos fiables y no cuantificables.

Las diferentes posibilidades de abordaje de la calidad de vida se han visto claramente reflejadas en la cantidad de instrumentos y medidas disponibles en la actualidad en la literatura científica. En general la mayoría de referentes buscan generar la reflexión en torno a la necesidad de comprender que el bienestar personal, familiar, de la comunidad o de la misma sociedad emerge de la combinación de los valores personales, las diferentes concepciones y percepciones que se tienen del mundo y de las condiciones del contexto.

Garratt(52) clasifica los diferentes instrumentos de calidad de vida en ámbitos como:

- a) Evaluaciones genéricas de la calidad de vida que pueden ser aplicadas tanto a la población en general como a situaciones o personas particulares.
- b) Evaluación de una dimensión específica de la calidad de vida, ej. Bienestar psicosocial.
- c) Evaluación de calidad de vida en una condición de salud o población específica.

Los cuestionarios de calidad de vida específicos tienen la ventaja de evaluar aspectos concretos propios de la enfermedad o condición analizada. Su uso ha sido objeto de debate frente a la utilización de cuestionarios genéricos. Estos últimos exploran una amplia variedad de características de la salud, de forma que pueden ser útiles para evaluar

la calidad de vida de diferentes poblaciones y detectar un amplio rango de problemas relacionados con la salud. La ventaja de los cuestionarios específicos es que pueden identificar mejor los problemas relacionados con una enfermedad concreta. La evaluación conjunta de una población con ambos cuestionarios, uno genérico y otro específico, permite aprovechar las informaciones propias de cada tipo de instrumento: combinar con mayor amplitud el instrumento genérico, que aporta una mejor visión global del estado de salud, y la riqueza de detalle del instrumento específico, que ilustra sobre aspectos concretos propios de la enfermedad analizada que se pasarían por alto con el uso de un solo instrumento genérico.

La relación entre un instrumento para la medición de calidad de vida y el contexto cultural donde se ha desarrollado responde a ciertos parámetros específicos. Los hábitos, costumbres y creencias de una cultura condicionan en gran medida cómo preguntar, cuáles son los términos más apropiados, el sentido de las palabras y las frases. Para adaptar un instrumento de calidad de vida a una cultura diferente a la original, es necesario llevar a cabo un proceso de adaptación transcultural estructurado, que reconstruya el concepto que se intenta medir encontrando un equivalente semántico y cultural al nuevo contexto de aplicación, logrando una equivalencia que permita hacer comparaciones con el original. Por lo tanto, esta adaptación cultural será necesaria no sólo cuando se utilice el cuestionario en un idioma distinto, sino también en los casos de diversidad cultural de una misma lengua. La adaptación transcultural se realiza siguiendo una metodología sistemática de traducción directa e inversa (traducción-retrotraducción) internacionalmente consensuada en la que intervienen el equipo de investigación, un grupo de expertos, un mínimo de traductores bilingües y la población blanco a la cual está dirigida el cuestionario. Una vez obtenida la versión adaptada, es recomendable comprobar sus propiedades psicométricas para confirmar que la nueva versión mide los mismos constructos que la original.

Los criterios para la selección de un instrumento, se basan en si éste si mide lo que supuestamente mide (validez) si es consistente entre personas o evaluadores (fiabilidad), si mide el cambio (sensibilidad), si refleja únicamente los cambios en la situación concerniente (especificidad) y si es abordable, oportuno, centrado en la persona, puede ser evaluable longitudinalmente y es sensible a la cultura.

Para concluir, en la mayoría de instrumentos de medida de la CVRS se destacan tres aspectos: a) la importancia del estado funcional (físico, social y mental) en la multidimensionalidad del concepto; b) la subjetividad de la aproximación a la medición del estado de salud mediante preguntas a los pacientes, y c) la obtención de un número que representa un valor de la preferencia del paciente por el estado de salud.

De acuerdo con los antecedentes sobre investigaciones que estudian la calidad de vida relacionada con la salud en diferentes condiciones de salud, grupos étnicos, en familias de personas con discapacidad y en las mismas personas

que se encuentran en esta condición, se encuentra que comparten criterios en el concepto de la calidad de vida relacionada con la salud bajo un enfoque subjetivo, incluyendo lo percibido por las personas en términos de la salud, y su trascendencia en la calidad de las actividades desarrolladas dentro de los roles sociales, bajo un enfoque multidimensional.

Pane, afirma que el concepto de salud no implica sólo la ausencia de enfermedad, sino además la relación con múltiples factores, donde el estado de salud-enfermedad se concibe a partir de la percepción individual de manera relativa del ser humano, inmersa en un sistema de valores, creencias y costumbres, desde donde se proyectan de forma particular los objetivos, las expectativas y las preocupaciones(53).

La CVRS refleja la percepción subjetiva que tiene una persona sobre su estado de salud en relación con sus expectativas, teniendo en cuenta dimensiones como la función física, rol físico, dolor corporal, salud general, vitalidad, función social, rol emocional y salud mental. Es importante tener en cuenta que dicho proceso es individual y depende de las circunstancias de cada persona, y está determinado por numerosos factores dentro de los cuales se encuentran (educacionales, socioeconómicos, religiosos, etc.), que pueden ser cambiantes a lo largo de la vida. Además, la calidad de vida relacionada con la salud es importante para todas las personas y debe ser entendida de forma similar, independientemente de la presencia de algún tipo de discapacidad(54).

De una forma más específica la calidad de vida relacionada con la salud (CVRS), o salud percibida, integra aquellos aspectos de la vida directamente relacionados con el funcionamiento físico y mental y con el estado de bienestar. Guyatt y otros, expresan que la mejor forma de afrontar la medida de la CVRS es haciéndolo a partir de un enfoque multidimensional; así, debe valorarse tanto el estado objetivo de salud, de funcionalidad y de interacción del individuo con su medio, como los aspectos más subjetivos, que engloban el sentido general de satisfacción del individuo y la percepción de su propia salud (55). Actualmente la evaluación de la calidad de vida relacionada con la salud ha supuesto importancia con el fin de medir el impacto de servicios y/o programas en salud, proporcionando una evaluación comprensiva y válida del estado de salud de la persona con discapacidad.

3.2.2 Medición de Calidad de Vida relacionada con la Salud desde el WHOQOL BREF (World Health Organization Quality of Life Instrument, versión corta 26 ítems)²

El cuestionario WHOQOL-BREF fue desarrollado en el año 1993 como parte del proyecto WHOQOL (World Health Organization Quality of Life) como una medida genérica de evaluación de la calidad de vida de carácter transcultural.

² El referente teórico sobre calidad de vida desde el WHOQOL BREF fue tomado y adaptado del trabajo de investigación titulado: Adherencia a procesos de neurorehabilitación funcional y su relación con la discapacidad y la calidad de vida en adultos con lesión medular: estudio multicéntrico colombiano". Pérez JE y Henao CP.

Fue desarrollado de manera simultánea en 15 países del mundo y ha sido traducido a diferentes idiomas(56). En la actualidad el WHOQOL existe en más de 30 lenguas en casi 40 países(57). Este instrumento hace parte del grupo de medidas genéricas de CVRS, aplicable tanto a población general como con condiciones de salud asociadas, permitiendo evidenciar los efectos de la condición de salud y las intervenciones sanitarias en la calidad de vida de la persona desde su autopercepción.

Existen dos versiones del WHOQOL, el WHOQOL-100 que contiene 100 preguntas o ítems que evalúan la calidad de vida general y la salud global divididas en 24 facetas o aspectos y 6 dominios o dimensiones: salud física, psicológica, niveles de independencia, relaciones sociales, ambiente y espiritualidad/religión/creencias(57); y el WHOQOL-BREF que es una versión abreviada del primero. Este última versión contiene un total de 26 preguntas: una pregunta de calidad de vida global, una de salud general y una pregunta de cada una de las 24 facetas contenidas en la versión larga (WHOQOL-100) agrupadas en cuatro dominios de calidad de vida: salud física (7 preguntas), salud psicológica (6 preguntas), relaciones sociales (3 preguntas) y ambiente (8 preguntas). La escala de evaluación es una escala con opciones de respuesta entre 1 y 5 tipo Likert que determina la percepción de la calidad de vida de menor a mayor. Los puntajes de cada dominio se convierten según una tabla de corrección de puntajes a un rango de 0 a 100 o de 4 a 20. Una mayor puntuación total equivale a una mejor calidad de vida. Este cuestionario fue creado para ser autoadministrado, sin embargo cuando la persona no sabe leer o escribir puede ser administrado por un entrevistador. El tiempo de referencia que contempla es de 2 semanas.

Dominios del WHOQOL-BREF(57)

Ítems por áreas del WHOQOL-BREF, 26 ítems

Dominio	Ítems
Calidad de vida global y Salud general	Percepción de la calidad de vida Percepción del estado de salud
Salud física	Actividades de la vida diaria Dependencia en medicamentos y ayudas médicas Energía y fatiga Movilidad Dolor y malestar Sueño y descanso Capacidad de trabajo

Psicológica	Sentimientos negativos Pensamiento, aprendizaje, memoria y concentración Autoestima Imagen corporal y apariencia física Espiritualidad/Religión/Creencias personales Sentimientos Positivos
Relaciones Interpersonales	Relaciones sociales Apoyo social Actividad sexual
Ambiente	Libertad, seguridad física Ambiente del hogar Recursos económicos Sistemas sanitario y social: accesibilidad y calidad Oportunidades para adquirir información y habilidades nuevas Participación en/ y oportunidades de descanso, recreo/actividades de ocio Ambiente físico (polución/ ruido/ tráfico/ clima) Transporte

La versión en idioma español fue adaptada por Lucas-Carrasco quien tras un estudio de campo con diversas poblaciones en España, demostró sus propiedades psicométricas en cuanto consistencia interna (Alfa de Cronbach entre 0,74 y 0,8), validez de constructo y validez discriminante entre diferentes condiciones de salud(58). De igual forma en otros estudios realizados con el WHOQOL en población de habla hispana principalmente en México y Chile se han establecido sus propiedades psicométricas en cuanto a confiabilidad(59), validez(60) y estructura factorial en población adulta en diferentes rangos de edad(61).

Dentro de los diferentes instrumentos disponibles en la actualidad para abordar la calidad de vida relacionada con la salud, el WHOQOL-BREF brinda una excelente opción dada su “amplia difusión y excelentes propiedades conceptuales, psicométricas y posibilidades de utilización, tanto en la medición del impacto de una intervención, detección de cambios en el estado de salud, como en facilitar la comunicación entre el paciente y el médico, obtener información sobre la adherencia terapéutica y orientar la toma de decisiones para que los esfuerzos por prolongar la vida se acompañen de esfuerzos por mejorar la calidad de vida”(62).



4. VARIABLES Y SU OPERACIONALIZACIÓN

Tabla 1. Operacionalización de variables sociodemográficas y clínicas.

Variable	Valor	Indicador	Índice
Sexo	Masculino Femenino	Condición de ser hombre o mujer, determinado por características biológicas: anatómicas, y fisiológicas.	1 0
Edad	20 años en adelante	Edad cronológica en años cumplidos al momento de la evaluación. Tiempo transcurrido desde el momento del nacimiento hasta la fecha de medición de los cuestionarios.	Años cumplidos
Años de escolaridad	Número de años cursados	Cantidad de años cursados en la escuela, colegio o universidad	años
Máximo nivel de estudios alcanzado	Ninguno Primaria incompleta Primaria completa Secundaria incompleta Secundaria completa Técnico-Tecnológico Profesional Especialización Maestría Doctorado	Máximo nivel de estudios cursado o alcanzado acorde con el sistema de educación colombiano	0 1 2 3 4 5 6 7 8 10
Estado civil actual	Soltero Actualmente está casado/a Separado/a Divorciado/a Viudo/a Vive en Pareja	Situación de las personas, en el orden social, determinada por sus relaciones, que establecen ciertos derechos y deberes	1 2 3 4 5 6
Ocupación actual	Trabajo Remunerado (Asalariado) Trabaja por su propia cuenta (Independiente) Trabajo no remunerado Estudiante	Acción de ocupar, o sea trabajar o emplearse, ejercer un oficio o cargo.	1 2 3 4 5

Variable	Valor	Indicador	Índice
	Responsable de tareas domésticas		6
	Jubilado		7
	Desempleado por motivo de salud		8
	Desempleado por otros motivos		10
	Pensionado por discapacidad		11
	Otra		
Afilación actual a salud	No afiliado	Forma como el Estado colombiano brinda un aseguramiento que cubre los gastos de salud a los habitantes del territorio nacional, colombianos o extranjeros.	0
	Subsidiado		1
	Contributivo		2
	Régimen Especial		3
	Otro		4
Ingresos familiares	Menos de 1 SMMLV	Ingresos totales mensuales aportados por todos los miembros del núcleo familiar de la persona con discapacidad. Un salario mínimo mensual legal vigente corresponde a \$644.350	1
	Entre 1 y 2 SMMLV		2
	Entre 2 y 4 SMMLV		3
	Más de 4 SMMLV		4
Estrato socioeconómico	Bajo-bajo: Estrato 1	Nivel de clasificación de un inmueble acorde con su clasificación socioeconómica, existe un máximo de seis estratos socioeconómicos.	1
	Bajo: Estrato 2		2
	Medio-bajo: Estrato 3		3
	Medio: Estrato 4		4
	Medio-alto: Estrato 5		5
	Alto: Estrato 6		6
Diagnóstico médico	Enfermedades Infecciosas y parasitarias	El diagnóstico o propedéutica es el procedimiento por el cual se identifica una enfermedad, o cualquier condición de salud de referencia para la discapacidad, comorbilidad asociada o enfermedad crónica. El CIE 10 es la clasificación internacional de enfermedades y problemas relacionados con la salud.	1
	Tumores		2
	Enfermedades de la sangre y de los órganos hematopoyéticos		3
	Enfermedades endocrinas, nutricionales y metabólicas		4
	Trastornos mentales y del comportamiento		5
	Enfermedades del sistema nervioso		6
	Enfermedades del ojo y sus anexos		7
	Enfermedades del oído y de la apófisis mastoides		8
			9
			10
			11
			12
			13

Variable	Valor	Indicador	Índice
	Enfermedades del sistema circulatorio		14
	Enfermedades del sistema respiratorio		15
	Enfermedades del aparato digestivo		16
	Enfermedades de la piel y el tejido subcutáneo		17
	Enfermedades del sistema osteomuscular y del tejido conectivo		18
	Enfermedades del sistema genitourinario		
	Afecciones originadas en el periodo neonatal		
	Malformaciones congénitas		
	Traumatismos, envenenamientos y algunas otras consecuencias de causa externa		
	Otro		
Tiempo de evolución de limitación permanente	6 meses en adelante	Cantidad de tiempo en meses transcurrido desde el momento de adquirir o encontrarse con la limitación permanente hasta la fecha de evaluación	Registro del dato en meses
Uso de ayudas externas	Sí No	Utilización actual de ayudas externas o dispositivos de apoyo para la discapacidad	1 0
Tipo de ayudas externas	Ninguna Aparato ortopédico Audífono Bastón Férula Sonda vesical Caminador Gafas Implante coclear Muletas	Utilización de equipamiento adaptativo para la equiparación de oportunidades relacionado con la limitación permanente	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9

Variable	Valor	Indicador	Índice
	Silla de ruedas		10
	Prótesis		11
	Oxígeno		12
	Otra		13
Uso de medicamentos	Sí	Consumo actual de medicamentos	1
	No		0
Tipo de medicamento	Ninguno	Utilización de farmacología para el manejo de la condición de salud actual	0
	Analgésico		1
	Protector Gástrico		2
	Antiagregante Plaquetario		3
	Antidepresivo		4
	Antirreumático		5
	Antiinflamatorio no esteroideo		6
	Relajante muscular		7
	Antihipertensivo		8
	Anticonvulsivante		9
	Insulina		10
	Inmunosupresor		11
	Hormona Tiroidea		12
	Estatinas		13
	Antiparkinsoniano		14
Otro	15		

Tabla 2. Operacionalización de variables de Funcionamiento y Discapacidad desde el instrumento WHO-DAS 2.0, versión de 36 ítems

Variable	Sub-Variable	Definición	Valor	Índice
Cognición (Área 1)	D1.1	Dificultad para concentrarse en hacer algo durante 10 minutos	Ninguna dificultad	1
			Dificultad leve	2
			Dificultad moderada	3
			Dificultad severa	4
			Dificultad extrema / No puede hacerlo	5
	D1.2	Dificultad para recordar las cosas importantes que tiene que hacer	Ninguna dificultad	1
Dificultad leve			2	
Dificultad moderada			3	
Dificultad severa			4	
Dificultad extrema / No puede hacerlo			5	
D1.3	Dificultad para analizar y encontrar soluciones a los problemas de la vida diaria	Ninguna dificultad	1	
		Dificultad leve	2	
		Dificultad moderada	3	
		Dificultad severa	4	
		Dificultad extrema / No puede hacerlo	5	
D1.4	Dificultad para aprender una nueva tarea, como por ejemplo llegar a un lugar donde nunca ha estado	Ninguna dificultad	1	
		Dificultad leve	2	
		Dificultad moderada	3	
		Dificultad severa	4	
		Dificultad extrema / No puede hacerlo	5	
D1.5	Dificultad para entender en general lo dice la gente	Ninguna dificultad	1	
		Dificultad leve	2	
		Dificultad moderada	3	
		Dificultad severa	4	
		Dificultad extrema / No puede hacerlo	5	
D1.6	Dificultad para comenzar y mantener una conversación	Ninguna dificultad	1	
		Dificultad leve	2	
		Dificultad moderada	3	
		Dificultad severa	4	
		Dificultad extrema / No puede hacerlo	5	

Variable	Sub-Variable	Definición	Valor	Índice
Movilidad (Área 2)	D2.1	Dificultad para estar de pie durante largos períodos de tiempo, por ejemplo 30 minutos	Ninguna dificultad	1
			Dificultad leve	2
			Dificultad moderada	3
			Dificultad severa	4
			Dificultad extrema / No puede hacerlo	5
D2.2	Dificultad para pararse luego de estar sentado	Ninguna dificultad	1	
		Dificultad leve	2	
		Dificultad moderada	3	
		Dificultad severa	4	
		Dificultad extrema / No puede hacerlo	5	
D2.3	Dificultad para moverse adentro de su hogar	Ninguna dificultad	1	
		Dificultad leve	2	
		Dificultad moderada	3	
		Dificultad severa	4	
		Dificultad extrema / No puede hacerlo	5	
D2.4	Dificultad para salir de su hogar	Ninguna dificultad	1	
		Dificultad leve	2	
		Dificultad moderada	3	
		Dificultad severa	4	
		Dificultad extrema / No puede hacerlo	5	
D2.5	Dificultad para caminar largas distancias como un kilómetro (o equivalente a 10 cuadras)	Ninguna dificultad	1	
		Dificultad leve	2	
		Dificultad moderada	3	
		Dificultad severa	4	
		Dificultad extrema / No puede hacerlo	5	
Cuidado Personal (Área 3)	D3.1	Dificultad para lavarse todo el cuerpo (bañarse)	Ninguna dificultad	1
			Dificultad leve	2
Dificultad moderada			3	
Dificultad severa			4	
Dificultad extrema / No puede hacerlo			5	
D3.2	Dificultad para vestirse	Ninguna dificultad	1	
		Dificultad leve	2	
		Dificultad moderada	3	
		Dificultad severa	4	

Variable	Sub-Variable	Definición	Valor	Índice	
			Dificultad extrema / No puede hacerlo	5	
			Ninguna dificultad	1	
			Dificultad leve	2	
			Dificultad moderada	3	
D3.3	Dificultad para comer		Dificultad severa	4	
			Dificultad extrema / No puede hacerlo	5	
			Ninguna dificultad	1	
			Dificultad leve	2	
			Dificultad moderada	3	
D3.4	Dificultad para quedarse sólo (a) durante unos días		Dificultad severa	4	
			Dificultad extrema / No puede hacerlo	5	
			Ninguna dificultad	1	
			Dificultad leve	2	
			Dificultad moderada	3	
Relaciones (Área 4)	D4.1	Dificultad para relacionarse con personas que no conoce	Ninguna dificultad	1	
			Dificultad leve	2	
			Dificultad moderada	3	
			Dificultad severa	4	
			Dificultad extrema / No puede hacerlo	5	
	D4.2	Dificultad para mantener una amistad		Ninguna dificultad	1
				Dificultad leve	2
				Dificultad moderada	3
				Dificultad severa	4
				Dificultad extrema / No puede hacerlo	5
	D4.3	Dificultad para llevarse bien con personas cercanas a usted		Ninguna dificultad	1
				Dificultad leve	2
				Dificultad moderada	3
				Dificultad severa	4
				Dificultad extrema / No puede hacerlo	5
D4.4	Dificultad para hacer nuevos amigos		Ninguna dificultad	1	
			Dificultad leve	2	
			Dificultad moderada	3	
			Dificultad severa	4	
			Dificultad extrema / No puede hacerlo	5	
D4.5	Dificultad para realizar actividades sexuales		Ninguna dificultad	1	
			Dificultad leve	2	

Variable	Sub-Variable	Definición	Valor	Índice
			Dificultad moderada	3
			Dificultad severa	4
			Dificultad extrema / No puede hacerlo	5
Actividades de la vida diaria (Área 5)	D5.1	Dificultad para ocuparse de sus responsabilidades domesticas	Ninguna dificultad	1
			Dificultad leve	2
			Dificultad moderada	3
			Dificultad severa	4
			Dificultad extrema / No puede hacerlo	5
	D5.2	Dificultad para realizar bien sus tareas domésticas más importantes	Ninguna dificultad	1
Dificultad leve			2	
Dificultad moderada			3	
Dificultad severa			4	
Dificultad extrema / No puede hacerlo			5	
D5.3	Dificultad para terminar todo el trabajo doméstico que debía realizar	Ninguna dificultad	1	
		Dificultad leve	2	
		Dificultad moderada	3	
		Dificultad severa	4	
		Dificultad extrema / No puede hacerlo	5	
D5.4	Dificultad para terminar sus tareas domésticas tan rápido como era necesario	Ninguna dificultad	1	
		Dificultad leve	2	
		Dificultad moderada	3	
		Dificultad severa	4	
		Dificultad extrema / No puede hacerlo	5	
D5.5	Dificultad para llevar a cabo su trabajo diario o las actividades escolares diarias	Ninguna dificultad	1	
		Dificultad leve	2	
		Dificultad moderada	3	
		Dificultad severa	4	
		Dificultad extrema / No puede hacerlo	5	
D5.6	Dificultad para realizar bien las tareas más importantes del trabajo o de la escuela	Ninguna dificultad	1	
		Dificultad leve	2	
		Dificultad moderada	3	
		Dificultad severa	4	
		Dificultad extrema / No puede hacerlo	5	

Variable	Sub-Variable	Definición	Valor	Índice
	D5.7	Dificultad para terminar todo el trabajo que necesitaba realizar	Ninguna dificultad	1
			Dificultad leve	2
			Dificultad moderada	3
			Dificultad severa	4
	D5.8	Dificultad para terminar su trabajo (estudio) tan rápido como era necesario	Dificultad extrema / No puede hacerlo	5
			Ninguna dificultad	1
			Dificultad leve	2
			Dificultad moderada	3
	D5.9	Reducción del nivel de trabajo debido a su condición de salud	Dificultad severa	4
			Dificultad extrema / No puede hacerlo	5
	D5.10	Ganancia de menor dinero debido a la condición de salud	No	1
			Sí	2
Participación (Área 6)	D6.1	Dificultad para participar, en actividades de la comunidad (por ejemplo, fiestas, actividades religiosas u otras actividades) al mismo nivel que el resto de las personas,	No	1
			Sí	2
			Sí	2
	D6.2	Dificultad relacionada con barreras u obstáculos existentes en el mundo que lo rodea (entorno)	Ninguna dificultad	1
			Dificultad leve	2
			Dificultad moderada	3
	D6.3	Dificultad para vivir con dignidad (o respeto) debido a las actitudes y acciones de otras personas	Dificultad severa	4
			Dificultad extrema / No puede hacerlo	5
			Ninguna dificultad	1
			Dificultad leve	2
			Dificultad moderada	3
			Dificultad severa	4
			Dificultad extrema / No puede hacerlo	5

Variable	Sub-Variable	Definición	Valor	Índice
	D6.4	Tiempo dedicado a su condición de salud o las consecuencias de la misma	Ninguno	1
			Leve	2
			Moderado	3
			Severo	4
			Extremo	5
	D6.5	Grado en que su condición de salud lo ha afectado emocionalmente	Ninguno	1
			Leve	2
			Moderado	3
			Severo	4
			Extremo	5
	D6.6	Impacto económico que su condición de salud ha tenido para usted o para su familia	Ninguno	1
			Leve	2
			Moderado	3
			Severo	4
			Extremo	5
	D6.7	Dificultad que ha tenido su condición de salud para su familia	Ninguna dificultad	1
			Dificultad leve	2
			Dificultad moderada	3
			Dificultad severa	4
			Dificultad extrema / No puede hacerlo	5
	D6.8	Dificultad para realizar por sí mismo cosas que le ayuden a relajarse o a disfrutar	Ninguna dificultad	1
			Dificultad leve	2
			Dificultad moderada	3
			Dificultad severa	4
			Dificultad extrema / No puede hacerlo	5

Tabla 3. Operacionalización de Grado de discapacidad resultante desde el WHO-DAS 2.0.

Variable	Valor	Indicador	Índice
global de discapacidad por dominios y total	Ninguna	0 – 4 %	Porcentaje de discapacidad: equivalente en porcentaje de la calificación parcial (por dominios) o total obtenida en la aplicación del WHO-DAS 2.0 36 ítems
	Leve	5 – 24 %	
	Moderada	25 – 49 %	
	Severa	50 – 94 %	
	Extrema	95 – 100 %	

Es importante mencionar que el grado de discapacidad corresponde a la propuesta de la CIF y que el protocolo para la obtención de la puntuación global resulta de la suma de los ponderados por dominios acorde con la sintaxis propuesta por la OMS(9) permitiendo del mismo modo la conversión a la escala de 0 a 100 puntos(Anexo 5).

Tabla 4. Operacionalización de variables de calidad de vida relacionada con la salud según el WHOQOL-BREF

Variable	Sub-variable	Valor	Índice
Calidad de vida general y salud general	Percepción individual de calidad de vida	Muy mal	1
		Mal	2
		Aceptable	3
		Bien	4
		Muy bien	5
	Percepción individual de la salud	Muy insatisfecho	1
		Insatisfecho	2
		Aceptable	3
		Satisfecho	4
		Muy satisfecho	5
Salud Física	Dolor y malestar	Nada	1
		Un poco	2
		Regular	3
		Bastante	4
		Mucho	5
	Dependencia en medicamentos y ayudas médicas	Nada	1
		Un poco	2
		Regular	3
		Bastante	4
	Energía y fatiga	Mucho	5
		Nada	1
		Un poco	2
		Regular	3
		Bastante	4
Movilidad	Mucho	5	
	Nada	1	
	Un poco	2	
	Aceptable	3	
	Bastante	4	
Sueño y descanso	Muy insatisfecho	1	

		Insatisfecho	2
		Aceptable	3
		Satisfecho	4
		Muy satisfecho	5
	Actividades de la vida diaria	Muy insatisfecho	1
		Insatisfecho	2
		Aceptable	3
		Satisfecho	4
		Muy satisfecho	5
	Capacidad de trabajo	Muy insatisfecho	1
		Insatisfecho	2
		Aceptable	3
		Satisfecho	4
		Muy satisfecho	5
Salud Psicológica	Sentimientos Positivos	Nada	1
		Un poco	2
		Regular	3
		Bastante	4
		Mucho	5
	Autoestima	Nada	1
	Un poco	2	
	Regular	3	
	Bastante	4	
	Mucho	5	
	Pensamiento, aprendizaje, memoria y concentración	Nada	1
		Un poco	2
		Regular	3
		Bastante	4
		Mucho	5
	Imagen corporal y apariencia física	Nada	1
		Un poco	2
		Regular	3
		Bastante	4
		Totalmente	5
	Espiritualidad/Religión/Creencias personales	Muy insatisfecho	1
		Insatisfecho	2
		Aceptable	3
		Satisfecho	4
		Muy satisfecho	5

	Sentimientos negativos	Nunca Raramente Algunas veces Casi siempre Siempre	1 2 3 4 5
Relaciones Sociales	Relaciones sociales	Muy insatisfecho Insatisfecho Aceptable Satisfecho Muy satisfecho	1 2 3 4 5
	Actividad sexual	Muy insatisfecho Insatisfecho Aceptable Satisfecho Muy satisfecho	1 2 3 4 5
	Apoyo social	Muy insatisfecho Insatisfecho Aceptable Satisfecho Muy satisfecho	1 2 3 4 5
Ambiente	Seguridad en la vida diaria	Nada Un poco Regular Bastante Mucho	1 2 3 4 5
	Ambiente físico (polución/ ruido/ tráfico/ clima)	Nada Un poco Regular Bastante Mucho	1 2 3 4 5
	Recursos económicos	Nada Un poco Regular Bastante Totalmente	1 2 3 4 5
	Oportunidades para adquirir información y habilidades nuevas	Nada Un poco Regular Bastante Totalmente	1 2 3 4 5

	Participación en/ y oportunidades de descanso, recreo/actividades de ocio	Nada	1
		Un poco	2
		Regular	3
		Bastante	4
	Ambiente del hogar	Totalmente	5
		Muy insatisfecho	1
		Insatisfecho	2
		Aceptable	3
		Satisfecho	4
	Sistemas sanitario y social: accesibilidad y calidad	Muy satisfecho	5
		Muy insatisfecho	1
		Insatisfecho	2
		Aceptable	3
		Satisfecho	4
	Transporte	Muy satisfecho	5
		Muy insatisfecho	1
		Insatisfecho	2
		Aceptable	3
		Satisfecho	4

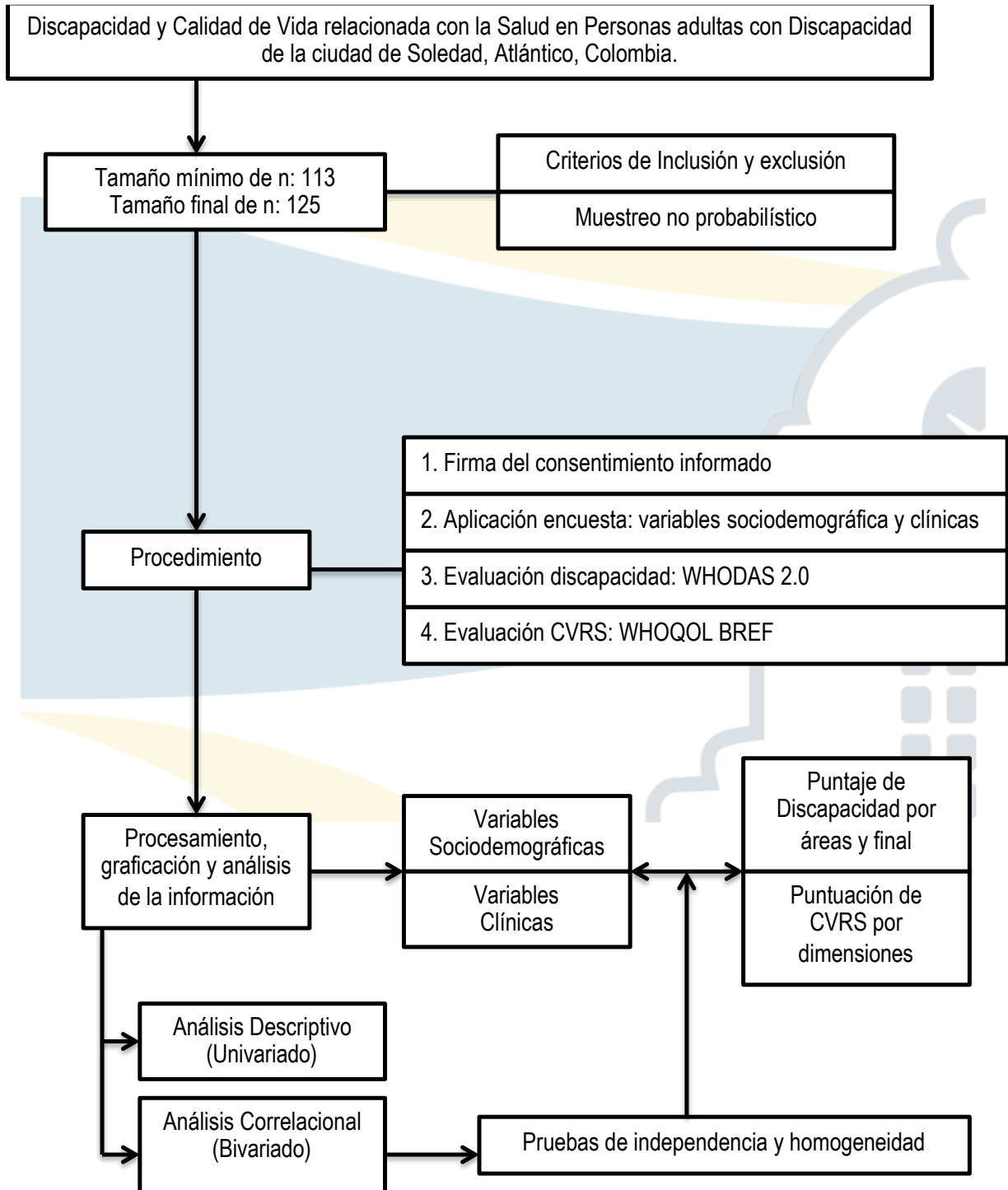
Tabla 5. Operacionalización de calidad de vida relacionada con la salud resultante desde el WHOQOL-BREF

Variable	Dominios	Número de ítems por dimensión	Indicador	Índice
Puntaje de calidad de vida relacionada con la salud por dominio	<ol style="list-style-type: none"> 1. Calidad de vida y salud general 2. Física 3. Psicológica 4. Relaciones Interpersonales 5. Ambiente 	<p>Dos (2)</p> <p>Siete (7)</p> <p>Seis (6)</p> <p>Tres (3)</p> <p>Ocho (8)</p>	0 – 100 puntos para cada dominio	<p>Puntaje de calidad de vida relacionada con la salud para cada área obtenida en la aplicación del WHOQOL BREF, puntajes cercanos a 100 indican una mejor percepción de calidad de Vida, puntajes cercanos a cero (0) indican malas o peores percepciones de calidad de vida.</p>

El WHOQOL Bref contempla el protocolo para la obtención de las puntuaciones en los cinco dominios, es una sumatoria de los ítems promedio según la recodificación propuesta en la sintaxis, así como de su conversión a escala de 0-100 puntos (Anexo 6).

5. METODOLOGÍA

5.1 DISEÑO



5.2 ENFOQUE Y TIPO DE ESTUDIO

Investigación que se desarrolló con un enfoque empírico analítico. Estudio transversal descriptivo y correlacional que estableció la relación entre variables sociodemográficas, clínicas, de discapacidad y calidad de vida relacionada con la salud de personas mayores de 20 años con discapacidad en la ciudad de Soledad, Atlántico.

5.3 POBLACIÓN

Personas mayores de 20 años con discapacidad de la ciudad de Soledad, Atlántico. La población de personas registradas con discapacidad mayores de 20 años en las ciudades participantes corresponde a información del registro de localización y caracterización de personas con discapacidad reportada por el Ministerio de Salud y Protección Social(63).

Población mayor de 20 años con discapacidad, Ministerio de Salud y Protección Social 2015

Ciudad	Proyección de población con discapacidad mayor de 20 años: RLCPD, Min Salud 2015 (número de habitantes)
Soledad	1647

5.4 MUESTRA Y MUESTREO

El cálculo de la muestra se estimó con la fórmula para test bilateral (“estimación de una relación lineal”), teniendo en cuenta un nivel de confianza del 95%, un poder estadístico del 90% y una correlación lineal esperada de 0,3 considerada por Mukaka como aceptable para éste tipo de estudio(64). La fórmula utilizada fue la siguiente:

$$n = \left(\frac{z_{1-\alpha/2} + z_{1-\beta}}{\frac{1}{2} \ln \left(\frac{1+r}{1-r} \right)} \right)^2 + 3$$

Donde:

Estimadores	Valores
Nivel de confianza (Z Alfa) 95%	1,96
Poder Estadístico (Z Beta) 90%	1,282
Riesgo deseado (numerador)	3,242
Correlación lineal esperada (r)	0,30
Denominador	0,31
Tamaño de la muestra (n)	113
Porcentaje de pérdida (L)	0,10
Muestra ajustada a la pérdida (n')	125

La muestra fue ajustada a la pérdida con la fórmula:

$$n' = \frac{n}{1 - L}$$

Donde:

N: Muestra calculada

L: Pérdida del 10%

Acorde con lo anterior, la muestra fue de 125 personas con discapacidad en el municipio de Soledad. Se realizó un muestreo no probabilístico con sujetos voluntarios mayores de 20 años de instituciones, asociaciones y colectivos de personas con discapacidad del Municipio con la técnica de bola de nieve.

5.5 CRITERIOS DE INCLUSIÓN Y EXCLUSIÓN

Cráterios de Inclusión

- Contar con una edad igual o superior a 20 años
- Personas con limitaciones en la realización de actividades de carácter permanente
- Tener al menos seis meses de evolución de la limitación permanente.

Cráterios de exclusión

- Estar institucionalizado.
- Hospitalización en el último mes o al momento de la recolección de la información.
- Cuadro agudo de alguna enfermedad en el último mes.
- Persona con limitación permanente para la realización de actividades de aprendizaje y aplicación del conocimiento que impidan que conteste los dos cuestionarios.
- Residencia en la zona rural.

5.6 TÉCNICAS DE RECOLECCIÓN DE INFORMACIÓN

- a) Encuesta: Información general, aspectos sociodemográficos y clínicos (anexo 2).
- b) Cuestionario WHO DAS 2.0: Instrumento de evaluación de la discapacidad de la OMS (*World Health Organization Disability 2.0*) (anexo 3).
- c) Cuestionario WHOQOL-BREF: Instrumento de evaluación de la calidad de vida de la OMS (*World Health Organization Quality of Life Instrument*, versión corta 26 ítems) (anexo 4)

Los instrumentos que se utilizaron para la recolección de información están validados para uso en lengua castellana, de esta forma no requirieron validación adicional para ser utilizados en el presente estudio.

5.7 PROCEDIMIENTO

- a) Entrenamiento y calibración de evaluadores.
- b) Reclutamiento de los participantes del estudio, según la muestra calculada.
- c) Aceptación y firma del consentimiento informado (Anexo 1).
- d) Aplicación de instrumentos de evaluación de discapacidad y calidad de vida
- e) Sistematización, tabulación, graficación y análisis de información.
- f) Discusión de resultados.
- g) Informe final

El tiempo estimado promedio para la aplicación de los instrumentos por cada persona es:

- Evaluación de variables sociodemográficas y clínicas: 3 minutos.
- Aplicación de WHO DAS 2.0: 20 minutos.
- WHOQOL-BREF: 15 minutos.

El control de sesgos en la recolección de información se realizó asignando la evaluación de las variables sociodemográficas, de índole general y discapacidad a un investigador diferente al que evaluó CVRS.

5.8 ANÁLISIS ESTADÍSTICO

El procesamiento de la información se hizo en el software SPSS versión 23.0 (*Statistical Package for the Social Science*). Los resultados se presentan de la siguiente manera:

- a) Análisis univariado. Se caracterizó la muestra teniendo en cuenta las variables sociodemográficas, clínicas, de discapacidad y CVRS. En variables de tipo cualitativo se calcularon proporciones y en las cuantitativas medidas de tendencia central y de dispersión.
- b) Análisis bivariado. Se establecieron relaciones entre variables de discapacidad por áreas, global con variables sociodemográficas y clínicas. De igual forma se correlacionaron las dimensiones de calidad de vida con sociodemográficas y clínicas, finalmente se estableció la relación entre discapacidad por áreas y global con calidad de vida por dimensiones. Para ello, se aplicaron coeficientes de correlación de Pearson o Spearman, según el comportamiento de la variable. Previamente se realizaron pruebas de normalidad con Kolmogorov-Smirnov. Para todos los casos se aceptó significancia estadística con un pValor menor o igual a 0,05.

6. RESULTADOS

6.1 ANÁLISIS DESCRIPTIVO DE LAS VARIABLES SOCIODEMOGRÁFICAS

El estudio se realizó en la ciudad de Soledad – Atlántico, en total participaron 125 personas. El 60% fueron hombres con una media de edad de 40 años y el 55% estaban solteros. La mayor proporción por grupo de edad fue la conformada por los sujetos entre 20 y 29 años (34,4%) seguido de los que tienen entre 30 y 39 años de edad (20,0%). El 35,2% de los participantes realizó estudios técnicos-tecnológicos, en cuanto a la situación ocupacional se encontró que el 24% son trabajadores independientes. Respecto a la afiliación al sistema de seguridad social en salud, el 49,6% pertenecían al régimen subsidiado, el 50,4% pertenecientes al estrato 2, la mayoría con ingresos familiares con ingresos entre uno y dos salarios mínimos. Ver tabla 6.

Tabla 6. Resumen descriptivo de variables sociodemográficas

Variable	Índice	FA	%
Sexo	Femenino	49	39,2
	Masculino	76	60,8
Rangos de edad	20 a 29 años	43	34,4
	30 a 39 años	25	20,0
	40 a 49 años	18	14,4
	50 a 59 años	22	17,6
	60 a 69 años	11	8,8
	70 a 79 años	4	3,2
	80 años y más	2	1,6
Máximo nivel de estudios alcanzado	Ninguno	3	2,4
	Primaria incompleta	9	7,2
	Primaria completa	10	8,0
	Secundaria incompleta	20	16,0
	Secundaria completa	25	20,0
	Técnico-Tecnológico	44	35,2
	Profesional	14	11,2
	Especialización	0	0,0
	Maestría	0	0,0
Doctorado	0	0,0	
Estado civil	Soltero/a	55	44,0
	Casado/a	27	21,6
	Separado/a	7	5,6
	Divorciado/a	2	1,6
	Viudo/a	3	2,4
	Vive en Pareja	31	24,8
Ocupación Actual	Trabajo remunerado (Asalariado/a)	15	12,0
	Trabaja por su propia cuenta (Independiente)	30	24,0
	Trabajo no remunerado	1	0,8
	Estudiante	22	17,6
	Responsable de tareas domésticas	8	6,4
	Jubilado/a	5	4,0
	Desempleado/a por motivo de salud	12	9,6
	Desempleado/a por otros motivos	23	18,4
Afiliación a seguridad social en salud	Pensionado por discapacidad	9	7,2
	No afiliado	3	2,4

Variable	Índice	FA	%
	Subsidiado	62	49,6
	Contributivo	56	44,8
	Régimen especial	4	3,2
	Otro	0	0,0
Ingresos del núcleo familiar	Menos de 1 SMMLV	36	28,8
	Entre 1 y 2 SMMLV	72	57,6
	Entre 2 y 4 SMMLV	13	10,4
	Más de 4 SMMLV	4	3,2
Estrato socioeconómico	Estrato 1	53	42,4
	Estrato 2	63	50,4
	Estrato 3	8	6,4
	Estrato 4	1	0,8
	Estrato 5	0	0,0
	Estrato 6	0	0,0
n=125			

Fuente: Elaboración propia de las investigadoras (2017)

6.2 ANÁLISIS DESCRIPTIVO DE LAS VARIABLES CLÍNICAS

De la muestra estudiada se evidenció el principal diagnóstico médico (CIE 10) al cual se atribuye la limitación permanente (discapacidad) fue el grupo de enfermedades del oído y de la apófisis mastoides (36,0%) seguido de Enfermedades del sistema osteomuscular y del tejido conjuntivo con el 30,4%.

El 48,8% de los participantes usan ayudas externas; de ellos, el 17,6% refiere la utilización del bastón. Más de la mitad de los participantes declaró no consumir medicamentos, del porcentaje que manifestó si consumir, el 12% son analgésicos. La media del tiempo de evolución de la limitación permanente fue de $290,81 \pm 173,381$ meses, el 80,0% de los encuestados lleva más de 10 años con la limitación permanente. Tabla 7.

Tabla 7. Resumen descriptivo de variables clínicas.

Variables Clínicas	Subvariables	FA	%
Diagnóstico médico (CIE 10)	Enfermedades del sistema nervioso	7	5,6
	Enfermedades del ojo y sus anexos	30	24,0
	Enfermedades del oído y de la apófisis mastoides	45	36,0
	Enfermedades del sistema osteomuscular y del tejido conjuntivo	38	30,4
	Malformaciones congénitas	2	1,6
	Traumatismos, envenenamientos y otras consecuencias causa ext.	3	2,4
	Menos de 12 meses	4	3,2

Variables Clínicas	Subvariables	FA	%
Rangos de tiempo de la limitación permanente	13 y 60 meses	13	10,4
	61 y 120 meses	8	6,4
	Más de 121 meses	100	80,0
Uso de ayudas externas	No	64	51,2
	Si	61	48,8
Tipo de ayuda externa	Ninguna	64	51,2
	Aparato ortopédico	0	0,0
	Audífono	3	2,4
	Bastón	22	17,6
	Muletas	9	7,2
	Silla de ruedas	15	12,0
	Prótesis	0	0,0
	Oxígeno	1	0,8
Uso de medicamentos	Si	45	64,0
	No	80	36,0
Medicamentos	Ninguno	80	64,0
	Analgésico	15	12,0
	Antidepresivo	1	,08
	Antiinflamatorio no esteroideo	4	3,2
	Protector Gástrico	1	0,8
	Antihipertensivo	6	4,8
	Anticonvulsivante	3	2,4
	Insulina	1	0,8
	Otro	14	11,2
n= 125			

Fuente: Elaboración propia de las investigadoras (2017).

Tabla 8. Resumen características sociodemográficas y clínicas, variables cuantitativas.

Variable	Media	Desv Tip	Mínimo	Máximo
Edad (años cumplidos)	40,5440	16,38671	20,00	86,00
Tiempo de limitación (meses)	290,8160	173,38157	6,00	780,00
n= 125				

Fuente: Elaboración propia de las investigadoras (2017).

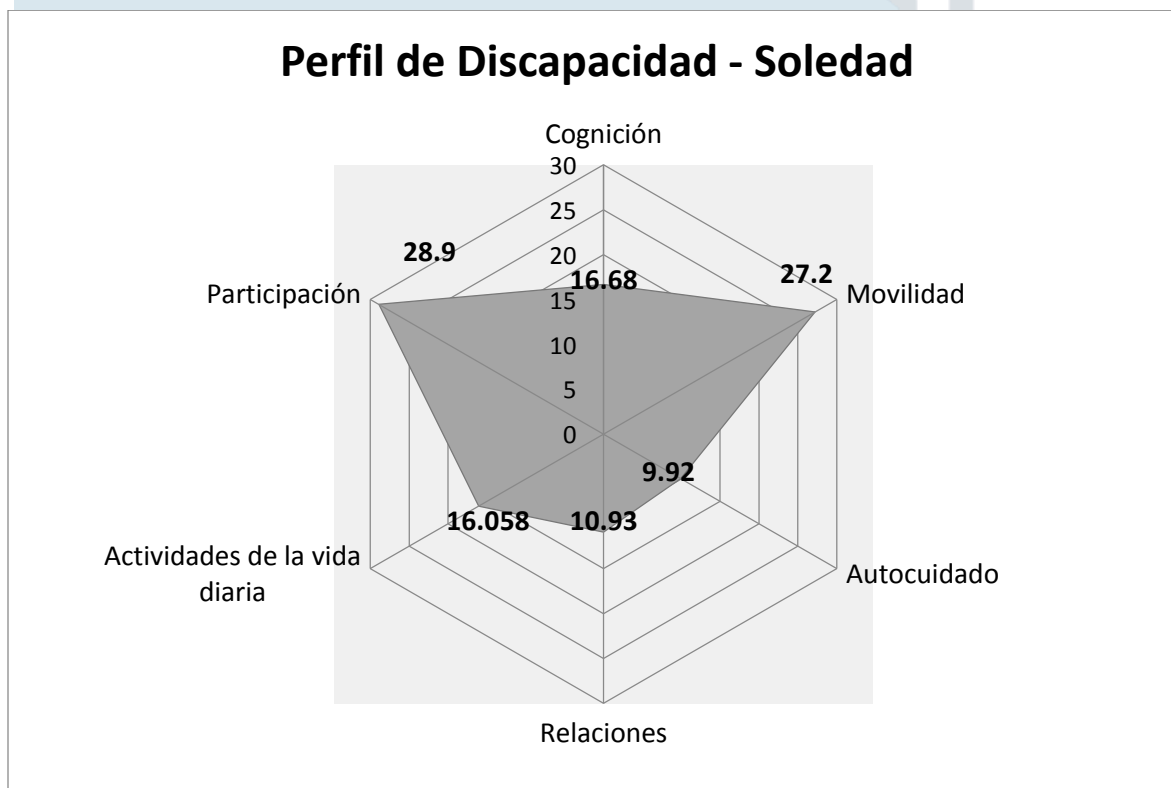
6.3 ANÁLISIS DESCRIPTIVO DE DISCAPACIDAD

En las 125 personas participantes del estudio la media de discapacidad global (escala de 0 a 100 puntos) encontrada fue de $22,33 \pm 16,9104$ puntos. En cuanto a las áreas de discapacidad evaluadas por el WHODAS 2.0, la que presentó mayor promedio de puntuación fue la de participación $28,90 \pm 19,9668$. El área con menor promedio de puntuación fue la de Actividades de la vida diaria-Trabajo remunerado con 9,31 puntos. Ver tabla 9 y grafico radial 1.

Tabla 9. Estadísticos descriptivos puntuación global y por áreas del WHODAS 2.0

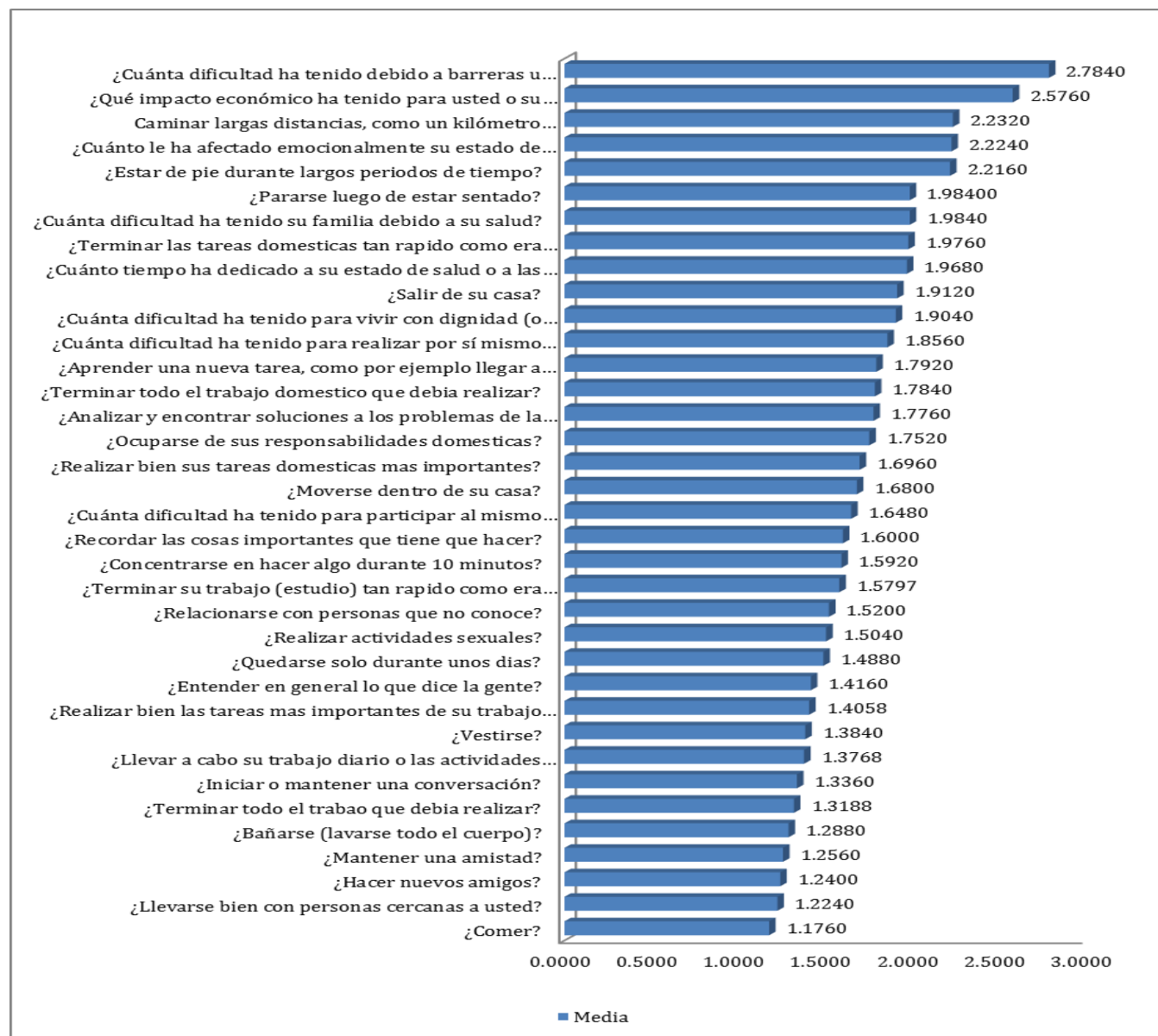
Áreas y global Discapacidad	Media	Desv. Tip	Mínimo	Máximo
Cognición	16,6800	15,97559	0,00	55,00
Movilidad	27,2000	33,09337	0,00	100,00
Cuidado Personal	9,9200	21,07957	0,00	100,00
Relaciones	10,9333	12,58555	0,00	58,33
Actividades de la vida diaria	22,8000	29,50123	0,00	100,00
Actividades de la vida diaria-Trabajo remunerado	9,3168	14,35406	0,00	64,29
Participación	28,9000	19,96682	0,00	91,67
Puntuación global de discapacidad -WHODAS 2.0-	22,3304	16,91049	0,00	69,57
n=125				

Fuente: Elaboración propia de los investigadores (2017).



En cuanto a la media de cada uno de los ítems del instrumento (36 preguntas) calificados por la persona en una escala de 1 a 5 puntos, se encontró que las 3 actividades que en promedio obtuvieron puntajes altos (mayor dificultad experimentada para la realización de una actividad) fueron: dificultad experimentada debido a barreras y obstáculos; impacto económico ha tenido para usted y su familia y caminar largas distancias como un kilómetro. Ver gráfico 1.

Gráfico 1. Estadísticos descriptivos. Promedio de Puntuación Preguntas WHODAS 2.0



n=125

Fuente: Elaboración propia de los investigadores (2017).

En cuanto al grado de discapacidad recodificada a partir de las 6 áreas del WHODAS 2.0, se encontró que el 60,8% de los encuestados presentaron discapacidad leve. Ver tabla 10.

Tabla 10. Grado de Discapacidad WHODAS 2.0

Grado de Discapacidad	FA	%
Ninguna	9	7,2
Leve	76	60,8
Moderada	27	21,6
Severa	13	10,4
Extrema	0	0
Total	125	100

Fuente: Elaboración propia de los investigadores (2017)

De acuerdo con las áreas de discapacidad, la mayor proporción de grado leve fue actividades para la vida diaria-trabajo remunerado y participación en sociedad 60,2% y 44,0% respectivamente. Ver tabla 11.

Tabla 11. Grado de discapacidad por áreas del WHODAS 2.0.

Dominio	Grado	FA	%
Cognición	Ninguna	32	25,6
	Leve	52	41,6
	Moderada	37	29,6
	Severa	4	3,2
	Extrema	0	0
Movilidad	Ninguna	50	40,0
	Leve	22	17,6
	Moderada	23	18,4
	Severa	21	16,8
	Extrema	9	7,2
Cuidado Personal	Ninguna	86	68,8
	Leve	21	16,8
	Moderada	9	7,2
	Severa	7	5,6
	Extrema	2	1,6
Relaciones	Ninguna	50	40,0
	Leve	54	43,2
	Moderada	17	13,6
	Severa	4	3,2

Dominio	Grado	FA	%
	Extrema	0	0
Actividades de la vida diaria-trabajo no remunerado	Ninguna	57	45,6
	Leve	19	15,2
	Moderada	22	17,6
	Severa	21	16,8
	Extrema	6	4,8
Actividades de la vida diaria-trabajo remunerado	Ninguna	40	32,0
	Leve	75	60,0
	Moderada	9	7,2
	Severa	1	,8
	Extrema	0	0
Participación	Ninguna	3	2,4
	Leve	55	44,0
	Moderada	46	36,8
	Severa	21	16,8
	Extrema	0	0
n=125			

Fuente: Elaboración propia de los investigadores (2015)

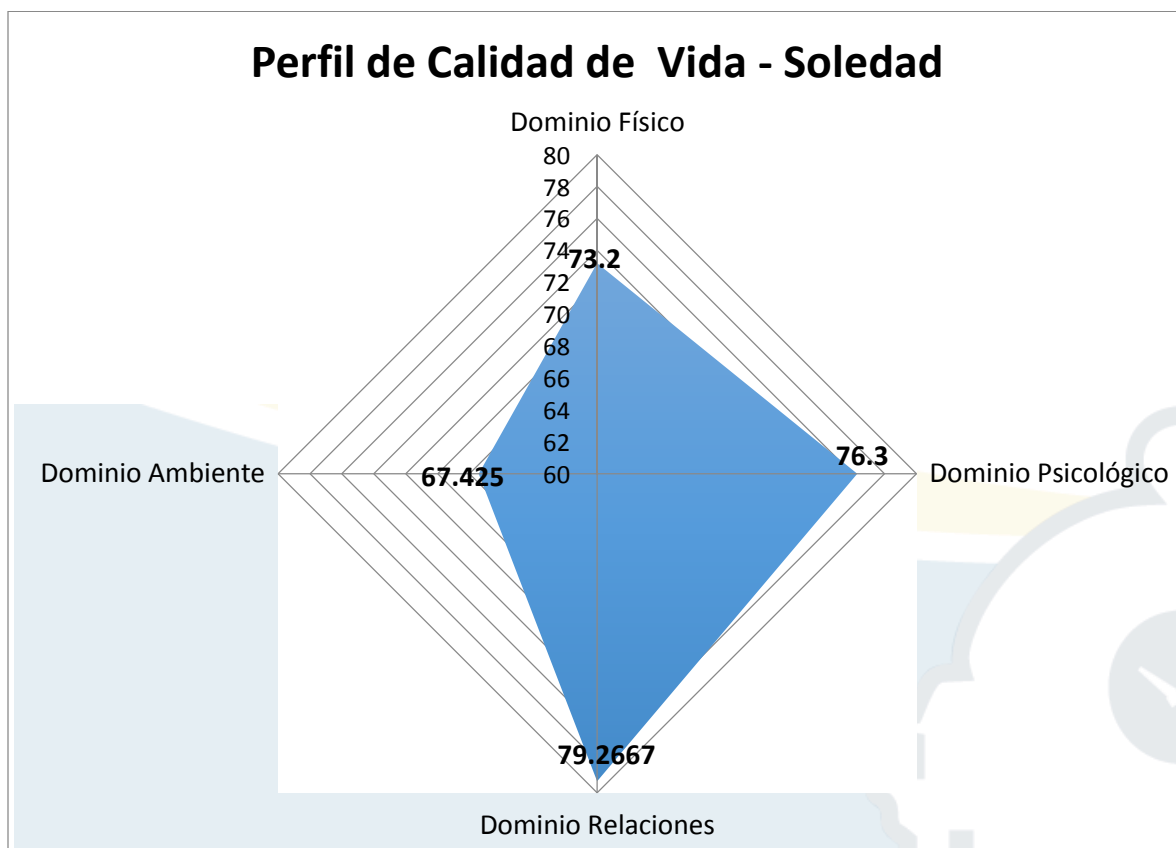
6.4 ANÁLISIS DESCRIPTIVO DE CALIDAD DE VIDA RELACIONADA CON LA SALUD

En la muestra del estudio, el promedio más alto de puntuación lo obtuvo el dominio de relaciones interpersonales, la media más baja fue para el dominio de ambiente, ver tabla 12 y grafico radial 2.

Tabla 12. Estadísticos descriptivos puntaje total por dominios del WHOQOL Bref.

Dominios (WHOQOL Bref) (0 a 100)	Mínimo	Máximo	Media	Desv. estándar
Calidad de vida general	0	100	74,38	18,66
Psicológico	25,00	100,00	73,20	19,76
Físico	41,67	100,00	76,30	12,84
Relaciones Interpersonales	33,33	100,00	79,26	15,32
Ambiente	18,75	100,00	67,42	16,03
n= 125				

Fuente: Elaboración propia de los investigadores (2017)



Dentro de la muestra del estudio, los mejores promedios de puntuación por preguntas del WHOQOL Bref fueron para ¿Hasta qué punto piensa que su vida tiene sentido?, ¿Qué tan satisfecho esta de sí mismo? Se encontró que la puntuación promedio más baja fue el dominio de ¿hasta qué punto el dolor le impide hacer lo que necesita? Ver tabla 13.

Tabla 13. Promedios de la Puntuación por preguntas del WHOQOL Bref

Preguntas WHOQOL Bref	Media	DS
¿Cómo puntuaría su calidad de vida?	3,87	,880
¿Qué tan satisfecho esta con su salud?	3,77	1,017
¿Hasta qué punto el dolor físico le impide hacer lo que necesita?	2,10	1,230
¿Necesita algún tratamiento médico para funcionar en su vida diaria?	2,13	1,492
¿Cuánto disfruta de la vida?	3,98	,933
¿Hasta qué punto piensa que su vida tiene sentido?	4,28	,768
¿tiene capacidad para concentrarse?	4,04	,856
¿Se siente seguro en su vida diaria?	3,97	,924
¿Es saludable el ambiente físico que le rodea?	4,10	,811
¿Tiene energía suficiente para su vida diaria?	4,04	,954
¿Es capaz de aceptar su apariencia física?	4,22	,809
¿Tiene suficiente dinero para cubrir sus necesidades?	3,00	,992
¿Tiene disponible la información que necesita en su vida diaria?	3,78	,972
¿Hasta qué punto puede realizar actividades en su tiempo libre?	3,65	1,080
¿Es capaz de desplazarse de un lugar a otro?	3,92	1,222
¿Qué tan satisfecho esta con su sueño?	3,92	,903
¿Está satisfecho con su capacidad para realizar las actividades de la vida diaria?	3,94	,901
¿Qué tan satisfecho esta con su capacidad de trabajo?	3,90	1,043
¿Qué tan satisfecho esta de sí mismo?	4,27	,677
¿Qué tan satisfecho esta con sus relaciones personales?	4,26	,624
¿Qué tan satisfecho esta con su vida sexual?	3,99	,920
¿Qué tan satisfecho esta con el apoyo que obtiene de sus amigos?	4,26	,659
¿Qué tan satisfecho esta con las condiciones del lugar donde vive?	4,06	,816
¿Qué tan satisfecho esta con el acceso que tiene a los servicios de salud?	3,49	1,075
¿Qué tan satisfecho esta con su transporte?	3,53	1,111
¿Con que frecuencia tiene sentimientos negativo, tales como tristeza, desesperanza, ansiedad, depresión?	2,48	1,067
n = 125		

Fuente: Elaboración propia de los investigadores (2017)

Se realizó la prueba de una muestra (Kolmogorov-Smirnov) para determinar la normalidad de las variables de discapacidad por áreas y global evaluada con el WHODAS 2.0 y CVRS por dominios evaluada con el WHOQOL Bref. Así como también para las variables cuantitativas sociodemográficas y clínicas.

Se encontró distribución no normal ($p < 0,05$) en todas las áreas de discapacidad y global. En las dimensiones de calidad de vida relacionada con la salud, sólo el dominio ambiental resultó con distribución normal ($p > 0,05$) así como lo fue para la variable clínica tiempo de evolución de la limitación permanente. Este resultado indicó el análisis de correlación no paramétrico. Ver tabla 14.

Tabla 14. Prueba de normalidad para Discapacidad global y por áreas y CVRS por dominios, cuantitativas sociodemográficas



Variables	Media	Desv. típ.	Mínimo	Máximo	Prueba de Normalidad	
					Z de Kolmogorov-Smirnov	Sig. asintótica (bilateral)
Cognición	16,6800	15,97559	,00	55,00	,182	,000
Movilidad	27,2000	33,09337	,00	100,00	,233	,000
Cuidado Personal	9,9200	21,07957	,00	100,00	,369	,001
Relaciones	10,9333	12,58555	,00	58,33	,208	,001
Actividades de la vida diaria	22,8000	29,50123	,00	100,00	,236	,000
Actividades de la vida diaria- Trabajo remunerado	9,3168	14,35406	,00	64,29	,322	,000
Participación	28,9000	19,96682	,00	91,67	,145	,000
Discapacidad global	22,3304	16,91049	,00	69,57	,162	,001
Calidad de vida general	74,38	18,66	0,00	100,00	,171	,000
Física	73,2000	19,76878	25,00	100,00		,001
Psicológica	76,3000	12,84706	41,67	100,00	,065	,000
Relaciones Interpersonales	79,2667	15,32269	33,33	100,00	,144	,000
Ambiental	67,4250	16,03428	18,75	100,00	,172	,200
Edad en años cumplidos	40,5440	16,38671	20,00	86,00	,154	,000
Tiempo de evolución de la limitación permanente	290,8160	173,38157	6,00	780,00	,059	,200

n= 125

Fuente: Elaboración propia de los investigadores (2017)

Según el nivel de medición de la variable se utilizaron diferentes coeficientes de relación para el análisis entre las variables sociodemográficas, clínicas y discapacidad por áreas y global (escala de 0-100) y para calidad de vida por dominios. Para las variables cualitativas se recurrió a Eta y Spearman según la variable fuera nominal u ordinal. Para las variables cuantitativas se recurrió a Spearman según el comportamiento no paramétrico de la variable discapacidad (áreas y global) y calidad de vida (dominios), para todos los casos se consideró significativa la relación cuando el p Valor fuera \leq a 0,05. Ver tabla 15 y 16.

Tabla 15. Coeficientes de correlación utilizados para discapacidad por áreas y global (WHO DAS 2.0) con características sociodemográficas y clínicas, acorde con el nivel de medición de las variables

Variable	Nivel de medición	Discapacidad por áreas y global WHODAS 2.0 (0 – 100)	Coefficiente de relación
1. Sexo 2. Estado civil 3. Ocupación actual 4. Diagnóstico médico 5. Uso de ayudas externas 6. Uso de medicamentos 7. Medicamentos utilizados	Nominal	1. Cognición 2. Movilidad 3. Cuidado Personal 4. Relaciones	 Eta
8. Nivel de estudios alcanzados 9. Estrato socioeconómico 10. Rangos de edad 11. Rangos de tiempo de limitación permanente 12. Ayudas externas utilizadas 13. Ingresos familiares	Ordinal	5. Actividades de la vida diaria 6. Participación 7. Discapacidad global	 Spearman
14. Edad 15. Tiempo Limitación Permanente	Cuantitativa (Intervalo o razón)	1. Cognición 2. Movilidad 3. Cuidado Personal 4. Relaciones 5. Actividades de la vida diaria 6. Participación 7. Discapacidad global	Spearman

Fuente: Elaboración propia de los investigadores (2017)

Tabla 16. Coeficientes de correlación utilizados para CVRS por dominios (WHOQOL BREF) con características sociodemográficas y clínicas, acorde con el nivel de medición de las variables

Variable	Nivel de medición	CVRS por dimensione	Coefficiente de relación
1. Sexo 2. Estado civil 3. Ocupación actual 4. Diagnóstico médico 5. Uso de ayudas externas 6. Uso de medicamentos 7. Medicamentos utilizados	Nominal	Calidad de Vida General Dominio Físico Dominio Psicológico	Eta
8. Nivel de estudios alcanzados 9. Estrato socioeconómico 10. Rangos de edad 11. Rangos de tiempo de limitación permanente 12. Ayudas externas utilizadas 13. Ingresos familiares 14. Afiliación a salud	Ordinal	Dominio Relaciones Interpersonales Dominio Ambiente	Spearman
15. Edad 16. Tiempo Limitación Permanente	Cuantitativa (Intervalo o razón)	Calidad de Vida General Dominio Físico Dominio Psicológico Dominio Relaciones Interpersonales Dominio Ambiente	Spearman Pearson

Fuente: Elaboración propia de los investigadores (2017)

Se aplicaron pruebas de homogeneidad para evaluar la significancia estadística de las variables de estudio. En variables con dos grupos se utilizó la prueba U de Mann-Whitney (t student) y para variables de más de dos grupos

se utilizó la prueba H de Kruskal-Wallis (F de Fisher) acorde con la distribución no normal de las variables de discapacidad por áreas y global y calidad de vida por dominios. ver tablas 17 y 18.

Tabla 17. Pruebas de homogeneidad para el contraste de discapacidad por áreas y global en subgrupos de variables sociodemográficas y clínicas

Variable	Número de grupos	Discapacidad por áreas y global WHODAS 2.0	Coficiente de relación
1. Sexo	Dos grupos		U Mann Whitney
2. Estado civil	Más de dos grupos	1. Cognición 2. Movilidad 3. Cuidado Personal 4. Relaciones 5. Actividades de la vida diaria 6. Participación 7. Discapacidad global	H de Kruskal Wallis
3. Ocupación actual			
4. Nivel de estudios alcanzados			
5. Estrato socioeconómico			
6. Rangos de edad			
7. Diagnóstico médico			
8. Tiempo de limitación permanente			
9. Uso de ayudas externas			
10. Ayudas externas utilizadas			
11. Uso de medicamentos			
12. Medicamentos utilizados			
13. Rangos de tiempo de limitación permanente			
14. Edad			
15. Ingresos familiares			
16. Afiliación a salud			

Tabla 18. Pruebas de homogeneidad para el contraste entre CVRS por dominios (WHOQOL BREF) en subgrupos de variables sociodemográficas y clínicas

Variable	Número de grupos	Discapacidad por áreas y global	Coefficiente de relación
1. Sexo	Dos grupos		U Mann Whitney
2. Estado civil	Más de dos grupos	Calidad de Vida General Dominio Físico Dominio Psicológico Dominio Relaciones Interpersonales Dominio Ambiente	H de Kruskal Wallis
3. Ocupación actual			
4. Nivel de estudios alcanzados			
5. Estrato socioeconómico			
6. Rangos de edad			
7. Diagnóstico médico			
8. Tiempo de limitación permanente			
9. Uso de ayudas externas			
10. Ayudas externas utilizadas			
11. Uso de medicamentos			
12. Medicamentos utilizados			
13. Rangos de tiempo de limitación permanente			
14. Edad			
15. Afiliación a salud			
16. Ingresos familiares			

6.5. RESULTADOS BIVARIADOS

6.5.1 Relación entre variables Sociodemográficas y Discapacidad

En la relación entre variables sociodemográficas y discapacidad se encontró que la edad, rangos de edad, ocupación y el estado civil fueron las que presentaron relación estadísticamente significativa con fuerza por encima de 0,3 con las áreas de movilidad, cuidado personal, actividades de la vida diaria y puntuación global de discapacidad. El resto de relaciones, algunas con significancia estadística no fueron aceptadas por el estudio dada la fuerza de asociación inferior a 0,3.

Tabla 19. Relación de variables sociodemográficas con Discapacidad global y por áreas.

Variables	Discapacidad por áreas y global								
	Estadístico**	Cognición	Movilidad	Cuidado Personal	Relaciones	Actividades de la vida diaria	Actividades de la vida diaria-Trabajo remunerado	Participación	Puntuación global de discapacidad
Edad	Rho	0,148	0,496**	,348**	-0,048	0,359**	0,138	0,189*	0,326**
	P Valor	0,1	0,000	0,000	0,592	0,000	0,257	0,035	0,000
Rangos de edad	Rho	0,156	0,508**	,322**	-0,049	0,351**	0,145	0,208*	0,328**
	P Valor	0,083	0,000	0,000	0,591	0,000	0,236	0,02	0,000
Máximo nivel de estudios alcanzado	Rho	-0,298**	-0,051	-0,157	-0,072	0,061	0,037	-0,002	-0,088
	P Valor	0,001	0,573	0,08	0,425	0,5	0,763	0,985	0,331
Ingresos familiares	Rho	-,220*	0,111	0,066	0,052	0,131	0,002	-0,1	-0,011
	P Valor	0,014	0,216	0,466	0,561	0,144	0,986	0,268	0,907
Estrato socioeconómico	Rho	0,029	0,057	0,002	0,112	0,053	0,024	0,018	0,045
	P Valor	0,751	0,528	0,982	0,214	0,556	0,846	0,842	0,62
Sexo del encuestado	ETA	0,422	0,243	0,26	0,127	0,281	0,349	0,354	0,585
	P Valor	0,082	0,202	0,73	0,398	0,514	0,127	0,162	0,277
Estado civil actual	ETA	0,207*	0,320**	0,158**	0,127	0,326**	0,208	0,290*	0,466**
	P Valor	0,035	0,005	0,003	0,622	0,001	0,543	0,033	0,003
Ocupación actual	ETA	0,192*	0,305**	0,349**	0,244*	0,324**	0,183	0,431**	0,600**
	P Valor	0,018	0,000	0,000	0,012	0,002	0,392	0,005	0,003
Afilación en salud	ETA	0,284	0,255*	0,311	0,235	0,240**	0,255	0,324	0,194*
	P Valor	0,562	0,048	0,063	0,324	0,000	0,857	0,062	0,036

*p valor ≤ 0,05. ** p valor ≤ 0,01

*** correlación lineal esperada de 0,3 considerada por Mukaka como aceptable para este tipo de estudio

r: Coeficiente de correlación de Pearson

Rho: Coeficiente de correlación de Spearman

Fuente: Elaboración propia de los investigadores (2017)

6.5.2 Relación entre variables clínicas y Discapacidad

En la relación entre variables clínicas y discapacidad se encontró que el tiempo de evolución de la limitación, el diagnóstico médico, el uso y tipo de medicamentos y el uso de ayudas externas, presentaron asociación estadísticamente significativa con la mayoría de áreas y global de discapacidad. Un hallazgo relevante es la relación inversa encontrada de las áreas y global de discapacidad con el tiempo de evolución, lo cual permite inferir que a mayor tiempo de evolución menor grado de discapacidad. El resto de relaciones, algunas con significancia estadística no fueron consideradas por presentar una fuerza menor a 0,3.

Tabla 20. Relación de variables clínicas con Discapacidad global y por áreas

Variables	Estadístico***	Discapacidad por áreas y global							
		Cognición	Movilidad	Cuidado Personal	Relaciones	Actividades de la vida diaria	Actividades de la vida diaria-Trabajo remunerado	Participación	Puntuación global de discapacidad
Tiempo evolución limitación (meses)	Rho	-,190*	-,320**	-,379**	-0,053	-,330**	-0,141	-,207*	-,300**
	P Valor	0,034	0,001	0,001	0,555	0,001	0,248	0,021	0,001
Rangos de tiempo de limitación permanente	ETA	0,205	0,443**	0,403**	0,149	0,489**	0,142	0,249	0,426**
	P Valor	0,158	0,001	0,001	0,697	0,001	0,52	0,1	0,002
Diagnóstico médico (CIE 10)	ETA	0,176	0,679**	0,594**	0,247*	0,546**	0,236**	0,368	0,542**
	P Valor	0,483	0,001	0,001	0,047	0,001	0,001	0,054	0,001
Uso de ayudas externas	ETA	0,002	0,414**	0,171*	0,096	0,366**	0,230**	0,144	0,366*
	P Valor	0,458	0,001	0,019	0,057	0,002	0,004	0,252	0,012
Ayudas externas utilizadas	ETA	0,031	,288**	0,159	-,189*	,246**	,280**	0,089	0,171
	P Valor	0,728	0,001	0,077	0,035	0,006	0,001	0,324	0,057
Uso de medicamentos	ETA	0,282**	0,528**	0,400**	0,044	0,479**	0,329	0,112**	0,521**
	P Valor	0,008	0,001	0,001	0,931	0,001	0,025	0,001	0,001
Medicamentos utilizados	ETA	0,330	0,606**	0,600**	0,324	0,662**	0,372	0,453**	0,605**
	P Valor	0,219	0,001	0,001	0,311	0,001	0,113	0,005	0,001

*p valor ≤ 0,05 ** p valor ≤ 0,01

*** correlación lineal esperada de 0,3 considerada por Mukaka como aceptable para este tipo de estudio

rho: Coeficiente de correlación de Spearman

Fuente: Elaboración propia de los investigadores (2017)

6.5.3 Relación de calidad de vida relacionada con la salud por dominios y variables sociodemográficas

En la relación entre variables sociodemográficas y CVRS se encontró que los rangos de edad y el estado civil, evidenciaron asociación estadísticamente significativa con todos los dominios de calidad de vida. La relación de discapacidad con el rango de edad fue inversa, este hallazgo permite inferir que a mayor edad menor nivel de discapacidad y viceversa.

Tabla 21. Relación de variables sociodemográficas con dominios de CVRS.

Variables	CVRS por dominios					
	Estadístico***	Dominio Físico	Dominio Psicológico	Dominio Relaciones Interpersonales	Ambiente	CV general
Sexo	ETA	0,147	0,194	0,072	0,055	0,135
	P Valor	0,193	0,092	0,221	0,541	0,301
Estado civil actual	ETA	0,481**	0,351*	0,437**	0,329**	0,425**
	P Valor	0,001	0,015	0,004	0,001	0,012
Ocupación actual	ETA	0,61	0,435	0,391	0,477	0,63
	P Valor	0,61	0,435	0,391	0,286	0,234
Afiliaión en salud	ETA	0,21	0,092	0,2	0,149	0,23
	P Valor	0,441	0,835	0,153	0,051	0,055
Máximo nivel de estudios alcanzado	Rho	,212*	,233**	0,167	0,172	0,182
	P Valor	0,018	0,001	0,063	0,055	0,53
Estrato socioeconómico	Rho	-0,073	-0,017	-0,151	0,027	0,084
	P Valor	0,417	0,846	0,093	0,765	0,32
Rangos de Edad	Rho	-,527**	-,346**	-,398**	-,386**	-,402**
	P Valor	0,001	0,001	0,001	0,001	0,001
Edad	Rho/r	,280**	,242**	,241**	,282**	,232**
	P Valor	0,001	0,006	0,007	0,001	0,002
Ingresos familiares	Rho/r	,033	,132	-,012	,195*	,122
	P Valor	,719	,142	,894	,030	,152

* $P \leq 0.05$ ** $P \leq 0.01$

*** correlación lineal esperada de 0,3 considerada por Mukaka como aceptable para este tipo de estudio

r: Coeficiente de correlación de Pearson

rho: Coeficiente de correlación de Spearman

Fuente: Elaboración propia de los investigadores (2017)

6.5.4 Relación variables clínicas y CVRS

El diagnóstico médico y el uso de medicamentos fueron las variables que se asociaron estadísticamente con todos los dominios y CV general. Se destaca la fuerza de dichas asociaciones superiores a 0,5. Los resultados evidenciados en la siguiente tabla evidencian que si bien algunas variables tuvieron asociación estadísticamente significativa, la fuerza de dicha relación fue inferior a 0,3.

Tabla 22. Relación de variables clínicas con dimensiones de CVRS

Variables		CVRS por dominios					
		Estadístico***	Dominio Físico	Dominio Psicológico	Dominio Relaciones Interpersonales	Ambiente	CV General
Clínicas	Ayudas externas utilizadas	Rho	-,247**	-0,13	-,298**	-0,136	-0,221**
		P Valor	0,006	0,148	0,001	0,129	0,001
	Tiempo de evolución de la limitación (meses)	Rho / r	,120**	,202*	,236**	,198*	0,220*
		P Valor	0,001	0,024	0,001	0,027	0,042
	Diagnóstico Médico	ETA	0,748**	0,311*	0,460**	0,515*	0,434**
		P Valor	0,001	0,041	0,001	0,029	0,050
	Uso de ayudas externas	ETA	0,253	0,073	0,282**	0,260**	0,734
		P Valor	0,004	0,333	0,001	0,003	0,321
	Uso de medicamentos	ETA	0,718**	0,658**	0,683**	0,649**	0,534**
		P Valor	0,001	0,001	0,001	0,001	0,002
	Medicamentos utilizados	ETA	0,177**	0,224*	0,23*	0,367	0,423
		P Valor	0,001	0,019	0,003	0,338	0,37
	Rangos de tiempo de limitación permanente	ETA	0,208**	0,215	0,276	0,312	0,346
		P Valor	0,001	0,050	0,057	0,853	0,732

*P ≤ 0.05 ** P ≤ 0.01

*** correlación lineal esperada de 0,3 considerada por Mukaka como aceptable para este tipo de estudio

r: Coeficiente de correlación de Pearson

rho: Coeficiente de correlación de Spearman

Fuente: Elaboración propia de los investigadores (2017)

6.5.5 Relación entre discapacidad por áreas y global (0-100 puntos) y calidad de vida relacionada con la salud por dimensiones (0-100 puntos)

La Calidad de Vida General se asoció de manera inversa y estadísticamente con Global de discapacidad, dicha relación evidenció fuerzas mayores a 0,5. Este hallazgo permite suponer que a menor nivel de discapacidad mejor percepción de calidad de vida de los participantes en el estudio.

Se destaca la asociación entre las áreas de movilidad, actividades de la vida diaria y participación con todas los dominios de CV, la fuerza de dichas asociaciones fue superior a 0,3 e inversas, lo anterior pone de manifiesto que a menor limitación en la movilidad y en participación mejor percepción en los dominios de CV.

Tabla 23. Correlación entre CVRS por dimensiones y discapacidad por áreas y global

VARIABLES	CVRS por dominios					
	Estadístico***	Dominio Físico	Dominio Psicológico	Dominio Relaciones Interpersonales	Ambiente	CV general
Discapacidad por áreas y global	Rho					
	P Valor					
Cognición	Rho	-,242**	-,172**	-,283**	-,297**	,193
	P Valor	0,001	0,001	0,001	0,001	0,32
Movilidad	Rho	-,629**	-,646**	-,357**	-,663**	,398**
	P Valor	0,001	0,001	0,001	0,001	0,001
Cuidado Personal	Rho	-,242**	-,203**	-,212**	-,238**	-,451**
	P Valor	0,001	0,001	0,001	0,007	0,001
Relaciones	Rho	-0,112	-,216*	-0,135	-0,133	,346*
	P Valor	0,216	0,015	0,134	0,14	0,005
Actividades de la vida diaria AVD	Rho	-,522**	-,317*	-,307**	-,314**	-,597*
	P Valor	0,001	0,015	0,001	0,001	0,005
AVD Trabajo remunerado	Rho	-,401**	-,327**	-,429**	-,663**	-,534*
	P Valor	0,001	0,006	0,001	0,001	0,005
Participación	Rho	-,551**	-,448**	-,333**	-,626**	-,532*
	P Valor	0,001	0,001	0,001	0,001	0,001
Global de discapacidad	Rho	-,645**	-,492**	-,410**	-,604**	-,624*
	P Valor	0,001	0,001	0,001	0,001	0,005

* $p \leq 0.05$ - ** $p \leq 0.01$

*** correlación lineal esperada de 0,3 considerada por Mukaka como aceptable para este tipo de estudio

Rho: Coeficiente de correlación de Spearman

Fuente: Elaboración propia de los investigadores (2017)

7. DISCUSIÓN

El presente estudio tuvo como objetivo fundamental establecer la relación entre discapacidad y la calidad de vida relacionada con la salud en personas adultas con discapacidad; contó con una muestra de 125 personas adultas del municipio de Soledad, encontrándose un alto porcentaje en rango de edad entre 20 a 29 años, la mayoría de ellos de sexo masculino y estado civil soltero con grado de discapacidad leve.

Este hallazgo coincide con estudios a nivel internacional por Ortega et al, (66) en España y nacional con el de Gil y otros en Nariño(67) donde las personas con discapacidad del estudio en su mayoría fueron hombres, solteros y con grado de discapacidad leve. Lo anterior hizo inferir que la discapacidad puede estar estrechamente relacionada con el sexo y la edad; de esta manera es pertinente mencionar una investigación realizada en la ciudad de Barranquilla por Vélez Alvarez y Vidarte Claros, quienes encontraron que la discapacidad se presenta en hombres en edades jóvenes entre 30 - 39 años.(5).

De acuerdo a este estudio se obtuvo con relación al nivel de estudio que el 35,2% de los participantes realizaron una formación técnico-tecnológicos y solo un 11,2% llegó a la realización de estudios profesionales. Estos hallazgos difieren de una investigación antes mencionada, realizada por Gil y otros en Nariño(67) quienes indicaron mayor proporción en el grupo que alcanzó estudios universitarios o profesionales (22%).

Finalizados los estudios a nivel técnico, tecnológico o profesional, se prevé que el paso siguiente es la inclusión laboral, en este sentido en cuanto a la ocupación se encontró que la muestra de la ciudad de Soledad están desempleados por otros motivos y otros tienen trabajos independientes evidenciándose inestabilidad laboral. Estos resultados coinciden con el reportado por Pereira de Paiva y otros en Brasil(69), que encontraron ingresos bajos en la población con discapacidad. Dichos resultados son semejantes a los de una investigación de España (72), la cual afirma que más del 67% de las personas con discapacidad en edad de trabajar no tienen empleo y se encuentran con más barreras en el acceso al mundo laboral. Estos porcentajes demostraron relación a estudios nacionales de Córdoba, Henao y Verdugo encontraron condiciones de inclusión laboral semejantes a las aquí evidenciadas, de una muestra de 602 personas que participaron en el estudio, se obtiene el siguiente resultado en cuanto a la Situación ocupacional: Empleado 30 (5%), Trabajador Independiente 28 (5%), Pensionado 6(1%) y Desempleado 538 (89%) (73).

Un estudio de Pupiales-Rueda BE, Córdoba-Andrade L que considera que para una persona con discapacidad es mucho más difícil encontrar un trabajo o desempeñarse en cualquier cargo sin ningún tipo de titulación o formación,

por lo cual es calificado aún como barrera, puesto que muchos y a pesar de tener una titulación no tienen una paga digna(70)

Estos resultados muestran que las personas con discapacidad no cuentan con un empleo formal que les brinde estabilidad laboral, pese a que la normativa existente -ley 361 de 1997- que brinda a las empresas beneficios si incluyen en su nómina a personas con discapacidad, lo que fortalecería el establecimiento de mecanismos de integración social de las personas con limitaciones y redundaría en la mejora de su calidad de vida. Esta problemática lleva a inferir que los limitantes en el sector productivo para estas personas no solo es nacional sino también a nivel internacional evidenciándose en un estudio realizado en Japón que muestra desigualdades sociales tienen una grave influencia en el aumento de factores y la percepción de su calidad de vida (38).

Así mismo en otro estudio de España sobre la inclusión laboral de las personas con Discapacidad estimó que el 15% del 70% de las personas entrevistadas confiesa sentir temor frente a las competencias laborales, el 25% teme a una discriminación por parte de sus compañeros de trabajo, el 20% comenta que se siente que su capacidad social y laboral está por debajo de otros trabajadores, y el 30% restante sostuvo que no alcanzaron estudios secundarios por discriminación especialmente para aquellos con discapacidad física.(70).

Con relación al diagnóstico médico; mostró prevalencia la discapacidad leve en personas con enfermedades del oído y la apófisis mastoides seguida de las enfermedades del sistema osteomuscular y del tejido conjuntivo. Esta situación se asemeja con un estudio de Flores, Jiménez, realizado en Honduras(68) indicó que mujeres presentaron afectación sensoriales y dolor, hombres en la voz y habla, mental, genitourinaria y reproductora, sin embargo, aunque se muestre mayor afectación en mujeres, los hombres por su parte presentaron mayor discapacidad moderada. Resultados de otra investigación también mostró la presencia de lesiones osteomusculares con significancia en mujeres y hombre por edades entre 41 a 50 años, teniendo las mujeres mayor frecuencia de casos que los hombres(69).

En cuanto al grado de discapacidad obtenido en la presente investigación se obtuvo que un 60 % de la población participante evidenciaron discapacidad leve, lo cual se comparara con una investigación realizada en la ciudad de Cartagena en la que se halló el 59,5 % de la muestra presentaron discapacidad leve.(83)

Con relación a datos arrojados por el registro para la localización y caracterización de la población con discapacidad, muestra que 1647 personas con discapacidad son mayores de 20 años de los cuales menos de la mitad se encuentran afiliados al régimen oficial de salud (74). Sin embargo en este estudio se halló que de la muestra el 49,6% pertenecían al régimen subsidiado y el 44,8% al régimen contributivo. Un estudio de discapacidad y determinantes sociales de la

salud reportó que para Barranquilla hay una asociación estadísticamente significativa entre salario mensual y tipo de afiliación. Mostró, además, que las personas con discapacidad se les restringe el acceso a servicios esenciales como salud, educación, mercado laboral limitando la participación en la interacción social (5). Lo cual puede indicar que el grado de discapacidad está relacionado con el servicio de salud que recibe la persona.

La variable de Discapacidad en relación al área con menor promedio de puntuación fue “Actividades de la vida diaria”, hallazgos de la presente investigación se evidencio la dificultad experimentada en diferentes dominios movilidad, ambiente, laboral, debido a barreras sociales y clínicas miradas desde diferentes perspectivas. Estos hallazgos se comparan con otras investigaciones nacionales de Gil y otros que evidenciaron mayor repercusión sobre las actividades de la vida diaria, movilidad y discapacidad global (67).

La correlación que existió entre el uso de medicamentos utilizados y el grado de discapacidad global, evidenciaron que el 60% de las personas con grado de discapacidad leve usan ninguna clase de medicamentos, mientras que el 12 % correspondiente en igual proporción a los grados de discapacidad leve y severa usan analgésicos. Lo anterior se relaciona con el estudio nacional de Nariño Gil y otros manifiestan que las variables clínicas de diagnóstico médico, entre otras y tipo de medicamentos presentaron asociación significativa en el área de movilidad, autocuidado(67).

En las Variables clínicas con discapacidad por área global WHODAS “Rangos de tiempo de limitación permanente”, “Uso de medicamentos” Ayudas externas utilizadas”, y “diagnóstico médico” se evidenciaron fuerte relación con los dominios de CVRS; en la muestra de la población de la ciudad de Soledad, estos resultados se comparan con los de Quesada y Tamayo en Neiva en los que se obtuvo hallazgos similares a los de este estudio(85). Difieren de los obtenidos en una investigación de Fernández; Brasil, el único dominio donde WHOQOL-BREF esta correlacionado con el WHODAS es el dominio físico(75).

Por otra parte la relación obtenida entre grado de discapacidad global con la calidad de vida relacionada con la salud ha generado un impacto económico para las personas de este estudio ; situación que se puede contrastar con la problemática social expuesto en el plan de desarrollo social (2016-2019) de Soledad, siendo ésta receptora hoy en día de personas víctimas del conflicto armado, lo que ha conllevado a una súper población que origina recursos insuficientes para atender y proporcionar condiciones favorables en la convivencia de personas con discapacidad(76). De esta manera es importante relacionar lo ocurrido en la ciudad de Soledad con el informe de la OMS, quien afirma que en los países de ingresos altos entre el 20 y el 40% de las personas con discapacidad no tienen cubierta sus necesidades de asistencia para las actividades cotidiana, en muchos países de ingresos bajos y medianos, los

gobiernos nacionales no proporcionan servicios adecuados y no son financieramente asequibles para la mayoría de las familias(3).

Se notó además significancia estadística en la relación entre la puntuación global en discapacidad y todos los dominios de CVRS, encontrando mayor significancia estadística en los dominios físico y dominio ambiental, en un estudio cuyo objetivo fue investigar los factores de influencia en la calidad de vida de pacientes después de un accidente cerebrovascular, indicó en los resultados que los dominios físico y ambiental, tuvieron mejores resultados estadísticamente y se asociaron a un nivel educativo más alto(77).

Resultados de este estudio indicaron que la puntuación más alta estuvo en el dominio de relaciones interpersonales, la más baja el dominio ambiente, hallazgos que se comparan con una investigación de determinantes de salud y Calidad de vida en adultos de la ciudad de Manizales, 2017 donde se encontró que los dominios con mayor puntaje fueron salud físico y salud psicológica, mientras tanto los dominios sociales y ambientales se comportaron con menor promedio(39).

El dominio de movilidad está muy ligado con el dominio físico, así como también las actividades de la vida diaria (trabajo remunerado) y participación en la sociedad con el dominio ambiental. Lo anterior se relaciona con lo indicado por Tate y Forchheimer en su estudio realizado en EE. UU y Brasil (2014) con personas con Lesión Medular. Los cuales encontraron alta relación entre la discapacidad y la calidad de vida en especial a los de Estados Unidos(78). Aduen et al, en una investigación realiza a pacientes con trastornos mentales concluye que estos tienen comprometida su calidad de vida, desfavoreciendo la capacidad de adaptación, que conlleva al tener una restricción en la participación debido a que no puede interactuar socialmente debido a su condición y a los medicamentos suministrados.(82)

Situación que no es consecuente con el artículo 29 de la convención sobre los derechos de las personas con discapacidad, asegura que esta población puede participar plena y efectivamente en la vida política y pública en igual de condiciones(79).

Relacionando las variables clínicas con discapacidad se encontró que el tiempo de evolución de la limitación, el diagnóstico médico, el uso de medicamentos y tipo de medicamentos y el uso de ayudas externas, presentaron relación estadísticamente significativo, se observó que hubo relación inversa entre las áreas y global de discapacidad con el tiempo de evolución, lo cual demostró que a mayor tiempo de evolución menor es el grado de discapacidad; resultados que se comparan con los de Henao y Pérez, con adultos con lesión medular, en el que el tiempo de evolución tuvo relación con las áreas de discapacidad (17).

Los hallazgos obtenidos en el presente estudio indicaron que a mayor nivel de discapacidad menor percepción de calidad de vida, se observó la asociación entre las áreas de movilidad, actividades de la vida diaria y participación con todos los dominios de calidad de vida.

Analizados los resultados es importante tener en cuenta el impacto emocional que generan en las personas con discapacidad y su familia, las pocas oportunidades educativas, sociales y laborales a las que se ven enfrentados. Situación que puede ser comparada con una Investigación realizada por Rodríguez, Verdugo y otros(80) reflejo en los resultados que las dimensiones en la interacción familiar, la Salud y Seguridad, y el Papel de padres, influyen positivamente sobre la calidad de vida de las familias y la persona con Discapacidad. Esto tiene directa relación a la no generación y/o ejecución de proyectos de políticas públicas basadas en la ley 1618 de 2013 que garantiza la equidad, igualdad de toda persona que presente alguna discapacidad (81).

La calidad de vida como concepto fundamental en esta investigación llevo a pensar que es trascendental generar cambios significativos en el núcleo familiar y la comunidad, a fin de priorizar la mejora de las condiciones personales y que la inclusión se vivencie como una verdadera oportunidad de crecer con miras a un futuro.

8. CONCLUSIONES

1. Este estudio realizado en la ciudad de Soledad con 125 personas con discapacidad, se evidenció que los participantes se caracterizaron por ser la mayoría hombres jóvenes, solteros y de un estrato socioeconómico bajo, afiliados al régimen subsidiado y la cuarta parte de ellos reportaron ser trabajadores Independientes.
2. Las enfermedades del oído y de la apófisis mastoides, seguidas de las enfermedades del sistema osteomuscular y del tejido conjuntivo fueron las condiciones de salud a las cuales se les atribuye en la mayoría de los casos la limitación permanente y más de la mitad de la muestra lleva diez años o más con la discapacidad.
3. La discapacidad leve se evidenció en más de la mitad de la muestra, el área de participación presentó mayor promedio de puntuación (mayor discapacidad), mientras que las áreas de cuidado personal y actividades de la vida diaria reflejaron bajos promedios de puntuación. Estos hallazgos indican que el contexto y las dinámicas sociales y actitudinales que rodean a la persona pueden ser determinantes en la calificación de la discapacidad.
4. La calidad de vida general fue evaluada con una calificación de 74,38 en una escala de 0 a 100, siendo mayor el puntaje obtenido por el dominio de relaciones interpersonales y el menor por el dominio ambiente. Lo anterior puede sugerir que áreas como la seguridad en la vida diaria, el ambiente físico (polución/ ruido/ tráfico/ clima), los recursos económicos disponibles, las oportunidades para adquirir información y habilidades nuevas, la participación actividades de descanso, recreo y ocio así como el ambiente interno del hogar ameritan atención especial en la población con discapacidad para tener en cuenta como indicadores de percepción de calidad de vida.
5. La edad, la ocupación y el estado civil son las variables sociodemográficas que evidenciaron asociaciones estadísticamente significativas con movilidad y global de discapacidad. El diagnóstico médico, el uso de medicamentos y de ayudas externas fueron las variables clínicas que presentaron asociaciones significativas con todas las áreas y global de discapacidad excepto con relaciones y participación. La relación inversa encontrada entre tiempo de limitación con áreas y global permite afirmar que a mayor tiempo de evolución menor es la percepción del grado de discapacidad. La condición de salud es un factor determinante en la percepción de la discapacidad.
6. La calidad de vida general y sus dominios evidenciaron relación con el rango de edad, el estado civil, diagnóstico médico y uso de medicamentos. Destacamos la fuerza de la asociación entre el dominio físico

con el diagnóstico y uso de medicamentos, este hallazgo puede sugerir la importancia de los medicamentos para el manejo del dolor, malestar, fatiga, movilidad, insomnio y como ello repercute en una mejor percepción de calidad de vida.

7. Las variables estrella de este estudio: Global de Discapacidad y Calidad de Vida general evidenciaron asociación estadísticamente significativa y de carácter inverso. este hallazgo puede interpretarse como una mejor percepción de calidad de vida se asocia con menor puntuación de discapacidad y viceversa.



9. RECOMENDACIONES

El estudio en la ciudad de Soledad destaca la importancia de la intervención en discapacidad desde las dimensiones corporal, personal y social que impactan de manera directa la percepción de la persona sobre su condición de salud, la atención en salud y la capacidad para participar en los diferentes contextos.

En la población participante del estudio en el municipio de Soledad la variable sociodemográfica determinante en discapacidad y calidad de vida es la situación ocupacional, se recomienda desde la academia continuar promoviendo de manera articulada con las empresas de esta ciudad la inclusión educativa y sociolaboral que permita satisfacer una necesidad de las personas con discapacidad referida a autonomía y autogestión de su vida y sus familias. Lo anterior corroborado en los mayores promedios de puntuación encontrados en el área de participación medida con el WHODAS 2.0.

Resulta importante enfatizar en las intervenciones sobre el ambiente en el municipio de Soledad, la población con discapacidad participante del estudio percibe que deberán mejorar condiciones como la seguridad, las condiciones físicas, ambiente del hogar, recursos económicos, para que mejoren las oportunidades para participar en actividades como la educación, el descanso, el recreo y el ocio de este grupo poblacional.

Se recomienda el fortalecimiento de los procesos de rehabilitación, es evidente que el trabajo integrado y permanente sobre aspectos como las condiciones de salud de origen sensorial y osteomuscular, la provisión de medicamentos y ayudas externas son determinantes en la percepción de discapacidad y de calidad de vida.

Es fundamental apropiar socialmente los resultados de esta investigación con la población con discapacidad del Municipio de Soledad, con los entes gubernamentales, la empresa y la academia que de forma interinstitucional se construyan estrategias inclusivas para mejorar la calidad de vida.

Se recomienda hacer vigilancia y control de las políticas públicas existentes en el departamento, debido a que los resultados obtenidos en la presente investigación se notó falencias en el cumplimiento óptimo de la normativa vigente a favor de esta población; de esta manera tener en cuenta los hallazgos en cuanto a la movilidad, actividades y participación; con el propósito de propiciar una mejor calidad de vida, garantizar el pleno goce de los derechos y deberes que tienen estas personas como ciudadanos y los cuales pueden ser miembros activos de la sociedad si se les propicia un ambiente en igualdad de condiciones.

10. EJECUCIÓN PRESUPUESTO

RUBROS	VALOR
Personal	\$ 4.600.000
Salidas de Campo	\$ 2.400.000
Materiales	\$ 1.200.000
Bibliografía	\$ 700.000
TOTAL	\$ 8.900.000

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1. Organización Mundial de la Salud, Organización Panamericana de la Salud. Clasificación Internacional del Funcionamiento, de la Discapacidad y de la Salud. Madrid: Ministerio de trabajo y asuntos sociales; Secretaria general de asuntos sociales; Instituto de migraciones y servicios sociales; 2001.
2. Organización Mundial de la Salud. Discapacidad. Bogotá: OMS; 2005.
3. Organización Mundial de la Salud. Informe mundial de discapacidad. Malta: Banco Mundial; 2011. http://www.who.int/disabilities/world_report/2011/es/.
4. Departamento Administrativo Nacional de Estadística. Censo General 2005. Boletín Discapacidad-Colombia: Actualización. Bogotá: DANE; 2005.
5. Velez C, Vidarte JA. Discapacidad y Determinantes Sociales de la Salud Estructurales e Intermedios: Diferencias por Género. *Cienc. innov. salud.* 2014; 2 (2):63 – 69.
6. Fundación Saldarriaga Concha. Informe Discapacidad Fundación Saldarriaga Concha. Día mundial de las Personas con discapacidad. Bogotá: Fundación Saldarriaga Concha; 2012 [cited 2014 Abril 10]; Available from: <http://www.pactodeproductividad.com/pdf/informediscapacidadfsc.pdf>.
7. Ministerio de Salud y Protección Social. Registro de Localización y Caracterización de Personas con Discapacidad- RLCPD. Bogotá: Min Salud; 2013 [cited 2015 Julio 5]; Available from: [http://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/PS/Cifras%20Registro%20de%20discapacidad%20\(Dic%202013\).pdf](http://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/PS/Cifras%20Registro%20de%20discapacidad%20(Dic%202013).pdf).
8. World Health Organization. Classification, Assessment, and Terminology Team (CAT) - Department for Measurement and Health Information Systems. WHODAS II. Disability Assessment Schedule. Training manual: a guide to administration. Geneva (Switzerland): OMS; 2004. 1-65 p.
9. Vásquez Barquero J, Herrera Castanedo S, Vázquez Bourgón E, Gaité Pintado L. Cuestionario para la evaluación de discapacidad de la Organización Mundial de la Salud (Versión española del World Health Organization Disability Assessment Schedule II) WHO-DAS II. Madrid: Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales. Subdirección General de Información Administrativa y Publicaciones; 2006.
10. Üstün TB, Kostanjsek N, Chatterji S, Rehm J. Measuring Health and Disability Manual for WHO Disability Assessment Schedule WHO-DAS 2.0. Geneva: World Health Organization; 2010.
11. Kutlay S, Küçükdeveci A, Elhan A, Oztuna D, Koç N, Tennant A. Validation of the World Health Organization disability assessment schedule II (WHODAS-II) in patients with osteoarthritis. *Rheumatol Int.* 2011;31(3):339-46.

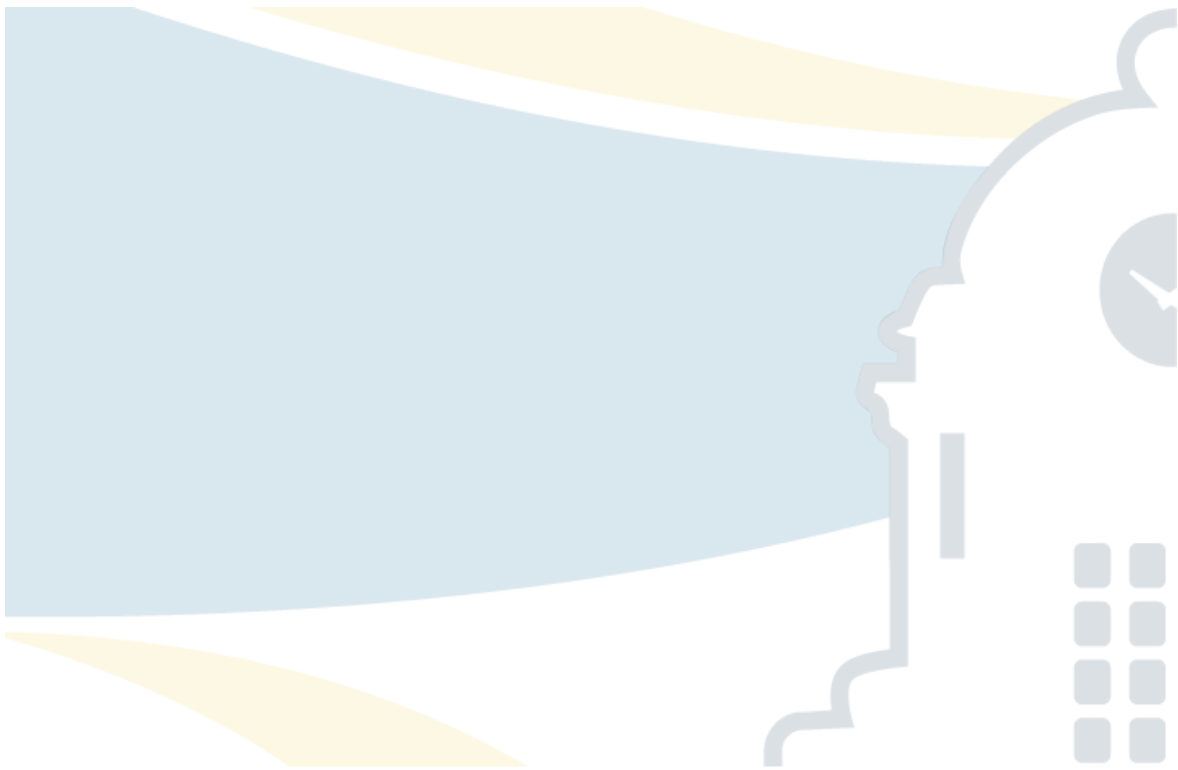
12. Garin O, AyusoMateos J, Almansa J, Nieto M, Chatterji S, Vilagut G, et al. Validation of the "World Health Organization Disability Assessment Schedule, WHODAS-2" in patients with chronic diseases. *Health Qual Life Outcomes*. 2010;8(51).
13. McKibbin C, Patterson T-L, Jeste D-V. Assessing disability in older patients with schizophrenia: results from the WHODAS-II. *Nerv Ment Dis*. 2004;192(6):405-13.
14. Chopra P, Herrman H, Kennedy G. Comparison of disability and quality of life measures in patients with long-term psychotic disorders and patients with multiple sclerosis: an application of the WHO Disability Assessment Schedule II and WHO Quality of Life-BREF. *Int J Rehabil Res*. 2008;31(2):141-9.
15. Schlote A, Richter M, Wunderlich M-T, Poppendick U, Möller C, Schwelm K, et al. WHODAS II with people after stroke and their relatives. *Disabil Rehabil*. 2008;16:1-10.
16. Van-Tubergen A, Landewe R, Heuft-Dorenbosch L, Spoorenberg A, van-der-Heijde D, van-der-Tempel H, et al. Assessment of disability with the World Health Organization Disability Assessment Schedule II in patients with ankylosing spondylitis. *Ann Rheum Dis*. 2003;62(2):140-5.
17. Henao Lema CP, Pérez Parra JE. Modelo predictivo del grado de discapacidad en adultos con lesión medular de Manizales (Colombia): Resultados desde WHO DAS II Manizales: Universidad Autónoma de Manizales; 2010.
18. Rios L. Grado de discapacidad en población adulta con insuficiencia renal crónica- IRC en hemodiálisis. Medellín: Universidad Autónoma de Manizales; 2010.
19. Londoño J, Rivera D, Valencia F. Modelo predictivo del grado de discapacidad en adultos con lesión medular de Medellín (Colombia): resultados desde el WHO DAS II [Maestría]. Medellín: Universidad Autónoma de Manizales; 2012.
20. Imbachí L, Roldán E, Silva A. Modelo predictivo de discapacidad en adultos con lesión medular de San Juan de Pasto (Colombia): resultados desde WHO-DAS II [Maestría]. San Juan de Pasto: Universidad Autónoma de Manizales; 2012.
21. Organización Mundial de la Salud, Servicio Nacional de Rehabilitación. Medición de la salud y la discapacidad. Manual para el cuestionario de evaluación de la discapacidad de la OMS. WHODAS 2.0. Geneva: OMS; 2015.
22. Salinas Contreras RM, Hiriart Urdanivia M, Acosta Castillo I, Sosa Ortiz AL. Diabetes mellitus y su asociación con demencia y deterioro cognitivo leve en adultos mayores mexicanos de población urbana y rural. *Arch Neurocién (Mex)*. 2013;18(Supl-I):1-7.
23. Alonso J, Ebbolo P, Vilagut G, Ferrer M. El Cuestionario de Salud SF-36 español: una década de experiencia y nuevos desarrollos. *Gac Sanit*. 2005:135-50.

24. Sánchez L, Ferrero A, Aguilar J, Climent J, Conejero J. Manual SERMEF de rehabilitación y medicina física. España: Sociedad española de rehabilitación y medicina física. Madrid: Panamericana; 2006.
25. Carrasco R L. Versión española del WHOQOL. Majadahonda (Madrid): Ergón, D.L.; 1998.
26. Congost N. El lenguaje de las ciencias de la salud. Los cuestionarios de salud y calidad de vida y su traducción del inglés al español: Universidad de Alicante (España); 2010.
27. Cardona Arias J. Calidad de vida relacionada con la salud en personas con VIH/SIDA: Comparación del MOSSF-36, WHOQOL-BREF y WHOQOL-HIV-BREF, Medellín Colombia, 2009. *Colomb Med.* 2011;42:438-47.
28. Salas Zapata C, Grisales Romero H. Calidad de vida y factores asociados en mujeres con cáncer de mama en Antioquia, Colombia. *Rev Panam Salud Pública.* 2010;28(1):9-18.
29. República de Colombia. Ministerio de Salud y Protección Social. Plan Decenal de Salud Pública 2012- 2021.
30. Ministerio de salud, República de Colombia. Resolución N° 008430. Santafé de Bogotá: 1993 4 de octubre.
31. Asociación Médica Mundial. Declaración de Helsinki. Pautas Éticas Internacionales para la Investigación y Experimentación Biomédica en Seres Humanos. Ginebra: Consejo de Organizaciones Internacionales de las Ciencias Médicas (CIOMS); 1993. p. 53-6.
32. Üstün T, Chatterji S, Kostanjsek N, Rehm J, Kennedy C, EppingJordan J, et al. Developing the World Health Organization Disability Assessment Schedule 2.0. *Bulletin of the World Health Organization.* 2010;88:815–23.
33. World Health Organization. WHOQOL-User Manual. Geneva: Programme on Mental Health: WHO; 1998.
34. Vanegas J, Gil L. La discapacidad, una mirada desde la teoría de sistemas y el modelo biopsicosocial. *Hacia la Promoción de la Salud.* 2007;12:51-61.
35. Humprey J. Researching disability politics. Or, some problems with the social model in practice. *Disability & Society.* 2000;15:63-85.
36. Hahn H. The Political implications of disability definitions and data. *Journal of Disability Policy Studies.* 1993;4(2):41-52.
37. Barnes C. Las teorías de la discapacidad y los orígenes de la opresión de las personas discapacitadas en la sociedad occidental. . In: Barton L, editor. *Discapacidad y sociedad.* Morata/Fundación Paideia: Madrid; 1998. p. 59-76.
38. Kondo N. Socioeconomic disparities and health: impacts and pathways. *J. Epidemiol/Japan Epidemiological Ass.* 2012;22(1):2-6. Access: 2015 Dec 12. Disponible en: <http://www.ncbi.nih.gov/pubmed/22156290>.
39. García Ramírez, J A, Vélez Álvarez, C. Determinantes sociales de la salud y la calidad de vida en población adulta de Manizales, Colombia. *Revista Cubana de Salud Pública [en línea]* 2017, 43 (Abril-Junio).

40. WHOQOL.GROUP. The World Health Organization Quality of life assessment (WHOQOL). Position Paper from the World Health Organization. *Soc Sci Med.* 1995;41(10):1403-9.
41. Batlle Gualda E, citado por B Carmona. Mediciones II: Cómo medir la calidad de vida? Cuestionarios y escalas de salud. *Manual de epidemiología para reumatólogos: Majadahonda: Ergón; 2000. p. 41-69.*
42. Schalock RL, Brownl, Brown R, Cummins RA, Felce D, Matikka L. Conceptualization, measurement, and application of quality of life for persons with intellectual disabilities: report of an international panel of experts. *Ment Retard.* 2002;40:457-70.
43. Díaz Llañez G. El bienestar subjetivo. Actualidad y perspectivas. *Revista Cubana de Medicina General Integral.* 2001;17(6):572-79.
44. Brown R. Quality of Life issues in aging and intellectual disability. *Australia and New Zealand Journal of Developmental Disabilities.* 1993;18:219-27.
45. Haas B. A Multidisciplinary Concept Analysis of Quality of Life. *Western Journal of Nursing Research.* 1999;21:728-42.
46. Sobrino J. *Desarrollo Urbano y Calidad de Vida.* Toluca: El Colegio Mexiquense; 1998.
47. Felce D, Perry J. Quality of life: Its definition and measurement. *Research in Development Disabilities.* 1995;16:51-4.
48. Schalock R, editor. *Hacia una nueva concepción de la discapacidad.* Actas de las III Jornadas Científicas de Investigación sobre Personas con Discapacidad; 1999; Amaru: s.p.
49. Schalock R. The concept of quality of life: what we know and do not know. *Intellect Disabil Res.* 2004;48:203-16.
50. Herdman M, Baró E. *La medición de la calidad de vida: fundamentos teóricos.* X Badía; D Podzamczer *Calidad de vida asociada a la salud e infección por el VIH.* 1 ed. Madrid: Jarpyo Editores; 2000. p. 19-33.
51. Erickson P, Patrick D. *Health Policy, Quality of Life: Health Care Evaluation and Resource Allocation.* New York: Oxford University Press; 1993.
52. Garratt A, Schmidt L, Mackintosh A, R Fitzpatrick. O-IDE. Quality of life measurement: bibliographic study of patient assessed health outcome measures. [En línea] Oxford: Department of Public Health, Institute of Health Sciences, University of Oxford; 2002 [cited 2016 Noviembre]; Available from: <http://bmj.com>.
53. Pane S. *Instrumentos de calidad de vida relacionada con la salud en la edad pediátrica. Revisión sistémica de la literatura: actualización: Barcelona; 2006.*
54. Mirón Canelo J, Sardón MA, López De Las Hazas A, Sáenz González M. *Calidad de vida relacionada con la salud en personas con discapacidad intelectual en España.* *Rev Panam Salud Publica [online].* 2008;24(5):336-44.
55. Guyatt G, Feeny D, Patrick D. Measuring health-related quality of life. *Ann Intern Med.* 1993;118(8):622-9.

56. World Health Organization Quality of Life Instruments (WHOQOL-BREF). http://depts.washington.edu/seaqol/docs/WHOQOL_Info.pdf
57. Zyoud SH, Al-Jabi SW, Sweileh WM, Wildali AH, Saleem HM, Aysa HA, Badwan MA, Awang R, Morisky DE. Health-related quality of life associated with treatment adherence in patients with hypertension: a cross-sectional study. *Int J Cardiol.* 2013 Oct 3;168(3):2981-3.
58. Carrasco L. The WHO quality of life (WHOQOL) questionnaire: Spanish development and validation studies. *Qual Life Res.* 2012;21:161-5.
59. Acosta C, Vales J, Echeverría S, Serrano D, García R. Flores. Confiabilidad y validez del Cuestionario de Calidad de Vida (WHOQOL-OLD) en adultos mayores mexicanos. *Psicología y Salud* 2013;23(2):241-50.
60. Espinoza I, Osorio P, Torrejón MJ, Lucas-Carrasco R, Bunout D. Validación del cuestionario de calidad de vida (WHOQOL-BREF) en adultos mayores chilenos. *Rev Med Chile* 2011;139:579-86.
61. Urzúa A, Caqueo-Urizar A. Estructura Factorial y valores de referencia del WHOQOL-BREF en población adulta chilena. *Rev Med Chile* 2013;141:1547-54.
62. Cardona-Arias J, Higuera-Gutiérrez LF. Aplicaciones de un instrumento diseñado por la OMS para la evaluación de la calidad de vida. *Rev Cubana Salud Pública* 2014;40(2):en prensa.
63. Departamento administrativo Nacional de Estadística. Demografía y población: Proyecciones de población. Visor: Proyecciones de población total por sexo y grupos de edad de 0 a 80 y más años (2005 – 2020). Bogotá: DANE; 2015 [cited 2015 Julio 05]; Disponible en: <http://www.dane.gov.co/index.php/poblacion-y-demografia/proyecciones-de-poblacion>.
64. Mukaka MM. A guide to appropriate use of Correlation coefficient in medical research. *Malawi Medical Journal.* 2012;24(3):69-71.
65. Landis, JR. y Koch, GG. The measurement of observer agreement for categorical data. *Biometrics.* 1977;33:159-74.
66. Ortega M.A., Herce M.B. y Cols. Impacto del medio rural o urbano sobre la discapacidad residual tras un ictus. *Enfermería Clínica.* 2013;23(5):182-188. Disponible en: <http://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S1130862113001307>.
67. Gil Obando L.M., López López A., Ávila Rendón C.L., Criollo Castro C.H., Canchala Obando A.M., Serrato Mendoza M.P. Discapacidad y su relación con variables sociodemográficas y clínicas en adultos de San Juan de Pasto. Nariño, Colombia. *Rev univ. salud.* 2016;18(3):505-513. doi:<http://dx.doi.org/10.22267/rus.161803.55>.
68. Flores S., Jiménez Dilworth A.J, Castellanos Dubón W., Alger J., Zúñiga L., Gonzales M. Prevalencia de discapacidad y sus características en población de 18 a 65 años de edad. Honduras, Centroamérica (2013-2014).

69. Pereira de Paiva M.H., Sousa Pegorari M., Santos Nascimento J. Factors associated with quality of life among the elderly in the community of the southern triangle macro-region, Minas Gerais (2016).
70. Pupiales-Rueda BE, Córdoba-Andrade L. La Inclusión laboral de personas con discapacidad: Un estudio etnográfico en cinco Comunidades Autónomas de España. Arch Med (Manizales) 2016; 16(2):279-89.
71. Programa de atención de desplazados y grupos vulnerables. Plan local de empleo Soledad (Atlántico) "Soledad nos necesita a todos". (2012).
72. Villa Fernández, Nuria (2015). Situación laboral de las personas con Discapacidad en España. URI/Handle del recurso: <http://repositoriocdpd.net:8080/handle/123456789/849>. Fecha de incorporación: 2015-03-03
73. Córdoba L, Henao CP, Verdugo MA. Calidad de vida de adultos colombianos con discapacidad intelectual. Hacia promoc. salud. 2016; 21(1): 91-105. DOI: 10.17151/hpsal.2016.21.1.8.
74. Registro para la localización y Caracterización de la persona con Discapacidad; Ministerio Salud y Protección Social. 2017. Disponible en: <https://www.minsalud.gov.co/proteccionsocial/promocion-social/Discapacidad/Paginas/registro-localizacion.aspx>.
75. Fernandez M.R. Correlation between functional disability and quality of life in patients with adhesive capsulitis. Acta Ortop Bras. 2015 Mar-Apr;23(2):81-4. doi: 10.1590/1413-78522015230200791.
76. Plan de Desarrollo Soledad. Confiable 2016-2019. Alcaldía de Soledad. Disponible en: <https://www.scribd.com/doc/314417795/Plan-de-Desarrollo-de-Soledad-Confiable-2016-2019>. Consultado el 18 de noviembre de 2016.
77. Bo-Ok Jeong, Hee-Ju Kang, Kyung-Yeol Bae, Sung-Wan Kim, Jae-Min Kim, Il-Seon Shin, Joon-Tae Kim, Man-Seok Park, Ki-Hyun Cho Y Jin-Sang Yoon. Determinants of Quality of Life in the Acute Stage Following Stroke. Psychiatry Investig. 2012 Jun; 9(2): 127–133. doi: 10.4306/pi.2012.9.2.127.
78. Tate D., PhD, and Forchheimer M., MPP1 Department of Physical Medicine and Rehabilitation, University of Michigan, Ann Arbor. Review of Cross-Cultural Issues Related to Quality of Life After Spinal Cord Injury. 2014.
79. Convención Sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad. (2006). Departamento de Asuntos Económicos y Sociales de las Naciones Unidas (DAES). Disponible en: <http://www.un.org/esa/socdev/enable/documents/tccconvs.pdf>.
80. Rodríguez Aguilera, A; Verdugo Alonso, M A; Sánchez Gómez, M^a C. Calidad de vida familiar y apoyos para los progenitores de personas con discapacidad intelectual en proceso de envejecimiento.
81. Congreso de Colombia. Ley Estatutaria 1618 de 2013. Disposición Para Garantizar el Pleno Ejercicio de los Derechos de las Personas con Discapacidad.



ANEXOS

ANEXO 1. FORMATO DE CONSENTIMIENTO INFORMADO

**UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE MANIZALES
MAESTRÍA EN DISCAPACIDAD
GRUPO DE INVESTIGACIÓN CUERPO MOVIMIENTO**

INVESTIGACIÓN:

Título: Discapacidad y calidad de vida relacionada con la salud en personas adultas con discapacidad en Soledad Atlántico, Colombia 2015-2017.

Ciudad y fecha: _____

Yo, _____ una vez informado sobre los propósitos, objetivos, procedimientos de intervención y evaluación que se llevarán a cabo en esta investigación y los posibles riesgos que se puedan generar de ella, autorizo a _____, estudiante de la maestría en Discapacidad de la Universidad Autónoma de Manizales en convenio con la Universidad Simón Bolívar de Barranquilla, para la realización de los siguientes procedimientos:

- 1) Entrevista sobre aspectos sociodemográficos y clínicos.
- 2) Entrevista para evaluación de la discapacidad: aplicando el cuestionario WHO DAS 2.0 (Programa de Evaluación de Discapacidad de la Organización Mundial de la Salud), que incluye 36 preguntas sobre comprensión y comunicación, movilidad, cuidado personal, relaciones interpersonales, actividades cotidianas y participación social.
- 3) Entrevista para evaluación de la calidad de vida relacionada con la salud: aplicando el cuestionario WHOQOL-BREF (Organización Mundial de la Salud y Calidad de vida – versión corta), que incluye 26 preguntas sobre calidad de vida global, salud general, salud física, salud psicológica, relaciones interpersonales y ambiente o entorno en el que me desenvuelvo.

Adicionalmente se me informó que:

- Mi participación en esta investigación es completamente libre y voluntaria, estoy en libertad de retirarme de ella en cualquier momento.
- No recibiré beneficio personal de ninguna clase por la participación en este proyecto de investigación.
- Los resultados obtenidos de la investigación permitirán mejorar los procesos de evaluación de la discapacidad y la calidad de vida relacionada con la salud de las personas con discapacidad.
- Toda la información obtenida y los resultados de la investigación serán tratados confidencialmente. Esta información será archivada en papel y medio electrónico. El archivo del estudio se guardará en la Universidad Autónoma de Manizales bajo la responsabilidad de los investigadores.
- Puesto que toda la información en este proyecto de investigación es llevada al anonimato, los resultados personales no pueden estar disponibles para terceras personas como empleadores, organizaciones gubernamentales, compañías de seguros u otras instituciones educativas. Esto también se aplica a mi cónyuge, a otros miembros de mi familia y a mis médicos.

Hago constar que el presente documento ha sido leído y entendido por mí en su integridad de manera libre y espontánea.

Firma
Documento de identidad _____ No. _____ de _____
Huella Índice derecho:

HUELLA

Proyecto aprobado por el comité de Bioética de la UAM, según consta en el acta 052 de octubre 14 de 2015.

UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE MANIZALES
FACULTAD DE SALUD - MAESTRÍA EN DISCAPACIDAD
RESUMEN EJECUTIVO

INVESTIGACIÓN: "Discapacidad y calidad de vida relacionada con la salud en personas adultas con discapacidad en Soledad, Atlántico, Colombia, 2015-2017."

Objetivo General

Relacionar la discapacidad y la calidad de vida relacionada con la salud en personas adultas con discapacidad en la ciudad de Soledad Atlántico Colombia.

Objetivos Específicos

- 1) Describir las características sociodemográficas y clínicas de personas adultas con discapacidad en la ciudad de Soledad.
- 2) Establecer la discapacidad por dominios, global y grado de personas adultas con discapacidad en la ciudad de Soledad haciendo uso del WHODAS 2.0.
- 3) Caracterizar la calidad de vida relacionada con la salud por dominios y general de los adultos con discapacidad en la ciudad de Soledad utilizando el WHOQOL BREF.
- 4) Establecer las relaciones entre características sociodemográficas, clínicas, discapacidad y calidad de vida relacionada con la salud de personas adultas con discapacidad en la ciudad de Soledad.

Justificación

El abordaje de la discapacidad desde el modelo biopsicosocial permite determinar las repercusiones de una condición de salud en las diferentes dimensiones de la persona (corporal, individual y social). La discapacidad tiene implicaciones a nivel personal y social en quien la experimenta, produce modificaciones en la calidad de vida, en el rol físico, laboral, social, familiar, entre otros. Esta situación debe entenderse de manera integral y articulada. Coherente con ello, las investigaciones en discapacidad deberán trascender lo clínico hacia aspectos relacionados con el funcionamiento humano y la calidad de vida relacionada con la salud, de forma tal que impacten la planeación e implementación de las políticas públicas, programas y proyectos vinculados a la discapacidad.

Procedimientos

- 1) Aceptación y firma del consentimiento informado.
- 2) Entrevista a cada persona participante en la cual se registrará información relacionada con:
 - a) Aspectos sociodemográficos y clínicos (5 minutos)
 - b) Aplicación del cuestionario de evaluación de discapacidad WHO DAS 2.0 (20 minutos)
 - c) Aplicación del cuestionario de evaluación de calidad de vida relacionada con la salud WHOQOL-BREF (15 minutos).

Riesgos esperados

Esta investigación se considera con riesgo mínimo dado que no se realiza intervención directa en variables biológicas o fisiológicas. Uno de los riesgos que podría correr durante la participación es la susceptibilidad ante algunas preguntas relacionadas con lo psicológico y emocional. Sin embargo, los evaluadores se encuentran entrenados para tener en cuenta los cuidados preventivos, y no atentar contra la integridad física y moral de los participantes.

Beneficios

Fortalecimiento de las prácticas formativas en instituciones de educación superior, actualización y fortalecimiento del plan de estudios de la maestría en el área de formación interdisciplinaria, mayor nivel de entrenamiento y calibración en aplicación de WHO DAS 2.0 y el WHOQOL-BREF, fortalecimiento de los programas de rehabilitación desde la evaluación y seguimiento de la discapacidad y la calidad de vida para la toma de decisiones informadas; referente para la formulación de planes programas y proyectos nacionales, departamentales y locales.

ANEXO 2. FORMATO DE REGISTRO DE DATOS SOCIODEMOGRAFICOS, CLINICOS

**UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE MANIZALES – GRUPO DE INVESTIGACIÓN CUERPO MOVIMIENTO
INSTRUMENTO PARA RECOLECCIÓN DE LA INFORMACIÓN
ASPECTOS SOCIODEMOGRÁFICOS/CLÍNICOS Y DISCAPACIDAD**

LOS ÍTEMS F1 A F4 DEBEN SER COMPLETADOS POR EL ENTREVISTADOR ANTES DE COMENZAR LA ENTREVISTA								
F1. N° identificación entrevistador:		F2. N° de identificación entrevistado:		F3. N° de encuesta:		F4. Fecha de entrevista: _____/_____/_____(Día/Mes/ Año)		
INFORMACIÓN SOCIODEMOGRÁFICA Y DE ÍNDOLE GENERAL								
NOMBRES _____ APELLIDOS _____			DIRECCIÓN _____ Barrio _____ Ciudad: Soledad Teléfonos de contacto _____					
A1. SEXO (0) <input type="checkbox"/> Femenino (1) <input type="checkbox"/> Masculino		A3. ¿Cuántos años en total estudió en la escuela, colegio o universidad? _____ MÁXIMO NIVEL DE ESTUDIOS ALCANZADO (Marque con una X una sola opción) (0) <input type="checkbox"/> Ninguno (1) <input type="checkbox"/> Primaria incompleta (2) <input type="checkbox"/> Primaria completa (3) <input type="checkbox"/> Secundaria incompleta (4) <input type="checkbox"/> Secundaria completa (5) <input type="checkbox"/> Técnico-Tecnológico (6) <input type="checkbox"/> Profesional (7) <input type="checkbox"/> Especialización (8) <input type="checkbox"/> Maestría (10) <input type="checkbox"/> Doctorado						
A2. EDAD (en años cumplidos) _____		A4. ESTADO CIVIL ACTUAL (Marque con una X la opción que mejor refleje el estado civil actual) (1) <input type="checkbox"/> Soltero/a (2) <input type="checkbox"/> Actualmente casado/a (3) <input type="checkbox"/> Separado/a (4) <input type="checkbox"/> Divorciado/a (5) <input type="checkbox"/> Viudo/a (6) <input type="checkbox"/> Vive en pareja						
A5. PRINCIPAL OCUPACIÓN ACTUAL (Marque con una X una sola opción. Si la persona tiene trabajo remunerado, trabaja por su propia cuenta, trabaja de forma no remunerada o es estudiante marque también la opción en el último encabezado de la página 2 ***. Si el entrevistado refiere dos opciones marque la que represente el trabajo actual o más representativo para él).								
Trabajo remunerado (Asalariado/a) <input type="checkbox"/> (1)	Trabaja por su propia cuenta (Independiente) <input type="checkbox"/> (2)	Trabajo no remunerado <input type="checkbox"/> (3)	Estudiante <input type="checkbox"/> (4)	Responsable de tareas domésticas <input type="checkbox"/> (5)	Jubilado/a <input type="checkbox"/> (6)	Desempleado/a por motivo de salud <input type="checkbox"/> (7)	Desempleado/a por otros motivos <input type="checkbox"/> (8)	Pensionado por discapacidad <input type="checkbox"/> (10)
(11) Otra (Especifique) _____								
B1. AFILIACIÓN ACTUAL A SALUD. EPS (Registre el nombre): _____ (Marque con una X una sola opción especificando el tipo de seguridad social) No afiliado <input type="checkbox"/> (0) Subsidiado <input type="checkbox"/> (1) Contributivo <input type="checkbox"/> (2) Regimen especial <input type="checkbox"/> (3) Otro <input type="checkbox"/> (9)								
B2. INGRESOS FAMILIARES. Menos de 1 SMMLV <input type="checkbox"/> (1) Entre 1 y 2 SMMLV <input type="checkbox"/> (2) Entre 2 y 4 SMMLV <input type="checkbox"/> (3) Más de 4 SMMLV <input type="checkbox"/> (4)								
B3. ESTRATO SOCIOECONÓMICO. Estrato 1 <input type="checkbox"/> (1) Estrato 2 <input type="checkbox"/> (2) Estrato 3 <input type="checkbox"/> (3) Estrato 4 <input type="checkbox"/> (4) Estrato 5 <input type="checkbox"/> (5) Estrato 6 <input type="checkbox"/> (6)								
B4. DIAGNÓSTICO MÉDICO (De referencia para la condición de salud que puede ser generadora de la discapacidad, comorbilidad asociada o enfermedad crónica. Máximo 3 en orden de relevancia para el análisis de la limitación permanente)			Escriba con letra legible 1. _____ 2. _____ 3. _____			B5. TIEMPO DE EVOLUCIÓN DE LA LIMITACION PERMANENTE (Coloque exactamente los años y meses, luego calcule el total de meses) _____ años _____ meses. Total de meses _____		
B6. USO DE AYUDAS EXTERNAS. (Relacionadas con la limitación permanente: Silla de ruedas, muleta, bastón, audífono, prótesis ocular, órtesis, oxígeno, entre otras) → Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Cuál(es) _____					B7. USO DE MEDICAMENTOS → Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> (Especifique el nombre de los medicamentos) _____ _____ _____			

ANEXO 3. INSTRUMENTO DE EVALUACIÓN DE DISCAPACIDAD WHODAS 2.0

UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE MANIZALES – GRUPO DE INVESTIGACIÓN CUERPO MOVIMIENTO

INSTRUMENTO PARA RECOLECCIÓN DE LA INFORMACIÓN DE DISCAPACIDAD WHODAS 2.0

WHO-DAS 2.0 - REVISIÓN DE LOS DOMINIOS					
DOMINIO 1: COGNICIÓN					
En los últimos 30 días, ¿Cuánta dificultad ha tenido para... (repetir la frase subrayada “¿Cuánta dificultad ha tenido para”)	Ninguna	Leve	Moderada	Severa	Extrema/no puede hacerlo
D1.1 Concentrarse en hacer algo durante diez minutos?	1	2	3	4	5
D1.2 Recordar las cosas importantes que tiene que hacer?	1	2	3	4	5
D1.3 Analizar y encontrar soluciones a los problemas de la vida diaria?	1	2	3	4	5
D1.4 Aprender una nueva tarea, como por ejemplo llegar a un nuevo lugar (donde nunca ha estado)?	1	2	3	4	5
D1.5 Entender en general lo que dice la gente?	1	2	3	4	5
D1.6 Comenzar y mantener una conversación?	1	2	3	4	5
DOMINIO 2: MOVILIDAD					
En los últimos 30 días, ¿Cuánta dificultad ha tenido para... (repetir la frase subrayada “¿Cuánta dificultad ha tenido para”)	Ninguna	Leve	Moderada	Severa	Extrema/no puede hacerlo
D2.1 Estar de pie durante largos períodos de tiempo, por ejemplo 30 minutos?	1	2	3	4	5
D2.2 Pararse luego de estar sentado?	1	2	3	4	5
D2.3 Moverse adentro de su hogar?	1	2	3	4	5
D2.4 Salir de su hogar?	1	2	3	4	5
D2.5 Caminar una larga distancia, como un kilómetro (equivalente a 10 cuadras)?	1	2	3	4	5
DOMINIO 3: CUIDADO PERSONAL					
En los últimos 30 días, ¿Cuánta dificultad ha tenido para... (repetir la frase subrayada “¿Cuánta dificultad ha tenido para”)	Ninguna	Leve	Moderada	Severa	Extrema/no puede hacerlo
D3.1 Lavarse todo el cuerpo (bañarse)?	1	2	3	4	5
D3.2 Vestirse?	1	2	3	4	5
D3.3 Comer?	1	2	3	4	5
D3.4 Quedarse solo(a) durante unos días? (Recuerde que es diferente tener una dificultad para estar solo porque no lo puede hacer por orden médica o condición de salud actual a que no se quede solo, no porque no pueda, sino porque la familia o acompañantes no lo permiten, para el primer caso la respuesta sería por ejemplo 4 o 5, para el último caso sería 1 o 2)	1	2	3	4	5
DOMINIO 4: RELACIONES					
En los últimos 30 días, ¿Cuánta dificultad ha tenido para... (repetir la frase subrayada “¿Cuánta dificultad ha tenido para”)	Ninguna	Leve	Moderada	Severa	Extrema/no puede hacerlo
D4.1 Relacionarse con personas que no conoce?	1	2	3	4	5
D4.2 Mantener una amistad?	1	2	3	4	5
D4.3 Llevarse bien con personas cercanas a usted?	1	2	3	4	5
D4.4 Hacer nuevos amigos?	1	2	3	4	5
D4.5 Realizar actividades sexuales?	1	2	3	4	5
DOMINIO 5: ACTIVIDADES DE LA VIDA DIARIA					
5 (1) TAREAS DOMÉSTICAS					
(Tenga en cuenta que la referencia para la comparación en las preguntas D5.1 a D5.4 es la condición de salud actual)					
Debido a su condición de salud, en los últimos 30 días, ¿Cuánta dificultad ha tenido para... (repetir la frase subrayada “¿Cuánta dificultad para”)	Ninguna	Leve	Moderada	Severa	Extrema/no puede hacerlo
D5.1 Ocuparse de sus responsabilidades domésticas?	1	2	3	4	5
D5.2 Realizar bien sus tareas domésticas más importantes?	1	2	3	4	5
D5.3 Terminar todo el trabajo doméstico que debía realizar?	1	2	3	4	5
D5.4 Terminar las tareas domésticas tan rápido como era necesario?	1	2	3	4	5
Si alguna de las preguntas comprendidas entre el D5.1 – D5.4 se puntúa por encima de “1” (ninguna), pregunte:					
D5.01 En los últimos 30 días, durante cuántos días disminuyó o dejó de hacer sus tareas domésticas debido a su condición de salud?	Escriba el número de días _____				

5 (2) TRABAJO Y ACTIVIDADES ESCOLARES					
Marque aquí la información registrada en el ítem A5 si corresponde con alguna de las 4 opciones presentadas Trabajo remunerado <input type="checkbox"/> (1) Trabaja por su propia cuenta <input type="checkbox"/> (2) Trabajo no remunerado <input type="checkbox"/> (3) Estudiante <input type="checkbox"/> (4)					
*** SI EL ENTREVISTADO TRABAJA RESPONDIÓ ALGUNA DE LAS OPCIONES ANTERIORES COMPLETE LOS ITEMS D5.5 – D5.10. DE LO CONTRARIO PASE AL DOMINIO 6***					
Debido a su condición de salud, en los últimos 30 días, ¿cuánta dificultad ha tenido para:	Ninguna	Leve	Moderada	Severa	Extrema/no puede hacerlo
D5.5 Llevar a cabo su trabajo diario o las actividades escolares diarias?	1	2	3	4	5
D5.6 Realizar <u>bien</u> las tareas más importantes de su trabajo o de la escuela (estudio)?	1	2	3	4	5
D5.7 Terminar todo el trabajo que debía realizar?	1	2	3	4	5
D5.8 Terminar su trabajo (o estudio) tan <u>rápido</u> como era necesario?	1	2	3	4	5
D5.9 En los últimos 3 días, ha tenido que <u>reducir</u> su nivel de trabajo debido a su condición de salud?				No	1
				Sí	2
D5.10 En los últimos 30 días, ha <u>ganado menos dinero</u> debido a su condición de salud?				No	1
				Sí	2
Si alguna de las preguntas comprendidas entre el D5.5 – D5.8 se puntúa por encima de "1" (ninguna), pregunte:					
D5.02 En los últimos 30 días, durante cuántos días <u>faltó a su trabajo (medio día o más horas)</u> debido a su condición de salud?	Escriba el número de días _____				
DOMINIO 6: PARTICIPACIÓN					
En los últimos 30 días:	Ninguna	Leve	Moderada	Severa	Extrema/no puede hacerlo
D6.1 ¿Cuánta dificultad ha tenido para <u>participar en actividades de su comunidad</u> (por ejemplo, festividades, actividades religiosas o de otro tipo) de la misma forma que cualquier otra persona?	1	2	3	4	5
D6.2 ¿Cuánta dificultad ha tenido debido a <u>barreras u obstáculos</u> existentes en el mundo que lo rodea (entorno o alrededor)?	1	2	3	4	5
D6.3 ¿Cuánta dificultad ha tenido para <u>vivir con dignidad</u> (o respeto) debido a las actitudes y acciones de otras personas?	1	2	3	4	5
D6.4 ¿Cuánto <u>tiempo</u> dedicó <u>usted</u> a su condición de salud o a las consecuencias de la misma?	1	2	3	4	5
D6.5 ¿Cuánto ha sido <u>afectado emocionalmente</u> por su condición de salud?	1	2	3	4	5
D6.6 ¿Qué impacto económico ha tenido para usted o para su familia su condición de salud?	1	2	3	4	5
D6.7 ¿Cuánta dificultad ha tenido <u>su familia</u> debido a sus problemas de salud?	1	2	3	4	5
D6.8 ¿Cuánta dificultad ha tenido para realizar por sí <u>mismo (a)</u> cosas que le ayuden a relajarse o disfrutar?	1	2	3	4	5
H1 En general, en los últimos 30 días, ¿durante <u>cuántos días</u> ha tenido esas dificultades?	Escriba el número de días _____				
H2 En los últimos 30 días, ¿cuántos días no pudo realizar nada de sus actividades habituales o su trabajo debido a su condición de salud?	Escriba el número de días _____				
H3 En los últimos 30 días, sin contar los días en los que no pudo realizar nada de sus actividades habituales, ¿cuántos días <u>tuvo que recortar o reducir</u> sus actividades habituales o su trabajo por su condición de salud?	Escriba el número de días _____				

ANEXO 4. INSTRUMENTO DE EVALUACIÓN DE LA CALIDAD DE VIDA DE LA ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD - WHOQOL-BREF

INSTRUMENTO DE EVALUACIÓN DE LA CALIDAD DE VIDA DE LA ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD - WHOQOL-BREF

UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE MANIZALES

FACULTAD DE SALUD

Nombre del entrevistado			
N° identificación entrevistado		N° de encuesta	
N° identificación entrevistador		Fecha de entrevista (Día / Mes / Año)	___/___/___

Este cuestionario sirve para conocer su opinión acerca de su calidad de vida, su salud y otras áreas de su vida. Por favor, conteste todas las preguntas. Si no está seguro sobre qué respuesta dar, escoja la que le parezca más apropiada. A veces, ésta puede ser su primera respuesta.

Tenga presente su modo de vivir, expectativas, placeres y preocupaciones. Le pedimos que piense en su vida durante las dos últimas semanas.

No	Pregunta	Muy mal	Mal	Aceptable	Bien	Muy bien
g1	¿Cómo puntuaría su calidad de vida?	1	2	3	4	5

No	Pregunta	Muy insatisfecho	Insatisfecho	Aceptable	Satisfecho	Muy satisfecho
g4	¿Qué tan satisfecho está con su salud?	1	2	3	4	5

Las siguientes preguntas se refieren a la intensidad con que ha sentido ciertos hechos en las dos últimas semanas.

No	Pregunta	Nada	Un poco	Regular	Bastante	Mucho
f1_4	¿Hasta qué punto el dolor (físico) le impide hacer lo que necesita?	1	2	3	4	5
f11_3	¿Necesita algún tratamiento médico para funcionar en su vida diaria?	1	2	3	4	5
f4_1	¿Cuánto disfruta de la vida?	1	2	3	4	5
f24_2	¿Hasta qué punto piensa que su vida tiene sentido?	1	2	3	4	5
f5_3	¿Tiene capacidad para concentrarse?	1	2	3	4	5
f16_1	¿Se siente seguro en su vida diaria?	1	2	3	4	5
f22_1	¿Es saludable el ambiente físico que le rodea?	1	2	3	4	5

Las siguientes preguntas se refieren a la medida en que ha sentido ciertas cosas o ha sido capaz de hacer otras en las dos últimas semanas.

No	Pregunta	Nada	Un poco	Regular	Bastante	Mucho
f2_1	¿Tiene energía suficiente para su vida diaria?	1	2	3	4	5
f7_1	¿Es capaz de aceptar su apariencia física?	1	2	3	4	5
f18_1	¿Tiene suficiente dinero para cubrir sus necesidades?	1	2	3	4	5
f20_1	¿Tiene disponible la información que necesita en su vida diaria?	1	2	3	4	5
f21_1	¿Hasta qué punto puede realizar actividades en su tiempo libre?	1	2	3	4	5
f9_1	¿Es capaz de desplazarse de un lugar a otro?	1	2	3	4	5

Las siguientes preguntas se refieren al grado de satisfacción o felicidad que ha sentido en varios aspectos de su vida en las dos últimas semanas.

No	Pregunta	Muy insatisfecho	Insatisfecho	Aceptable	Satisfecho	Muy satisfecho
f3_3	¿Qué tan satisfecho está con su sueño?	1	2	3	4	5
f10_3	¿Está satisfecho con su capacidad para realizar las actividades de la vida diaria?	1	2	3	4	5
f12_4	¿Qué tan satisfecho está con su capacidad de trabajo?	1	2	3	4	5
f6_3	¿Qué tan satisfecho está de sí mismo?	1	2	3	4	5
f13_3	¿Qué tan satisfecho está con sus relaciones personales?	1	2	3	4	5
f15_3	¿Qué tan satisfecho está con su vida sexual?	1	2	3	4	5
f14_4	¿Qué tan satisfecho está con el apoyo que obtiene de sus amigos?	1	2	3	4	5
f17_3	¿Qué tan satisfecho está con las condiciones del lugar donde vive?	1	2	3	4	5
f19_3	¿Qué tan satisfecho está con el acceso que tiene a los servicios de salud?	1	2	3	4	5
f23_3	¿Qué tan satisfecho está con su transporte?	1	2	3	4	5

La siguiente pregunta se refiere a la frecuencia con que ha sentido ciertos hechos en las dos últimas semanas.

No	Pregunta	Nada	Un poco	Regular	Bastante	Mucho
f8_1	¿Con qué frecuencia tiene sentimientos negativos, tales como tristeza, desesperanza, ansiedad, depresión?	1	2	3	4	5

ANEXO 5. Sintaxis WHODAS 2.0

RECODE
D1_1
(1=0) (2=1) (3=2) (4=3) (5=4) INTO
D11.
RECODE
D1_2
(1=0) (2=1) (3=2) (4=3) (5=4) INTO
D12.
RECODE
D1_3
(1=0) (2=1) (3=2) (4=3) (5=4) INTO
D13.
RECODE
D1_4
(1=0) (2=1) (3=2) (4=3) (5=4) INTO
D14.
RECODE
D1_5
(1=0) (2=1) (3=1) (4=2) (5=2) INTO
D15.
RECODE
D1_6
(1=0) (2=1) (3=1) (4=2) (5=2) INTO
D16.
RECODE
D2_1
(1=0) (2=1) (3=2) (4=3) (5=4) INTO
D21.
RECODE
D2_2
(1=0) (2=1) (3=1) (4=2) (5=2) INTO
D22.

RECODE
D2_3
(1=0) (2=1) (3=1) (4=2) (5=2) INTO
D23.
RECODE
D2_4
(1=0) (2=1) (3=2) (4=3) (5=4) INTO
D24.
RECODE
D2_5
(1=0) (2=1) (3=2) (4=3) (5=4) INTO
D25.
RECODE
D3_1
(1=0) (2=1) (3=1) (4=2) (5=2) INTO
D31.
RECODE
D3_2
(1=0) (2=1) (3=2) (4=3) (5=4) INTO
D32.
RECODE
D3_3
(1=0) (2=1) (3=1) (4=2) (5=2) INTO
D33.
RECODE
D3_4
(1=0) (2=1) (3=1) (4=2) (5=2) INTO
D34.
RECODE
D4_1
(1=0) (2=1) (3=1) (4=2) (5=2) INTO
D41.
RECODE
D4_2

(1=0) (2=1) (3=1) (4=2) (5=2) INTO
D42.
RECODE
D4_3
(1=0) (2=1) (3=1) (4=2) (5=2) INTO
D43.
RECODE
D4_4
(1=0) (2=1) (3=2) (4=3) (5=4) INTO
D44.
RECODE
D4_5
(1=0) (2=1) (3=1) (4=2) (5=2) INTO
D45.
RECODE
D5_1
(1=0) (2=1) (3=1) (4=2) (5=2) INTO
D51.
RECODE
D5_2
(1=0) (2=1) (3=1) (4=2) (5=2) INTO
D52.
RECODE
D5_3
(1=0) (2=1) (3=2) (4=3) (5=4) INTO
D53.
RECODE
D5_4
(1=0) (2=1) (3=1) (4=2) (5=2) INTO
D54.
RECODE
D6_1
(1=0) (2=1) (3=1) (4=2) (5=2) INTO
D61.

RECODE	(1=0) (2=1) (3=2) (4=3) (5=4) INTO	D5_5
D6_2	D65.	(1=0) (2=1) (3=1) (4=2) (5=2) INTO
(1=0) (2=1) (3=2) (4=3) (5=4) INTO	RECODE	D55.
D62.	D6_6	RECODE
RECODE	(1=0) (2=1) (3=1) (4=2) (5=2) INTO	D5_6
D6_3	D66.	(1=0) (2=1) (3=2) (4=3) (5=4) INTO
(1=0) (2=1) (3=1) (4=2) (5=2) INTO	RECODE	D56.
D63.	D6_7	RECODE
RECODE	(1=0) (2=1) (3=2) (4=3) (5=4) INTO	D5_7
D6_4	D67.	(1=0) (2=1) (3=2) (4=3) (5=4) INTO
(1=0) (2=1) (3=2) (4=3) (5=4) INTO	RECODE	D57.
D64.	D6_8	RECODE
RECODE	(1=0) (2=1) (3=1) (4=2) (5=2) INTO	D5_8
D6_5	D68.	(1=0) (2=1) (3=2) (4=3) (5=4) INTO
	RECODE	D58.

Para los puntajes totales de los dominios (do), en donde el dominio 1 es abreviado como Do1, el dominio 2 como Do2, etc.

$$\text{calcule Do1} = (d11+d12+d13+d14+d15+d16)*100/20.$$

$$\text{calcule Do2} = (d21+d22+d23+d24+d25)*100/16.$$

$$\text{calcule Do3} = (d31+d32+d33+d34)*100/10.$$

$$\text{calcule Do4} = (d41+d42+d43+d44+d45)*100/12.$$

$$\text{calcule Do51} = (d51+d52+d53+d54)*100/10.$$

$$\text{calcule Do52} = (d55+d56+d57+d58)*100/14.$$

$$\text{calcule Do6} = (d61+d62+d63+d64+d65+d66+d67+d68)*100/24.$$

Para el puntaje total de WHODAS 2.0 sin las preguntas sobre el trabajo remunerado:

calcule

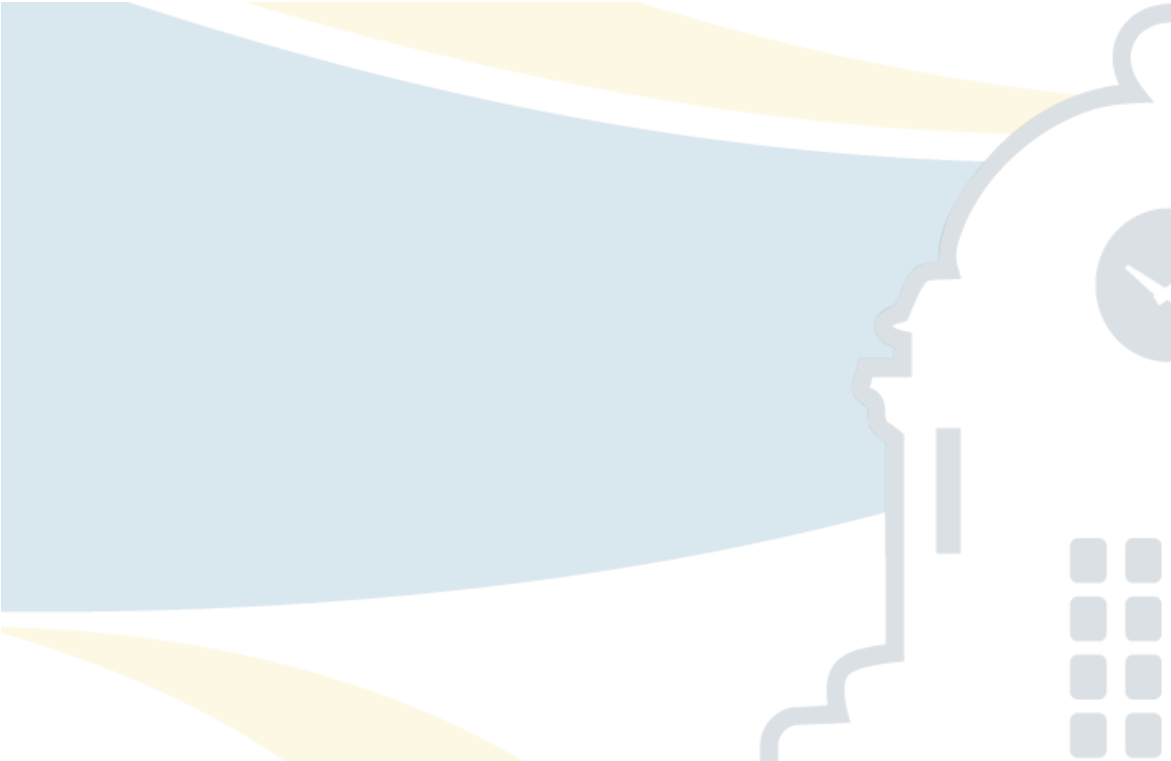
$$\text{st_s32}=(D11+D12+D13+D14+D15+D16+D21+D22+D23+D24+D25+D31+D32+D33+D34+D41+D42+D43+D44+D45+D51+D52+D53+D54+D61+D62+D63+D64+D65+D66+D67+D68)*100/92.$$

Para el puntaje total de WHODAS 2.0 con las preguntas sobre el trabajo remunerado:

calcule

$$\text{st_s36}=(D11+D12+D13+D14+D15+D16+D21+D22+D23+D24+D25+D31+D32+D33+D34+D41+D42+D43+D44+D45+D51+D52+D53+D54+D55+D56+D57+D58+D61+D62+D63+D64+D65+D66+D67+D68)*100/92.$$

$(D63 + D64 + D65 + D66 + D67 + D68) * 100 / 106$.



ANEXO 6. Sintaxis WHOQOL-BREF

EXECUTE.

* Change out-of-range values to missing for each item of the WHOQOL-BREF

RECODE

g1 to f8_1 (1=1) (2=2) (3=3) (4=4) (5=5) (ELSE=SYSMIS).

EXECUTE.

* Reversing the three negatively framed items of the WHOQOL-BREF

RECODE

f1_4 f11_3 f8_1 (5=1) (4=2) (3=3) (2=4) (1=5) INTO f1_4r f11_3r f8_1r.

EXECUTE.

* Scoring the 4 WHOQOL-BREF domains

COMPUTE domain1 = (f1_4r + f11_3r + f2_1 + f9_1 + f3_3 + f10_3 + f12_4).

EXECUTE.

COMPUTE domain2 = (f4_1 + f24_2 + f5_3 + f7_1 + f6_3 + f8_1r).

EXECUTE.

COMPUTE domain3 = (f13_3 + f15_3 + f14_4).

EXECUTE.

COMPUTE domain4 = (f16_1 + f22_1 + f18_1 + f20_1 + f21_1 + f17_3 + f19_3 + f23_3).

EXECUTE.

* Labeling the 4 domains of the WHOQOL-BREF

VARIABLE LABELS

domain1 "Physical"

domain2 "Psychological"

domain3 "Social Relationship"

domain4 "Environment".

EXECUTE.

* Transforming the WHOQOL-BREF domain scores to a 0 to 100 scale

* These transformed scores should be used when interpreting the data to

* ease comparisons to other validated instrument tools

COMPUTE tdom1 = ((domain1 - 7)/28)*100.

EXECUTE.

COMPUTE tdom2 = ((domain2 - 6)/24)*100.

EXECUTE.

```
COMPUTE tdom3 = ((domain3 - 3)/12)*100.
```

```
EXECUTE.
```

```
COMPUTE tdom4 = ((domain4 - 8)/32)*100.
```

```
EXECUTE.
```

```
VARIABLE LABELS
```

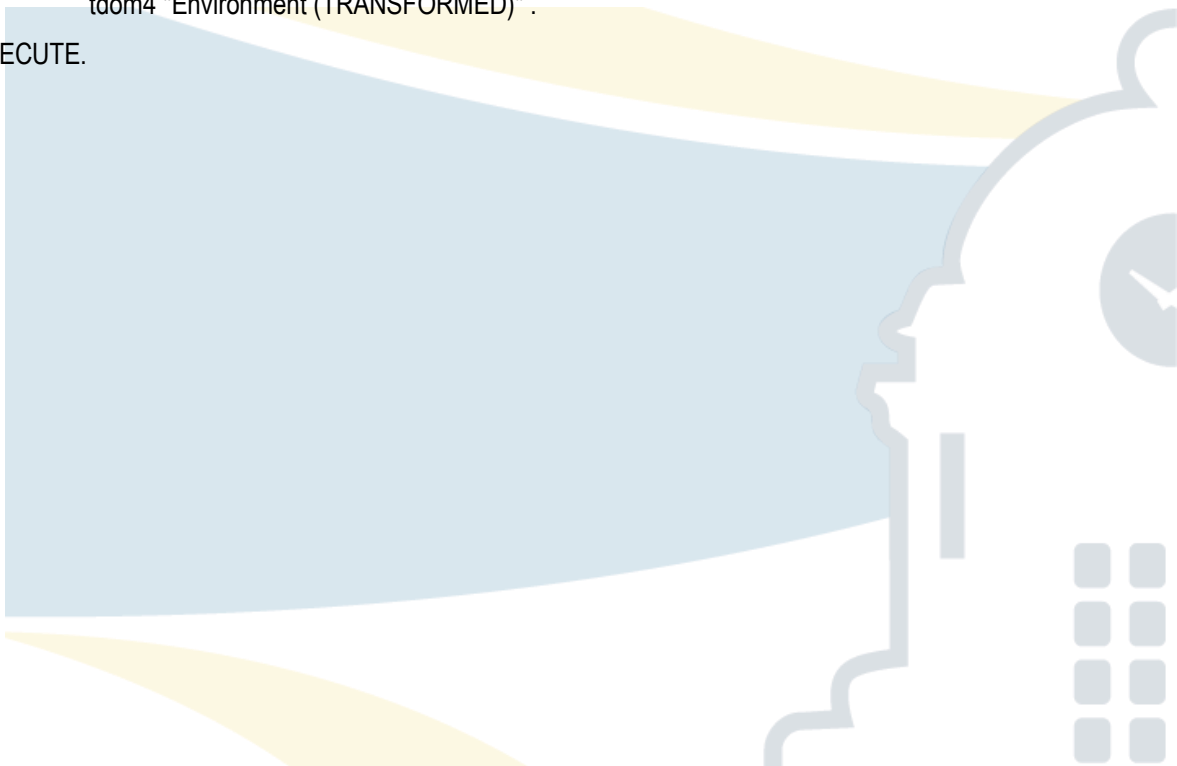
```
    tdom1 "Physical (TRANSFORMED)"
```

```
    tdom2 "Psychological (TRANSFORMED)"
```

```
    tdom3 "Social Relations (TRANSFORMED)"
```

```
    tdom4 "Environment (TRANSFORMED)".
```

```
EXECUTE.
```



ANEXO 7. CARACTERIZACIÓN MUNICIPIO DE SOLEDAD, ATLÁNTICO.

Soledad está ubicada a 10° 55´ de latitud norte y 74° 46´ de longitud occidental; como consecuencia, se encuentra en el hemisferio norte y en la zona intertropical o tórrida. Y con respecto a la longitud está a cinco horas de diferencia del meridiano de Greenwich. Limita al norte con el Distrito de Barranquilla y al oriente con el Río Magdalena; temperatura promedio de 28° centígrados, extensión de 67 kilómetros cuadrados

Equivale a 1.97% de la extensión total del Departamento del Atlántico. La densidad poblacional de 9,84 habitantes por metro cuadrado se destaca como una de las más altas del país y la más alta del departamento. Pertenece al área metropolitana de Barranquilla conjuntamente con ésta, Malambo, Galapa y Puerto Colombia

Teniendo en cuenta las estimaciones del DANE, Soledad pasó de 177.738 habitantes en el año 1985 a tener 632.183 en el 2016; lo que indica que en los últimos 30 años la población se multiplicó por 3,55 veces, mientras que la de Barranquilla se multiplicó por apenas 1,32 veces, la del país por 1,65 veces y la del departamento del Atlántico por 1,71 veces. De acuerdo a los datos, Soledad pasó de representar el 0,57% en 1985 al 1,3% la población del país en el 2016, es decir la participación más que se duplicó (76) ; De acuerdo a los datos obtenidos en Registro para la Localización y Caracterización de Personas con Discapacidad al Min Salud y Protección Social(74), este municipio cuenta con 1647 personas aproximadamente con discapacidad mayor de 20 años.

La explosión poblacional se aprecia más si se tiene en cuenta que en el año 1985 Soledad albergaba el 11,72% de la población del departamento del Atlántico mientras que en el año 2016 escaló al representar más de la cuarta parte. Es importante anotar que más del 99% de la población vive en el área urbana.

Soledad ha sido reconocida como municipio receptor de víctimas y de personas desmovilizadas de los grupos armados ilegales. En diciembre 2015 se estimó una presencia cercana a las 42.093 víctimas (el 20% de las registradas para el departamento del Atlántico), 98 personas en proceso de reintegración y 113 personas que culminaron su proceso; se cree que no todas las personas se vincularon al proceso de caracterización, por miedo o estigmatización.

Datos de la Secretaría de Planeación del Departamento del Atlántico, en el año 2015 la cuarta parte de la población estaba en condición de pobreza por NBI mientras en Barranquilla fue del 17,71%. Según datos del Sistema Integrado de Planeación y Gestión (2014) en Soledad el 43,4% de los predios está clasificado en estrato uno y el 48,9% en estrato dos; en tal sentido más del 90% de los predios están asociados a críticas condiciones socio-económicas.

Soledad es una ciudad joven y con un gran potencial del recurso humano. De total de la población de Soledad el 49,49% son hombres y el 50,51% mujeres. La población de adulto mayor representa un 8,34% de la población de Soledad, con un 45,77% hombres y 54,23% mujeres. La población potencialmente activa equivale al 63,84% y la población inactiva representa 36,17%.

Esta población esencialmente joven, representada en un 70% de personas entre los 0 y los 40 años, se encuentra afectada por diferentes problemáticas que impiden el pleno desarrollo de sus capacidades. Algunas mediciones como el NDI señalan que Soledad cuenta con 147.924 personas con necesidades básicas insatisfechas aproximadamente una cuarta parte de los pobres del Departamento.

Los niños y jóvenes víctimas del conflicto y en población con discapacidad atendidos por el sistema son los siguientes:

Afectada por el conflicto armado en Colombia: Total, 1725 desplazados o población víctima: 1.610.

Desmovilizados de grupos armados o Reinsertados: 22 Niños y adolescentes hijos de desmovilizados: 77

Víctimas de minas: 17. Personas con discapacidad entre niños, jóvenes y adultos mayores existen 2680 registrados en la actualidad (63).

El analfabetismo, que representa una de las condiciones que indica mayor índice de atrasos en el desarrollo, ha tenido una leve mejoría en los últimos años(76).

Más allá de los evidentes problemas de la cobertura y calidad en la prestación de los servicios de salud del municipio, es fundamental entender el problema de la salud pública asociada a riesgos de morbilidad, enfermedades del sector circulatorio, enfermedades transmisibles y la violencia.

Además de enfermedades generales por la fuerte insalubridad en algunas zonas del municipio, se presentan algunos factores como el incremento de los homicidios, del VIH SIDA, las muertes perinatales y desnutrición en menores de edad, los cuales son altamente preocupantes para su tendencia histórica y generan alto impacto social. Las características de Soledad como ciudad conurbada con Barranquilla y Malambo, además de una oferta común de atención de enfermedades, dificulta la precisión en los indicadores, pero las fuentes reconocidas indican que persiste una alta población sin aseguramiento, se carece de suficientes camas hospitalarias, tenemos sectores donde no hay centros de salud de ningún nivel y ha habido ineficiencias en salud pública, así como numerosos factores contaminante.

Las principales causas de morbilidad se agruparon por las siguientes categorías: Condiciones Transmisibles y Nutricionales; Condiciones Maternas y Perinatales; Enfermedades no Transmisibles; Lesiones, (lesiones intencionales

y no intencionales, traumatismos, envenenamientos y otras consecuencias de las causas externas) y Condiciones mal clasificadas.

La afiliación certificada por el Ministerio de Salud en el municipio de Soledad para el año 2014, era de 432.065 personas, correspondientes al Régimen Subsidiado, Contributivo y de Excepción, lo que equivale a una cobertura total de 72,1% y para el Régimen subsidiado del 96,1%. En el año 2015, el número de afiliaciones subió de 432.065 a 469.358, equivalente a un incremento de 37.293, participando de este incremento el régimen subsidiado con 32.600 (87,41%) afiliaciones, el régimen contributivo con 12% y el de excepción con 0,5%. Soledad es un municipio que presenta grandes dificultades. Su débil gestión pública y sus altos niveles de corrupción han generado deficiencias en la infraestructura social y económica. La falta de planeación y la poca articulación con el sector privado se reflejan en la poca ejecución de programas y proyectos que propendan por la promoción del municipio y la mejora de la calidad de vida de la comunidad.

Este tipo de problemas hacen parte del listado de causas a la falta de institucionalidad pública en la formulación de políticas, planes y programas para la promoción de los derechos de las personas vulnerables del municipio de Soledad, los cuales evitan que el proceso de rehabilitación para ellos sea ineficiente, pues no tienen el reconocimiento, visibilidad, espacios físicos ni participación en los escenarios de la sociedad. El aumento de la desnutrición en niños, el bajo acceso a la educación superior, la falta de oportunidades y la poca articulación de programas públicos, son también razones de preocupación y de limitación para las personas que de una u otra forma necesiten condiciones especiales para desarrollarse en el medio. De igual manera, no hay suficiente atención psicosocial a las víctimas, no hay oportunidades de ingresos para estos y población étnica, y es escasa la oferta pública y atención de VIH para la población LGTBI.

El municipio de Soledad cuenta con varias ventajas comparativas como su ubicación geográfica, su cercanía con el río, el mar y la red vial. Estas condiciones indican que el potencial de desarrollo económico es alto para el municipio. Sin embargo, a pesar de contar con un número importante de industrias en su territorio y su cercanía con Barranquilla, Soledad no cuenta con redes viales y prestación de servicios eficientes. La alta proliferación de medios de transportes informales como el mototaxismo también dificultan el desarrollo organizado. Según el Plan Local de Empleo para la comunidad soledaña, busca mejorar las estrategias de formación y empleo solo para población desplazada por la violencia, hasta ahora no se orientan acciones para personas en condición de discapacidad(71).