

**DISCAPACIDAD Y CALIDAD DE VIDA RELACIONADA CON LA SALUD EN PERSONAS
ADULTAS CON DISCAPACIDAD EN LA CIUDAD DE
SINCELEJO – SUCRE. 2017.**

**INFORME FINAL DE INVESTIGACIÓN
TESIS DE MAESTRÍA**

**MARÍA MARGARITA AGUAS DE LA OSSA
MARTHA LUCÍA HERNANDEZ BLANCO**

**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**

SINCELEJO, MAYO DE 2017

AGRADECIMIENTOS

Expresamos nuestros agradecimientos a las personas con discapacidad participantes en el estudio de la ciudad de Sincelejo y a las instituciones que nos brindaron su apoyo en el proceso de recolección de información; así mismo a nuestras directoras Mg. Lida Gil Obando y Mg. Alexandra López, por su paciencia, orientación, por compartir con nosotras sus conocimientos y contribuir con su acompañamiento en hacer realidad lo que inicialmente fue nuestro anhelo.

INVESTIGADORAS

Dios a ti elevo hoy mi gratitud, una vez más me has enseñado que para ti nada es imposible y que tu tiempo es perfecto. Gracias familia porque su apoyo y comprensión me motivaron durante todo este camino. Madre, sencillamente, es una bendición tenerte a mi lado; Hijo, mi mayor razón, a tu corta edad supiste entender mis ausencias y con tu sonrisa iluminas cada día mi vida, llenándome de fuerza para seguir adelante. Esposo, compañero y gran apoyo, tu confianza y amor hicieron lo propio para llegar a la concreción de este logro.

MARÍA MARGARITA AGUAS DE LA OSSA

A ti mi Dios gracias por acompañarme en este camino que hoy finalizo, a mi familia les agradezco su comprensión y apoyo incondicional; a mis hijos y mi esposo porque su presencia me llenó siempre de motivos para seguir adelante y con su compañía, amor y comprensión supieron impulsarme para la consecución de este importante propósito en mi vida.

MARTHA LUCÍA HERNÁNDEZ BLANCO



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	21
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).....	32
4. VARIABLES Y SU OPERACIONALIZACIÓN	34
5. METODOLOGÍA.....	45
5.1 DISEÑO.....	45
5.2 ENFOQUE Y TIPO DE ESTUDIO	46
5.3 POBLACIÓN.....	46
5.4 MUESTRA Y MUESTREO	46
5.5 CRITERIOS DE INCLUSIÓN Y EXCLUSIÓN	47
5.6 TÉCNICAS DE RECOLECCIÓN DE INFORMACIÓN.....	47
5.7 PROCEDIMIENTO	48
5.8 ANÁLISIS ESTADÍSTICO	48
6. RESULTADOS.....	50
6.1 ANÁLISIS DESCRIPTIVO DE LAS VARIABLES SOCIODEMOGRÁFICAS	50
6.2 ANÁLISIS DESCRIPTIVO DE LAS VARIABLES CLÍNICAS	51
6.3 ANÁLISIS DESCRIPTIVO DE DISCAPACIDAD	53
6.4 ANÁLISIS DESCRIPTIVO DE CALIDAD DE VIDA RELACIONADA CON LA SALUD	57
6.5. RESULTADOS BIVARIADOS	64
6.5.1 Relación entre variables Sociodemográficas y Discapacidad	64

6.5.2 Relación entre variables clínicas y Discapacidad.....	65
6.5.3 Relación de calidad de vida relacionada con la salud por dominios y variables sociodemográficas ..	65
6.5.4 Relación de calidad de vida relacionada con la salud por dominios y variables clínicas	67
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).....	68
7. DISCUSIÓN.....	69
8. CONCLUSIONES	78
9. RECOMENDACIONES.....	79
10. EJECUCIÓN PRESUPUESTO	80
REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS.....	81
ANEXOS	91
ANEXO 1. FORMATO DE CONSENTIMIENTO INFORMADO.....	91
ANEXO 2. FORMATO DE REGISTRO DE DATOS SOCIODEMOGRAFICOS, CLINICOS	93
ANEXO 3. INSTRUMENTO DE EVALUACIÓN DE DISCAPACIDAD WHODAS 2.0.....	94
ANEXO 4. INSTRUMENTO DE EVALUACIÓN DE LA CALIDAD DE VIDA DE LA ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD - WHOQOL-BREF	96
ANEXO 5. Sintaxis WHODAS 2.0	98
ANEXO 6. Sintaxis WHOQOL-BREF	100
Anexo 7. CARACTERIZACIÓN MUNICIPIO DE SINCELEJO.	102

INDICE DE TABLAS

Tabla 1. Operacionalización de variables sociodemográficas y clínicas.	34
Tabla 2. Operacionalización de variables de Funcionamiento y Discapacidad desde el instrumento WHO-DAS 2.0, versión de 36 ítems	36
Tabla 3. Operacionalización de Grado de discapacidad resultante desde el WHO-DAS 2.0.	40
Tabla 4. Operacionalización de variables de calidad de vida relacionada con la salud según el WHOQOL-BREF	41
Tabla 5. Operacionalización de calidad de vida relacionada con la salud resultante desde el WHOQOL-BREF	44
Tabla 6. Resumen descriptivo de variables sociodemográficas	50
Tabla 7. Resumen descriptivo de variables clínicas	52
Tabla 8. Resumen características sociodemográficas y clínicas, variables cuantitativas.	53
Tabla 9. Estadísticos descriptivos puntuación global y por áreas del WHODAS 2.0	53
Tabla 10. Grado de Discapacidad WHODAS 2.0	56
Tabla 11. Grado de discapacidad por áreas del WHODAS 2.0.	56
Tabla 12. Estadísticos descriptivos puntaje total por dominios del WHOQOL Bref.	57
Tabla 13. Prueba de normalidad para Discapacidad global y por áreas , CVRS por dominios y cuantitativas sociodemográficas y clínicas.	60
Tabla 14. 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	61
Tabla 15. Coeficientes de correlación utilizados para CVRS por dominios (WHOQOL BREF) con características sociodemográficas y clínicas, acorde con el nivel de medición de las variables	62
Tabla 16. Pruebas de homogeneidad para el contraste de discapacidad por áreas y global en subgrupos de variables sociodemográficas y clínicas	63
Tabla 17. Pruebas de homogeneidad para el contraste para CVRS por dominios (WHOQOL BREF) en subgrupos de variables sociodemográficas y clínicas	63
Tabla 18. Relación de variables sociodemográficas con Discapacidad global y por áreas.	64
Tabla 19. Relación de variables clínicas con Discapacidad global y por áreas	65
Tabla 20. Relación de variables sociodemográficas con dominios de CVRS.	66
Tabla 21. Relación de variables clínicas con dimensiones de CVRS	67
Tabla 22. Correlación entre CVRS por dimensiones y discapacidad por áreas y global	68

FICHA CATALOGRÁFICA

Formato documento Vancouver 2010

Aguas MM., Hernández ML. Discapacidad y calidad de vida relacionada con la salud en personas adultas con discapacidad en la ciudad de Sincelejo, Sucre (Colombia) 2017. [Tesis de Maestría]. Grupo de investigación Cuerpo Movimiento: Universidad Autónoma de Manizales; 2017. 103 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 Sincelejo, Sucre (Colombia) 2017.			
Investigadoras			
María Margarita Aguas de la Ossa Martha Lucia Hernández Blanco			
Directoras y Coinvestigadoras			
Lida Maritza Gil Obando	cc. 30330357	lidagil@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	Col0017039	Categoría A	Funcionamiento y discapacidad en la perspectiva de la salud
Lugar de Ejecución del Proyecto		Duración del Proyecto	Tipo de proyecto
Sincelejo	Sucre	24 meses	Investigación Aplicada
Descriptor / Palabras claves: evaluación de la discapacidad, calidad de vida relacionada con la salud, adultos			

RESUMEN ACADÉMICO

Objetivo. Establecer la relación entre la discapacidad y la calidad de vida relacionada con la salud en personas adultas con discapacidad en la ciudad de Sincelejo, Sucre (Colombia, 2017). **Materiales y método.** Estudio descriptivo de alcance correlacional con 125 participantes con discapacidad mayores de 20 años, 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. **Resultados.** El área de discapacidad con mayor promedio de puntuación fue movilidad ($44.60 \pm 32,3139$), cerca de la mitad de los participantes presentaron discapacidad de grado leve (48%). Los mejores promedios de puntuación de calidad de vida fueron para los dominios de relaciones interpersonales ($68.6 \pm 14,7308$) y psicológico ($66.90 \pm 17,8847$); Los hallazgos mostraron correlaciones significativas entre las áreas de discapacidad y los dominios de calidad de vida, en particular la movilidad, el autocuidado, actividades de la vida diaria (trabajo no remunerado) y participación en sociedad, con el dominio físico de calidad de vida (p valor 0.000 para todas las variables); estas correlaciones tuvieron una fuerza moderada e inversa. **Conclusión.** En la población participante la mejor percepción de calidad de vida se asocia con menor grado 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 SINCELEJO, SUCRE (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 Sucre 5,4%, Bolívar reportó 5.5%, 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 de Sucre.

Limitación	Sucre
Limitaciones permanentes para ver	44.8
Limitaciones permanentes para caminar o moverse	28.6%
Limitaciones permanentes para oír	15%
Limitaciones permanentes para usar brazos y manos	12.9%
Limitaciones permanentes para hablar	16.7%
Limitaciones permanentes para entender o aprender	13.2%
Limitaciones permanentes para relacionarse con los demás	11.4%
Limitaciones permanentes para autocuidado	12.8%
Otro tipo de limitaciones permanentes	19%

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 (5). El Ministerio de salud estimó 1'062.917 colombianos inscritos en el RLCPD con punto de corte a diciembre de 2013 (6).

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 (7) conocido como WHO-DAS II, traducido y validado al español por Vásquez y Herrera en el 2006 (8); 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 (9). 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 (10) 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 intraclase (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 (11), 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 intraclase, 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 (12) y desórdenes psiquiátricos (13), en trastornos neurológicos (14) y en enfermedades reumatológicas(15). 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 (16). 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 (17). 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 (18). 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 (19).

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(20).

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(21).

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 autopercebido o que recoge el punto de vista de la persona(22). 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 (23).

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 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 (24). 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(25). En estudios recientes en Colombia se han establecido sus propiedades psicométricas en cuanto a consistencia interna y validez discriminante(26).

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 Cronbach 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(26).

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 (27).

Medir y relacionar la discapacidad y la CVRS no es una práctica habitual de los profesionales que intervienen e investigan la discapacidad, 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 Sincelejo Sucre; 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(28).

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 Sincelejo fue desarrollado por 2 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 (29), 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 (30) 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(7),(9),(31). De igual forma se solicitó el aval para el uso del WHOQOL-BREF a la OMS(32).

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 Sincelejo, Sucre, Colombia.

2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- 1) Describir las características sociodemográficas y clínicas de personas adultas con discapacidad en la ciudad de Sincelejo, Sucre participantes en el estudio.
- 2) Establecer la discapacidad por áreas y global de personas adultas con discapacidad en la ciudad de Sincelejo, Sucre 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 Sincelejo, Sucre 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 Sincelejo, Sucre.
- 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 Sincelejo, Sucre.
- 6) Establecer las relaciones entre discapacidad y calidad de vida relacionada con la salud de personas adultas con discapacidad en la ciudad de Sincelejo, Sucre.

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(33).

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(34) 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”(35). 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(36). 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(33). 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(37), 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 (8) 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(8).

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- responsabilidades domésticas-tiempo libre-trabajo y escuela; participación – participación en actividades comunitarias y en sociedad(20). 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(38). 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"(39).

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(40).

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(41).

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(42).

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(43).

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(44), 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(45). 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(46). 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(47),(48), 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”(49). 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)”(50). 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(51) 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(52).

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(53).

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 (54). 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)¹

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. Fue desarrollado de manera simultánea en 15 países del mundo y ha sido traducido a diferentes idiomas(55). En la actualidad el WHOQOL existe en más de 30 lenguas en casi 40 países(56). 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(56); 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.

¹ 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.

Dominios del WHOQOL-BREF(56)

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(57). 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(58), validez(59) y estructura factorial en población adulta en diferentes rangos de edad(60). 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”(61).

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 Responsable de tareas domésticas Jubilado Desempleado por motivo de salud Desempleado por otros motivos Pensionado por discapacidad Otra	Acción de ocupar, o sea trabajar o emplearse, ejercer un oficio o cargo.	1 2 3 4 5 6 7 8 10 11
Afiliación actual a salud	No afiliado Subsidiado Contributivo Régimen Especial Otro	Forma como el Estado colombiano brinda un aseguramiento que cubre los gastos de salud a los habitantes del territorio nacional, colombianos o extranjeros.	0 1 2 3 4
Ingresos familiares	Menos de 1 SMMLV Entre 1 y 2 SMMLV Entre 2 y 4 SMMLV Más de 4 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 2 3 4

Variable	Valor	Indicador	Índice
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
	Enfermedades del sistema circulatorio		9
	Enfermedades del sistema respiratorio		10
	Enfermedades del aparato digestivo		11
	Enfermedades de la piel y el tejido subcutáneo		12
	Enfermedades del sistema osteomuscular y del tejido conectivo		13
	Enfermedades del sistema genitourinario		14
	Afecciones originadas en el periodo neonatal		15
	Malformaciones congénitas		16
	Traumatismos, envenenamientos y algunas otras consecuencias de causa externa		17
	Otro		18
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	Utilización de equipamiento adaptativo para la equiparación de oportunidades relacionado con la limitación permanente	0
	Aparato ortopédico		1
	Audífono		2
	Bastón		3
	Férula		4
	Sonda vesical		5
	Caminador		6
	Gafas		7
	Implante coclear		8
Muletas	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	

Variable	Sub-Variable	Definición	Valor	Índice
Movilidad (Área 2)			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			
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
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
		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
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
		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)
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	
Dificultad extrema / No puede hacerlo	5			
D3.3	Dificultad para comer	Ninguna dificultad	1	
		Dificultad leve	2	
		Dificultad moderada	3	
		Dificultad severa	4	
Dificultad extrema / No puede hacerlo	5			
D3.4	Dificultad para quedarse sólo (a) durante unos días	Ninguna dificultad	1	
		Dificultad leve	2	
		Dificultad moderada	3	
		Dificultad severa	4	
Dificultad extrema / No puede hacerlo	5			

Variable	Sub-Variable	Definición	Valor	Índice
Relaciones (Área 4)	D4.1	Dificultad para relacionarse con personas que no conoce	Ninguna dificultad Dificultad leve Dificultad moderada Dificultad severa Dificultad extrema / No puede hacerlo	1 2 3 4 5
	D4.2	Dificultad para mantener una amistad	Ninguna dificultad Dificultad leve Dificultad moderada Dificultad severa Dificultad extrema / No puede hacerlo	1 2 3 4 5
	D4.3	Dificultad para llevarse bien con personas cercanas a usted	Ninguna dificultad Dificultad leve Dificultad moderada Dificultad severa Dificultad extrema / No puede hacerlo	1 2 3 4 5
	D4.4	Dificultad para hacer nuevos amigos	Ninguna dificultad Dificultad leve Dificultad moderada Dificultad severa Dificultad extrema / No puede hacerlo	1 2 3 4 5
	D4.5	Dificultad para realizar actividades sexuales	Ninguna dificultad Dificultad leve Dificultad moderada Dificultad severa Dificultad extrema / No puede hacerlo	1 2 3 4 5
Actividades de la vida diaria (Área 5)	D5.1	Dificultad para ocuparse de sus responsabilidades domésticas	Ninguna dificultad Dificultad leve Dificultad moderada Dificultad severa Dificultad extrema / No puede hacerlo	1 2 3 4 5
	D5.2	Dificultad para realizar bien sus tareas domésticas más importantes	Ninguna dificultad Dificultad leve Dificultad moderada Dificultad severa Dificultad extrema / No puede hacerlo	1 2 3 4 5
	D5.3	Dificultad para terminar todo el trabajo doméstico que debía realizar	Ninguna dificultad Dificultad leve Dificultad moderada Dificultad severa Dificultad extrema / No puede hacerlo	1 2 3 4 5
	D5.4	Dificultad para terminar sus tareas domésticas tan rápido como era necesario	Ninguna dificultad Dificultad leve Dificultad moderada Dificultad severa Dificultad extrema / No puede hacerlo	1 2 3 4 5
	D5.5	Dificultad para llevar a cabo su trabajo diario o las actividades escolares diarias	Ninguna dificultad Dificultad leve Dificultad moderada Dificultad severa Dificultad extrema / No puede hacerlo	1 2 3 4 5

Variable	Sub-Variable	Definición	Valor	Índice
	D5.6	Dificultad para realizar bien las tareas más importantes del trabajo o de la escuela	Ninguna dificultad Dificultad leve Dificultad moderada Dificultad severa Dificultad extrema / No puede hacerlo	1 2 3 4 5
	D5.7	Dificultad para terminar todo el trabajo que necesitaba realizar	Ninguna dificultad Dificultad leve Dificultad moderada Dificultad severa Dificultad extrema / No puede hacerlo	1 2 3 4 5
	D5.8	Dificultad para terminar su trabajo (estudio) tan rápido como era necesario	Ninguna dificultad Dificultad leve Dificultad moderada Dificultad severa Dificultad extrema / No puede hacerlo	1 2 3 4 5
	D5.9	Reducción del nivel de trabajo debido a su condición de salud	No Sí	1 2
	D5.10	Ganancia de menor dinero debido a la condición de salud	No Sí	1 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,	Ninguna dificultad Dificultad leve Dificultad moderada Dificultad severa Dificultad extrema / No puede hacerlo
D6.2		Dificultad relacionada con barreras u obstáculos existentes en el mundo que lo rodea (entorno)	Ninguna dificultad Dificultad leve Dificultad moderada Dificultad severa Dificultad extrema / No puede hacerlo	1 2 3 4 5
D6.3		Dificultad para vivir con dignidad (o respeto) debido a las actitudes y acciones de otras personas	Ninguna dificultad Dificultad leve Dificultad moderada Dificultad severa Dificultad extrema / No puede hacerlo	1 2 3 4 5
D6.4		Tiempo dedicado a su condición de salud o las consecuencias de la misma	Ninguno Leve Moderado Severo Extremo	1 2 3 4 5
D6.5		Grado en que su condición de salud lo ha afectado emocionalmente	Ninguno Leve Moderado Severo Extremo	1 2 3 4 5
D6.6		Impacto económico que su condición de salud ha	Ninguno Leve Moderado	1 2 3

Variable	Sub-Variable	Definición	Valor	Índice
		tenido para usted o para su familia	Severo Extremo	4 5
	D6.7	Dificultad que ha tenido su condición de salud para su familia	Ninguna dificultad Dificultad leve Dificultad moderada Dificultad severa Dificultad extrema / No puede hacerlo	1 2 3 4 5
	D6.8	Dificultad para realizar por sí mismo cosas que le ayuden a relajarse o a disfrutar	Ninguna dificultad Dificultad leve Dificultad moderada Dificultad severa Dificultad extrema / No puede hacerlo	1 2 3 4 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 Leve Moderada Severa Extrema	0 – 4 % 5 – 24 % 25 – 49 % 50 – 94 % 95 – 100 %	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

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	
Mucho			5	
Energía y fatiga		Nada	1	
		Un poco	2	
		Regular	3	
		Bastante	4	
		Mucho	5	
Movilidad		Nada	1	
		Un poco	2	
		Aceptable	3	
		Bastante	4	
		Mucho	5	
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	1	
	Raramente	2	
	Algunas veces	3	
	Casi siempre	4	
	Siempre	5	
Relaciones Sociales	Relaciones sociales	Muy insatisfecho	1
		Insatisfecho	2
		Aceptable	3
Satisfecho		4	
Muy satisfecho		5	
Relaciones Sociales	Actividad sexual	Muy insatisfecho	1
		Insatisfecho	2
		Aceptable	3
Satisfecho		4	
Muy satisfecho		5	
Relaciones Sociales	Apoyo social	Muy insatisfecho	1
		Insatisfecho	2
		Aceptable	3
Satisfecho		4	
Muy satisfecho		5	
Ambiente	Seguridad en la vida diaria	Nada	1
		Un poco	2
		Regular	3
Bastante		4	
Mucho		5	
Ambiente	Ambiente físico (polución/ ruido/ tráfico/ clima)	Nada	1
		Un poco	2
		Regular	3
Bastante		4	
Mucho		5	
Ambiente	Recursos económicos	Nada	1
		Un poco	2

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

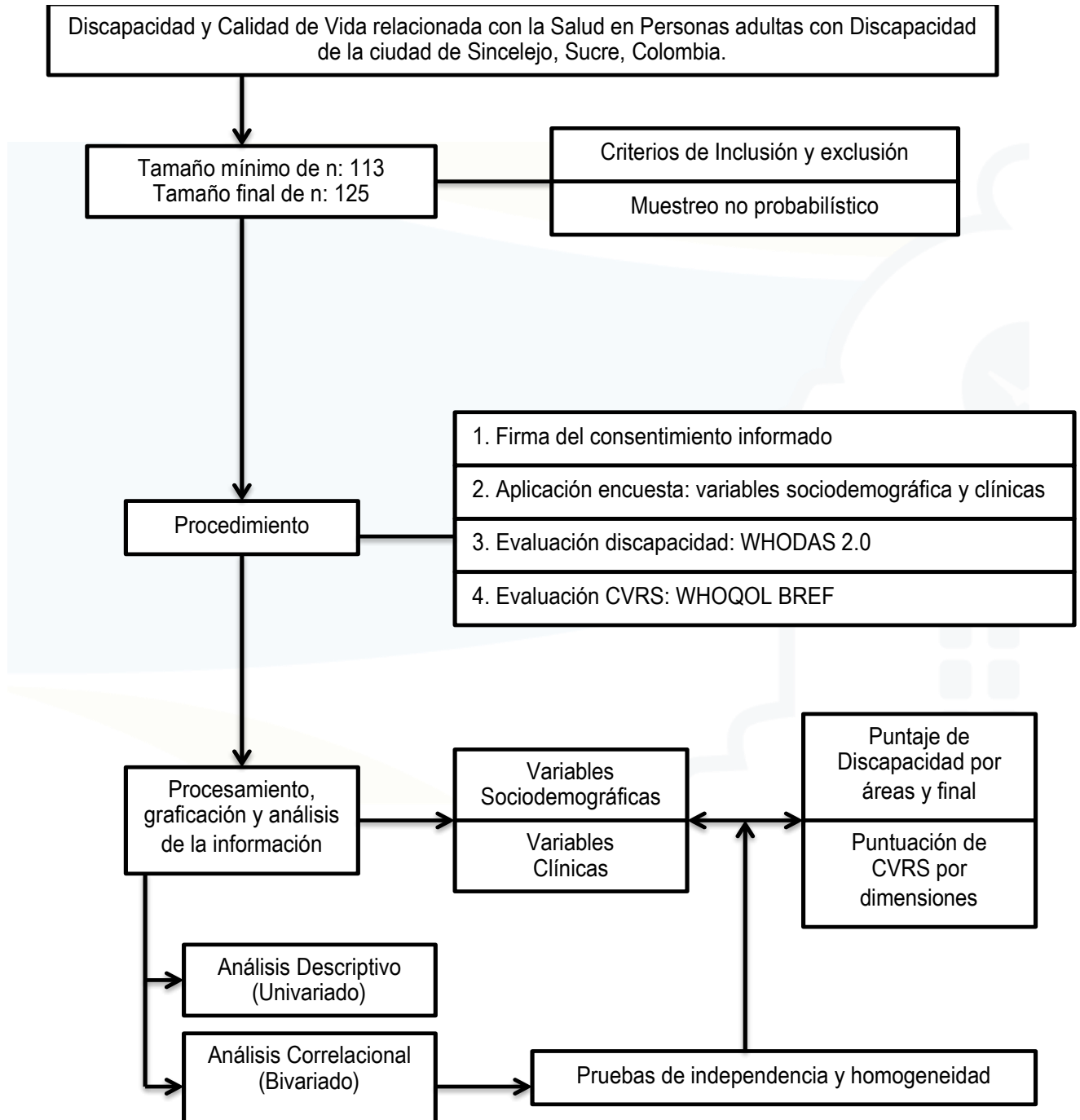
Tabla 5. Operacionalización de calidad de vida relacionada con la salud resultante desde el WHOQOL-BREF

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) Siete (7) Seis (6) Tres (3) Ocho (8)</p>	0 – 100 puntos para cada dominio	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.

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 Sincelejo, Sucre.

5.3 POBLACIÓN

Personas mayores de 20 años con discapacidad de la ciudad de Sincelejo, Sucre. La proyección poblacional de personas 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 la Secretaría de Salud municipal a corte de 2016 (62).

Población mayor de 20 años con discapacidad, Secretaría de Salud, Sincelejo.

Ciudad	Proyección de población con discapacidad mayor de 20 años: RLCPD, Secretaría de Salud Sincelejo 2016 (número de habitantes)
Sincelejo	3565

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(63). 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 Sincelejo. 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

Criterios 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.

Criterios 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 Sincelejo, en total participaron 125 personas. El 51,2% de los participantes fueron hombres con una media de edad de $43,33 \pm 16,4782$ años y el 57,6% solteros. El mayor grupo por edad de la muestra, es el conformado por los sujetos entre 20 y 29 años de edad, representando un 28,0%, seguido de los que tienen entre 40 y 49 años de edad con un porcentaje de 21.6%.

El 28,8% de los participantes realizó estudios secundarios completos, en cuanto a la situación ocupacional se encontró que el 30,4% trabaja de forma independiente. Respecto a la afiliación al sistema de seguridad social en salud, el 59,2% pertenecían al régimen subsidiado, el 32,8% pertenecientes al estrato 2, la mayoría con ingresos familiares inferiores a un salario mínimo (44,0 %). Ver tabla 6.

Tabla 6. Resumen descriptivo de variables sociodemográficas

Variable	Índice	FA	%
Sexo	Femenino	61	48,8
	Masculino	64	51,2
Rangos de edad	20 a 29 años	35	28,0
	30 a 39 años	22	17,6
	40 a 49 años	27	21,6
	50 a 59 años	17	13,6
	60 a 69 años	15	12,0
	70 a 79 años	6	4,8
	80 años y más	3	2,4
Máximo nivel de estudios alcanzado	Ninguno	7	5,6
	Primaria incompleta	17	13,6
	Primaria completa	10	8,0
	Secundaria incompleta	14	11,2
	Secundaria completa	36	28,8
	Técnico-Tecnológico	19	15,2
	Profesional	19	15,2
	Especialización	1	,8
	Maestría	2	1,6
	Doctorado	0	0
Estado civil	Soltero/a	72	57,6
	Casado/a	22	17,6
	Separado/a	8	6,4
	Divorciado/a	1	,8
	Viudo/a	5	4,0
	Vive en Pareja	17	13,6
Ocupación Actual	Trabajo remunerado (Asalariado/a)	17	13,6
	Trabaja por su propia cuenta (Independiente)	38	30,4
	Trabajo no remunerado	5	4,0
	Estudiante	13	10,4
	Responsable de tareas domésticas	7	5,6
	Jubilado/a	3	2,4
	Desempleado/a por motivo de salud	16	12,8
Desempleado/a por otros motivos	15	12,0	

Variable	Índice	FA	%
	Pensionado por discapacidad	11	8,8
Afilación a seguridad social en salud	No afiliado	3	2,4
	Subsidiado	74	59,2
	Contributivo	39	31,2
	Régimen especial	9	7,2
Ingresos del núcleo familiar	Menos de 1 SMMLV	55	44,0
	Entre 1 y 2 SMMLV	48	38,4
	Entre 2 y 4 SMMLV	19	15,2
	Más de 4 SMMLV	3	2,4
Estrato socioeconómico	Estrato 1	59	47,2
	Estrato 2	41	32,8
	Estrato 3	19	15,2
	Estrato 4	5	4,0
	Estrato 5	0	0
	Estrato 6	1	0,8
Total			100

Fuente: Elaboración propia de las investigadoras (2017)

6.2 ANÁLISIS DESCRIPTIVO DE LAS VARIABLES CLÍNICAS

De la muestra estudiada se evidencia que el principal diagnóstico médico (CIE 10) al cual se atribuye la limitación permanente fue enfermedades del sistema nervioso (36%) seguido de Enfermedades del sistema osteomuscular y del tejido conjuntivo con el 19,2%.

El 50,4% de los participantes manifestaron el uso de ayudas externas; de ellos, el 16% refiere la utilización del bastón. Más de la mitad de los participantes manifestó consumir medicamentos, representado en el 51,2%, de los cuales el 15,2% correspondió a antihipertensivos. Tabla 7.

Tabla 7. Resumen descriptivo de variables clínicas

Variables Clínicas	Subvariables	FA	%
Diagnóstico médico (CIE 10)	Enfermedades infecciosas y parasitarias	2	1,6
	Tumores	1	0,8
	Enfermedades de la sangre y de los órganos hematopoyéticos	1	0,8
	Enfermedades del sistema nervioso	45	36,0
	Enfermedades del ojo y sus anexos	21	16,8
	Enfermedades del oído y de la apófisis mastoides	10	8,0
	Enfermedades del sistema osteomuscular y del tejido conjuntivo	24	19,2
	Malformaciones congénitas	8	6,4
	Traumatismos, envenenamientos y otras consecuencias de causa externa	1	0,8
	Enfermedades endocrinas, nutricionales y metabólicas	1	0,8
	Trastornos mentales y del comportamiento	1	0,8
	Enfermedades del sistema circulatorio	5	4,0
	Enfermedades de la piel y del tejido subcutáneo	2	1,6
	Enfermedades del sistema genitourinario	1	0,8
	Otros diagnósticos no agrupados o sin especificar	2	1,6
Rangos de tiempo de la limitación permanente	Menos de 12 meses	0	0
	13 y 60 meses	19	15,2
	61 y 120 meses	12	9,6
	Más de 121 meses	94	75,2
Uso de ayudas externas	No	62	49,6
	Si	63	50,4
Tipo de ayuda externa	Ninguna	61	48,8
	Silla de ruedas	19	15,2
	Muletas	10	8,0
	Bastón	20	16,0
	Audífono	4	3,2
	Prótesis ocular	1	,8
	Ortesis	1	,8
	Otras	9	7,2
Uso de medicamentos	Si	64	51,2
	No	61	48,8
Medicamentos	Ninguno	61	48,8
	Analgésico	11	8,8
	Antiagregante plaquetario	1	,8
	Antidepresivo	3	2,4
	Antiinflamatorio no esteroideo	2	1,6
	Relajante muscular	1	,8
	Antihipertensivo	19	15,2
	Anticonvulsivante	7	5,6
	Insulina	3	2,4
	Inmunosupresor	3	2,4
	Otro	14	11,2
Total		125	100

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)	43,33	16,4782	20.00	84.00
Tiempo de limitación (meses)	281,4320	190,6603	26.00	906.00
n= 125				

Fuente: Elaboración propia de las investigadoras (2017).

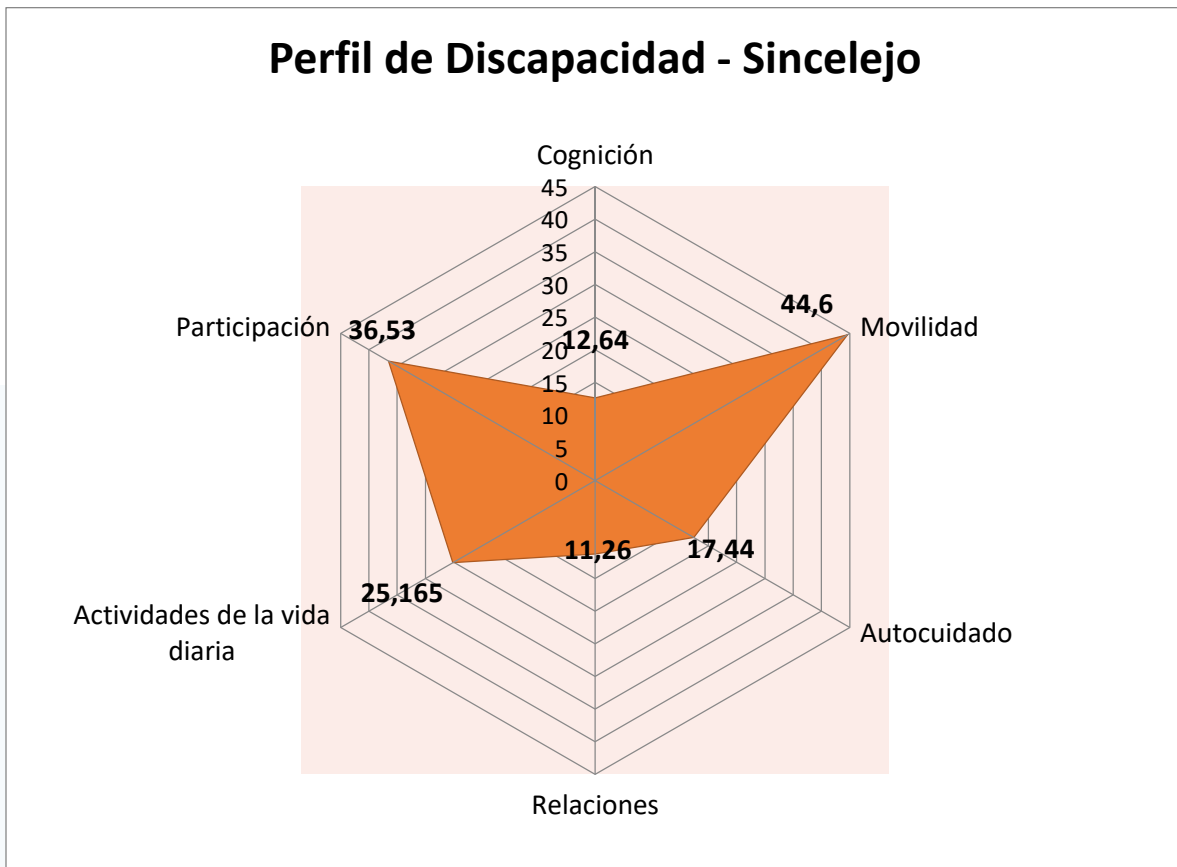
6.3 ANÁLISIS DESCRIPTIVO DE DISCAPACIDAD

En las 125 personas participantes del estudio la media de discapacidad global (escala de 0 a 100) fue de $26,53 \pm 15,4415$ puntos. En cuanto a las áreas evaluadas por el WHODAS 2.0, la que presentó mayor promedio de puntuación fue movilidad $44,60 \pm 32,3139$. El área con menor promedio de puntuación fue la de relaciones con 11,26 puntos. Ver tabla 9 y grafico radial 1.

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

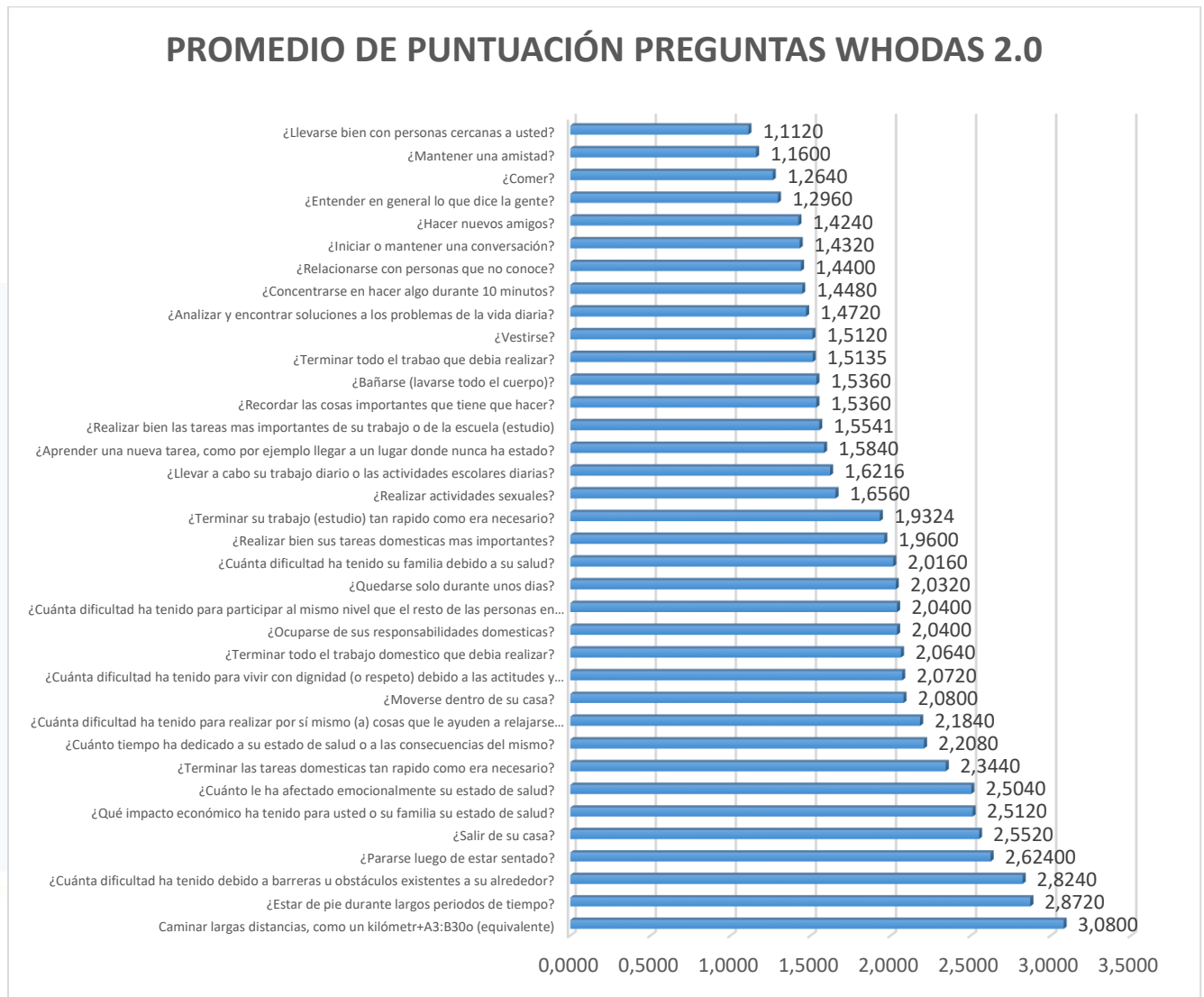
Áreas y global Discapacidad	Media	Desv. Tip	Mínimo	Máximo
Cognición	12,64	16,0841	,00	75,00
Movilidad	44,60	32,3139	,00	100,00
Cuidado Personal	17,44	23,8579	,00	100,00
Relaciones	11,26	13,7280	,00	58,33
Actividades de la vida diaria	32,48	26,6293	,00	100,00
Actividades de la vida diaria-Trabajo remunerado	17,85	19,3640	,00	78,57
Participación	36,53	16,9262	4,17	83,33
Puntuación global de discapacidad -WHODAS 2.0-	26,53	15,4415	4,35	79,35

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: caminar largas distancias como un kilómetro con 3,08 puntos; estar de pie durante largos períodos de tiempo con 2,87 y cuanto dificultad ha tenido debido a barreras u obstáculos existentes en el mundo que lo rodea (entorno o alrededor) con 2,82 puntos; mientras que la actividad con menor promedio fue llevarse bien con personas cercanas a usted con 1,11 puntos 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 a la discapacidad global recodificada a partir de las 6 áreas del WHODAS 2.0, se encontró que el 48% de los encuestados presentaron discapacidad leve . Ver tabla 10.

Tabla 10. Grado de Discapacidad WHODAS 2.0

Grado de Discapacidad	FA	%
Ninguna	2	1,6
Leve	60	48,0
Moderada	54	43,2
Severa	9	7,2
Extrema	0	0
Total	125	100,0

Fuente: Elaboración propia de los investigadores (2017)

La mayor proporción de grado de discapacidad extrema fue para el área de movilidad con 7,2%. El área de Actividades de la vida diaria-trabajo remunerado fue la que evidenció mayor proporción de discapacidad leve con un 62,4%. Ver tabla 11.

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

Áreas	Grado	FA	%
Cognición	Ninguna	46	36,8
	Leve	53	42,4
	Moderada	20	16,0
	Severa	6	4,8
	Extrema	0	0
	Total	125	100,0
Movilidad	Ninguna	16	12,8
	Leve	28	22,4
	Moderada	17	13,6
	Severa	55	44,0
	Extrema	9	7,2
	Total	125	100,0
Cuidado Personal	Ninguna	53	42,4
	Leve	36	28,8
	Moderada	21	16,8
	Severa	13	10,4
	Extrema	2	1,6
	Total	125	100,0
Relaciones	Ninguna	59	47,2
	Leve	39	31,2
	Moderada	23	18,4
	Severa	4	3,2
	Extrema	0	0
	Total	125	100,0

Áreas	Grado	FA	%
Actividades de la vida diaria-trabajo no remunerado	Ninguna	30	24,0
	Leve	21	16,8
	Moderada	35	28,0
	Severa	34	27,2
	Extrema	5	4,0
	Total	125	100,0
Actividades de la vida diaria-trabajo remunerado	Ninguna	22	17,6
	Leve	78	62,4
	Moderada	17	13,6
	Severa	8	6,4
	Extrema	0	0
	Total	125	100,0
Participación	Ninguna	0	0
	Leve	31	24,8
	Moderada	68	54,4
	Severa	26	20,8
	Extrema	0	0
	Total	125	100,0

Fuente: Elaboración propia de los investigadores (2015)

6.4 ANÁLISIS DESCRIPTIVO DE CALIDAD DE VIDA RELACIONADA CON LA SALUD

Para medir calidad de vida relacionada con la salud se utilizó el WHOQOL Bref (World Heart Organization Quality of Life bref) de 26 ítems. Los dominios incluidos en el instrumento son: Físico, Psicológico, Relaciones Interpersonales y Ambiental. El WHOQOL Bref contempla el protocolo para la obtención de las puntuaciones en los 4 dominios, de acuerdo con los ítems que contempla cada dominio del WHOQOL Bref, los puntajes más altos representan mejor percepción de calidad de vida (escala de 0 a 100 puntos). En la muestra participante el dominio con mejor promedio fue el de relaciones interpersonales ($68,06 \pm 14,7308$ puntos), la puntuación promedio más baja fue para el dominio de Ambiente ($57,02 \pm 12,3902$ puntos). Ver tabla 12 y grafico radial 2

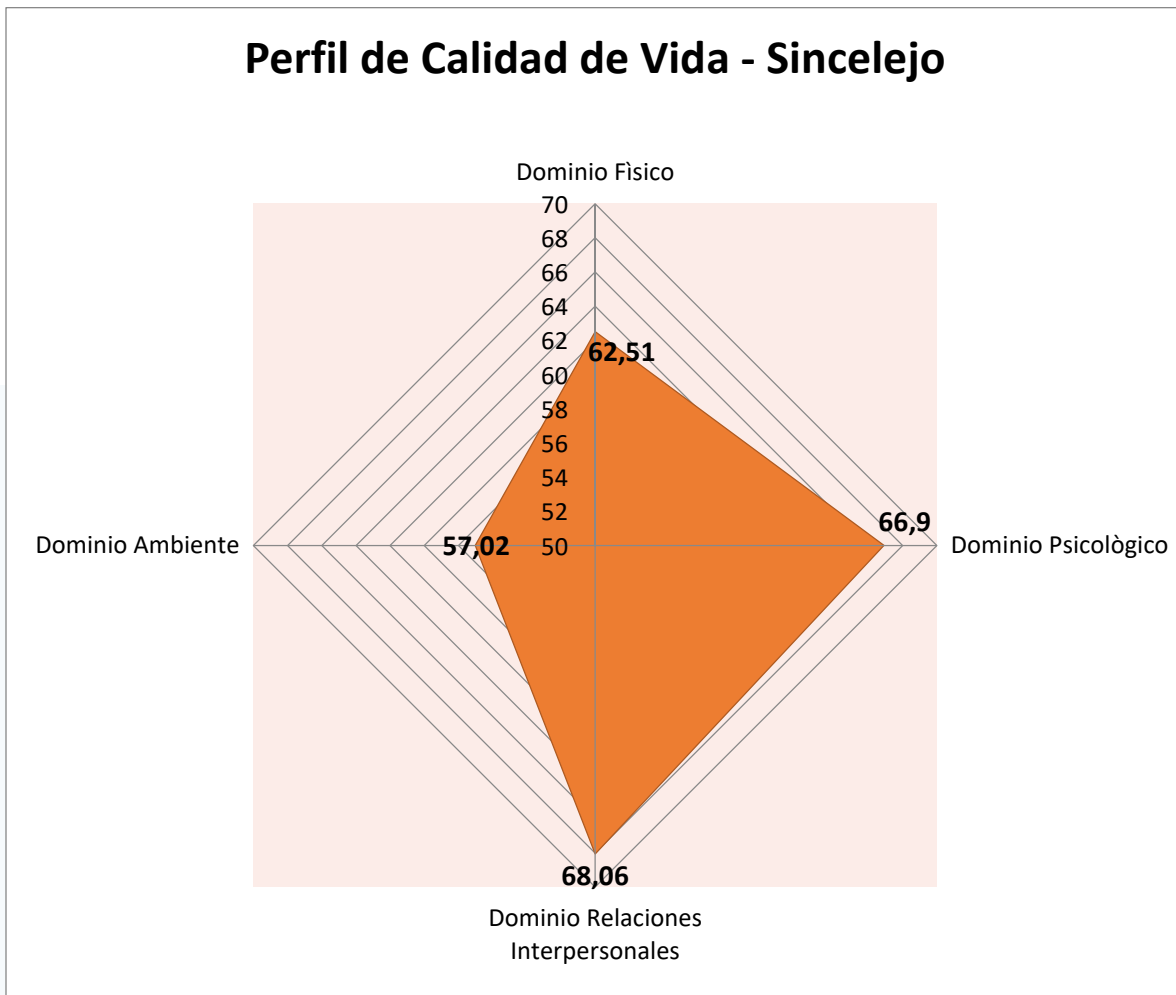
Tabla 12. Estadísticos descriptivos puntaje total por dominios del WHOQOL Bref.

DOMINIOS WHOQOL Bref (0 a 100 puntos)	Mínimo	Máximo	Media	Desviación estándar
Calidad de vida general	0	100	60,40	17,870
Dominio Físico	3,57	96,43	62,51	18,4388
Dominio Psicológico	8,33	100,00	66,90	17,8847
Dominio Relaciones Interpersonales	25,00	100,00	68,06	14,7308
Dominio Ambiente	28,13	84,38	57,02	12,3902

n=125

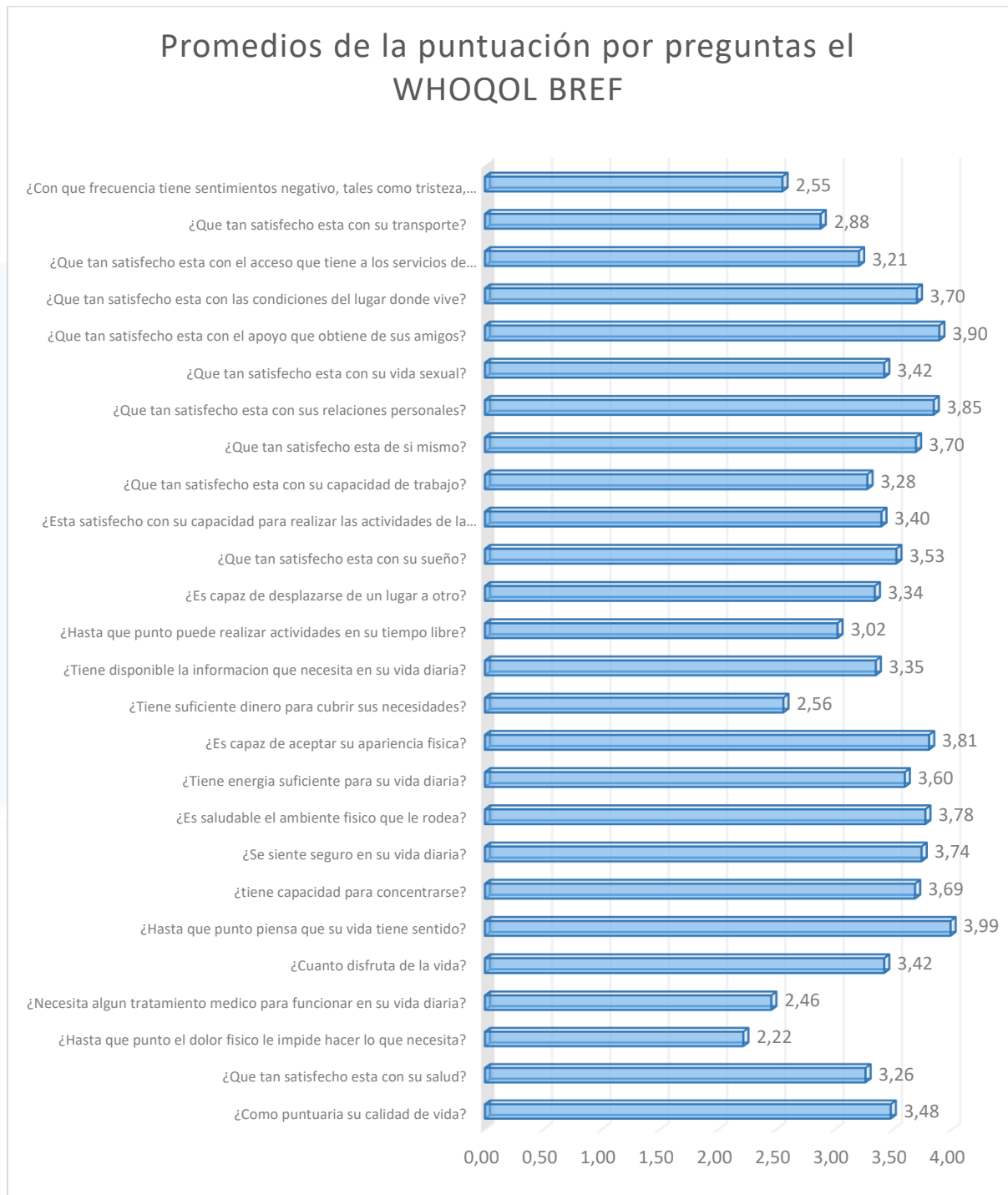
Fuente: Elaboración propia de los investigadores (2017)

Perfil de Calidad de Vida - Sincelejo



Dentro de la muestra del estudio, los ítems con menores promedios de puntuación fueron: ¿Con que frecuencia tiene sentimientos negativos tales como tristeza, desesperanza, ansiedad, depresión? (2,55 puntos) y ¿Que tan satisfecho está con su transporte? (2,88 puntos); mientras que los mayores promedios de puntuación fueron: ¿Hasta qué punto piensa que su vida tiene sentido? (3,99 puntos) y ¿Que tan satisfecho está con el apoyo que obtiene de sus amigos? (3,90 puntos). Ver gráfico 2.

Gráfico 2. Promedios de la Puntuación por preguntas del WHOQOL Bref



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 normal ($p > 0,005$) en el área de participación del WHODAS 2.0, en los dominios físico y ambiente de CVRS y en edad y tiempo de limitación. Este resultado indicó el análisis de correlación no paramétrico.

Tabla 13. Prueba de normalidad para Discapacidad global y por áreas , CVRS por dominios y cuantitativas sociodemográficas y clínicas.

Variables cuantitativas	Media	Desv. Tip	Mínimo	Máximo	Z de	Sig.
					Kolmogorov-Smirnov	asintótica (bilateral)
Cognición	12,64	16,0841	,00	75,00	,229	,000
Movilidad	44,60	32,3139	,00	100,00	,140	,000
Cuidado Personal	17,44	23,8579	,00	100,00	,286	,000
Relaciones	11,26	13,7280	,00	58,33	,258	,000
Actividades de la vida diaria	32,48	26,6293	,00	100,00	,129	,000
Actividades de la vida diaria-Trabajo remunerado	17,85	19,3640	,00	78,57	,223	,000
Participación	36,53	16,9262	4,17	83,33	,077	,065
Puntuación global de discapacidad -WHODAS 2.0-	26,53	15,4415	4,35	79,35	,108	,001
Calidad de vida general	63,740	17,870	,00	100,00	,076	,000
Dominio Físico	3,57	96,43	62,51	18,4388	,094	,091
Dominio Psicológico	8,33	100,00	66,90	17,8847	,103	,002
Dominio Relaciones Interpersonales	25,00	100,00	68,06	14,7308	,175	,000
Dominio Ambiente	28,13	84,38	57,02	12,3902	,075	,081
Edad	43,33	16,4782	20,00	84,00	,088	,019
Tiempo de limitación	281,4320	190,6603	26,00	906,00	,094	,081

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 14 y 15.

Tabla 14. 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	Ordinal	5. Actividades de la vida diaria 6. Participación 7. Discapacidad global	Spearman
13. 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
14. Edad			Pearson

Fuente: Elaboración propia de los investigadores (2017)

Tabla 15. 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 dimensio	Coeficiente 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 Dominio Relaciones Interpersonales Dominio Ambiente	Eta
8. Nivel de estudios alcanzados 9. Estrato socioeconómico 10. Rangos de edad 11. Rangos de tiempo de limitación permanente 12. Ayudas externas utilizadas	Ordinal		Spearman
13. Tiempo Limitación Permanente 14. Edad	Cuantitativa (Intervalo o razón)	Calidad de Vida General Dominio Físico Dominio Relaciones Interpersonales Dominio Ambiente Dominio Psicológico	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 16 y 17.

Tabla 16. 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	Coefficiente de relación
1. Sexo	Dos grupos		U Mann Whitney
2. Estado civil 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	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

Tabla 17. Pruebas de homogeneidad para el contraste para 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 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	Más de dos grupos	Calidad de Vida General Dominio Físico Dominio Psicológico Dominio Relaciones Interpersonales Dominio Ambiente	H de Kruskal Wallis

6.5. RESULTADOS BIVARIADOS

6.5.1 Relación entre variables Sociodemográficas y Discapacidad

La ocupación es la variable que se asoció de manera significativa con las áreas y global de discapacidad. El resto de resultados de asociaciones, algunos significativos estadísticamente, no fueron aceptados por este estudio por evidenciar una fuerza inferior a 0,3. Ver tabla 18

Tabla 18. 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
Sexo del encuestado	ETA	0.074	0.210	0.193	0.131	0.138	0.057	0.072	0.164
	P Valor	0.657	0.562	0.609	0.356	0.416	0.686	0.584	0.394
Edad en años cumplidos	Rho / r	-0.080	0.202*	-0.033	-0.211*	0.095	-0.111	-0.088	0.046
	P Valor	0.374	0.004	0.718	0.003	0.290	0.344	0.330	0.613
Rangos de Edad	Rho / r	-0.086	0.159	-0.054	-0.237**	0.044	-0.161	-0.143	-0.014
	P Valor	0.341	0.076	0.547	0.000	0.626	0.172	0.112	0.879
Escolaridad	Rho / r	-0.207*	0.018	0.062	-0.015	0.059	-0.004	0.081	-0.017
	P Valor	0.005	0.842	0.495	0.871	0.510	0.972	0.969	0.849
Estado civil actual	ETA	0.214	0.233	0.238*	0.185	0.116	0.261	0.123	0.175
	P Valor	0.603	0.740	0.003	0.244	0.112	0.318	0.927	0.440
Ocupación actual	ETA	0.400	0.487	0.652**	0.452	0.496*	0.320*	0.543*	0.655*
	P Valor	0.167	0.043	0.001	0.059	0.005	0.004	0.029	0.049
Afilación en salud	Rho / r	0.064	0.202	0.120	0.194	0.129	0.084	0.065	0.139
	P Valor	0.067	0.718	0.496	0.228	0.654	0.699	0.123	0.929
Ingresos familiares	Rho / r	-0.100	-0.075	-0.070	-0.113	-0.083	-0.175	-0.111	-0.135
	P Valor	0.268	0.407	0.441	0.209	0.359	0.137	0.218	0.133
Estrato socioeconómico	Rho / r	-0.059	0.088	0.066	-0.107	0.127	-0.058	-0.036	0.020
	P Valor	0.515	0.329	0.462	0.234	0.157	0.626	0.687	0.823

*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

El diagnóstico médico, las ayudas externas y los medicamentos consumidos presentaron asociación significativa con discapacidad global. Se destaca la relación encontrada entre las áreas de movilidad y autocuidado con ayudas externas y medicamentos. Las demás asociaciones, algunas de ellas estadísticamente significativas, presentaron una fuerza inferior a 0,3 y por lo tanto no aceptadas para el estudio. Ver tabla 19.

Tabla 19. 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
Diagnóstico médico (CIE 10)	ETA	0.451	0.660	0.458	0.244**	0.484	0.417	0.232*	0.525**
	P Valor	0.367	0.176	0.995	0.001	0.076	0.845	0.003	0.001
Tiempo de evolución de la limitación (meses)	Rho / r	-0.080	-0.202*	-0.033	-0.211**	0.095	-0.111	-0.088	0.046
	P Valor	0.374	0.004	0.718	0.001	0.290	0.344	0.330	0.613
Uso de ayudas externas	ETA	0.004	0.284**	0.237	0.057	0.292	0.056	0.176	0.285
	P Valor	0.470	0.001	0.058	0.862	0.159	0.217	0.256	0.149
Ayudas externas utilizadas	Rho / r	0.262	0.594**	0.406*	0.154	0.404	0.203	0.312	0.429**
	P Valor	0.440	0.001	0.003	0.914	0.506	0.380	0.921	0.001
Uso de medicamentos	ETA	0.136	0.318	0.279	0.025	0.211**	0.229	0.260	0.357
	P Valor	0.681	0.069	0.112	0.658	0.001	0.668	0.286	0.578
Medicamentos utilizados	Rho / r	0.358	0.501*	0.479**	0.281	0.539**	0.541**	0.356**	0.469*
	P Valor	0.152	0.002	0.000	0.473	0.000	0.000	0.001	0.005

*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

La variable ocupación se asocia estadísticamente con calidad de vida general y por dominios. La escolaridad evidenció asociación significativa con los dominios psicológico y ambiental. Resto de asociaciones, algunas significativas estadísticamente, no presentaron fuerza igual o superior a 0,3 motivo por el cual no fueron consideradas en el estudio.

Tabla 20. Relación de variables sociodemográficas con dominios de CVRS.

Variables	Estadístico***	CVRS por dimensiones (escala de 0 – 100 puntos)				
		Calidad de Vida General	Dominio físico	Dominio Psicológico	Dominio Relaciones Interpersonales	Dominio Ambiente
Sexo	Eta	0.157*	0.264**	0.069	0.034	0.105
	P valor	0.002	0.001	0.445	0.706	0.245
Edad	Rho / r	0.154	-0.191*	-0.102	-0.167	-0.163
	P Valor	0.914	0.003	0.257	0.062	0.069
Rangos de edad	Rho	0.025	-0.151**	-0.055	-0.145	-0.123
	P valor	0.658	0.001	0.539	0.107	0.171
Nivel de estudios	Rho	0.281	0.050	0.308**	0.084	0.328**
	P valor	0.473	0.580	0.000	0.351	0.000
Estado civil	Eta	0.004	0.368	0.242*	0.275	0.202
	P valor	0.470	0.126	0.003	0.358	0.211
Ocupación Actual	Eta	0.562**	0.581**	0.491**	0.515**	0.487*
	P valor	0.000	0.000	0.001	0.001	0.048
Afilación a salud	Eta	0.136	0.101	0.187	0.201	0.282**
	P valor	0.681	0.598	0.876	0.079	0.001
Rangos de ingresos familiares	Rho	0.358	0.020	0.215*	0.102	0.247**
	P valor	0.152	0.826	0.004	0.258	0.000
Estrato	Rho	0.281	-0.065	0.119	-0.043	0.269**
	P valor	0.473	0.475	0.184	0.632	0.001

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

*** 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 de calidad de vida relacionada con la salud por dominios y variables clínicas

La calidad de vida general y el dominio físico presentaron asociaciones significativas con las variables clínicas. Se encontró una relación inversa entre el tiempo de limitación con el dominios físico, este hallazgo permite inferir que a mayor tiempo de la limitación peor es la percepción de la calidad de vida desde el componente físico. El resto de asociaciones, algunas estadísticamente significativas, mostraron una fuerza inferior a 0,3 por lo tanto no fueron consideradas en este estudio.

Tabla 21. Relación de variables clínicas con dimensiones de CVRS

Variables		CVRS por dominios					
		Estadístico***	Dominio Físico	Dominio Psicológico	Dominio Relaciones Interpersonales	Ambiente	CV General
Clínicas	Diagnóstico médico (CIE 10)	ETA	0.549	0.351	0.388	0.232*	-,398**
		P Valor	0.050	0.277	0.331	0.003	0,001
	Tiempo de evolución de la limitación permanente (meses)	Rho / r	-0.385**	-0.191*	0.178*	0.051	-,336**
		P Valor	0.000	0.005	0.004	0.571	0,001
	Rangos de tiempo de la limitación permanente	Rho / r	0.415**	0.176*	0.219*	0.114	0,460**
		P Valor	0.000	0.004	0.014	0.204	0,001
	Uso de ayudas externas	ETA	0.495*	0.058	0.169	0.193*	0,282**
		P Valor	0.004	0.520	0.060	0.003	0,000
	Ayudas externas utilizadas	Rho / r	0.360**	0.222	0.379	0.315	0,383**
		P Valor	0.001	0.378	0.282	0.094	0,001
	Uso de medicamentos	ETA	0.533**	0.216*	0.207*	0.072	0,430*
		P Valor	0.000	0.003	0.005	0.422	0,001
	Medicamentos utilizados	Rho / r	0.592**	0.253*	0.300	0.220	0,376
		P Valor	0.000	0.005	0.078	0.283	0,050

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

*** 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)

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

La discapacidad global y las áreas de movilidad, autocuidado y participación evidenciaron relación significativa e inversa con la CV general y todos sus dominios ($p < 0,05$). El dominio físico presentó relación significativa con todas las áreas excepto cognición y relaciones. Estos hallazgos permiten establecer que a menor nivel de discapacidad mejor es la percepción de la calidad de vida.

Tabla 22. 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						
Cognición	Rho	-0.142	-0.318	-0.135	-0.136	0.169
	P Valor	0.113	0.018	0.134	0.131	0.060
Movilidad	Rho	-0.584**	-0.389**	-0.359**	-0.354**	-0.379*
	P Valor	0.000	0.001	0.000	0.000	0.002
Cuidado Personal	Rho	-0.598**	-0.352**	-0.353**	-0.492**	-0.578*
	P Valor	0.000	0.000	0.000	0.001	0.004
Relaciones	Rho	-0.112	-0.212**	-0.286**	-0.145	-0.119*
	P Valor	0.214	0.000	0.001	0.106	0.004
Actividades de la vida diaria	Rho	-0.588**	-0.348**	-0.342**	-0.275**	0.058
	P Valor	0.000	0.000	0.000	0.001	0.020
Actividades de la vida diaria Trabajo remunerado	Rho	-0.392**	-0.219*	-0.077	-0.268**	0.222
	P Valor	0.000	0.004	0.395	0.001	0.078
Participación	Rho/r	-0.576**	-0.429**	-0.472**	-0.553**	-0.058*
	P Valor	0.000	0.000	0.000	0.001	0.002
Puntuación global de discapacidad	Rho/r	-0.658**	-0.490**	-0.439**	-0.391**	-0.422**
	P Valor	0.000	0.000	0.000	0.000	0.000

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

*** 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 propósito de la presente investigación fue determinar la relación entre discapacidad y calidad de vida relacionada con la salud en personas adultas con discapacidad en la ciudad de Sincelejo. En el ámbito sociodemográfico los resultados encontrados van en concordancia con estudios realizados tanto a nivel nacional como internacional. Según los hallazgos, la mayoría de los participantes de la ciudad de Sincelejo fueron hombres, situación similar a la encontrada por Sánchez y otros (65), Gil Obando y otros (66), Neves y Álvarez (67); así mismo, es consecuente con lo reportado por la Sala situacional de personas con discapacidad del Ministerio de salud y protección social (68) y con los hallazgos de Daza y otros (69). En cuanto al estado civil, se encontró en su mayoría solteros y adultos jóvenes hallazgos que coinciden con los obtenidos por Gil Obando y otros (66) y por Henao y Pérez (16). En cuanto al nivel de estudios alcanzados predominó secundaria completa, situación análoga a lo reportado por Panqueva y Ríos (70), e igualmente con lo hallado por Acosta y otros (71), contrastando con las observaciones de Correa y Castro (72) según el cual la mayoría de las personas con discapacidad sólo terminó la básica primaria. Frente a esto es importante destacar la importancia que tiene la educación dentro de los determinantes del desarrollo de un país, estando altamente correlacionada con el nivel de ingresos, el empleo, la seguridad y las condiciones de trabajo, lo cual podría explicar los bajos índices de los mismos por parte de las personas con discapacidad participantes en el estudio, afectando decisivamente su calidad de vida e inclusión social. Respecto al estrato socioeconómico, se halló dominancia del estrato 1, con afiliación mayoritaria al régimen subsidiado, datos concurrentes a nivel nacional con Gil Obando y otros (66), Daza y otros (69) y Correa y Castro (72); así mismo afines con lo referido en el informe mundial de discapacidad de la OMS(3) en el que se asevera que en promedio, las personas con discapacidad y las familias con un miembro con discapacidad tienen mayores tasas de privaciones -como inseguridad alimentaria, condiciones deficientes de vivienda, falta de acceso a agua potable y salubridad, y acceso deficiente a atención de salud, sumado a que en la mayoría de los casos las familias y ellos, no se encuentran insertas en el mercado laboral formal. En esa misma línea, Vélez y otros (73) encontraron hallazgos similares, afirmando que los sectores con menores ingresos económicos y que pertenecen a estratos socioeconómicos bajos tienen relación directa con una esperanza de vida baja y mayor riesgo de sufrir enfermedades. Existe una relación directa entre pobreza y discapacidad. Por una parte, la pobreza produce discapacidad, que puede aparecer como consecuencia de una alimentación inadecuada o desnutrición, por falta de cuidados sanitarios -como cuidados perinatales, durante la maternidad- o por causa de enfermedades y deficiencias que podían haberse evitado, siendo el problema principal la falta de prevención. Por otra parte, Martínez (74), expresa que la discriminación que se deriva de la discapacidad lleva a la exclusión, la marginación, la falta de estudios, el desempleo; y todos estos factores aumentan el riesgo de pobreza. Las personas con discapacidad tienen más probabilidades de tener un nivel de ingresos por debajo del umbral de la pobreza, y tienen menos ahorros y propiedades que otros ciudadanos.

Con relación a la situación ocupacional de los participantes en el estudio, se encontró que la mayoría se encuentra trabajando de forma independiente, con ingresos menores a un salario mínimo mensual vigente (SMMLV); esta circunstancia converge con lo presentado por el Ministerio de Salud y Protección Social en la Sala Situación de Personas con Discapacidad (68). Así mismo los datos en mención son congruentes con lo reportado por la Organización Internacional del Trabajo(75), la cual afirma que los miembros de este colectivo tienen más probabilidades de estar desempleados o de ganar menos que quienes no pertenecen a él, y de tener un empleo con escasas perspectivas de promoción y caracterizado por malas condiciones de trabajo. Son muchos los que se desempeñan en la economía informal, que carece de protección, y son pocos, los que tienen acceso al desarrollo de las calificaciones y a otros recursos que les permitirían ganarse la vida con dignidad. Por su parte, Correa y Castro (72) manifiestan al respecto que es difícil conocer las cifras de desempleo e informalidad de la población con discapacidad en Colombia, sin embargo es posible deducir que su posición en el mercado laboral formal e informal no es mejor que la de la media de la población colombiana. Lo anterior permite vislumbrar la situación crítica que vivencia una persona con discapacidad, pues a la luz de los precarios ingresos que devenga, se ven limitados en todas sus dimensiones del desarrollo, teniendo en cuenta que la pobreza limita las libertades humanas y priva a las personas de su dignidad, y en tal sentido, está asociada a los derechos humanos. El ejercicio efectivo del derecho al acceso a los alimentos, a la educación, a la libertad de expresión, a la participación, al empleo, a la cultura, el deporte y al ocio expande directamente la libertad humana y contribuye a que se produzca el desarrollo. En la medida en que las personas con discapacidad se vean privadas del acceso a estos derechos, se encontrarán sometidas a una situación de pobreza (74).

Con respecto a las variables clínicas, el diagnóstico médico más representativo fue el relacionado con enfermedades del sistema nervioso, más de la mitad reportó el uso de ayuda y la de mayor representatividad fue el bastón. Escenario similar describen Quesada y Tamayo (76) cuyas observaciones evidenciaron un mayor predominio de deficiencias en la estructura del sistema nervioso y Gil y otros (66) en el cual se evidenció que más de la mitad de personas con discapacidad estudiadas hacen uso de ayudas externas, y el dispositivo de mayor uso fue bastón. De igual forma de acuerdo con el análisis de la situación de salud, Sucre 2011(77), se reporta como segunda causa de mortalidad en el departamento las enfermedades cerebrovasculares en personas de ambos sexos con edades iguales o superiores a 45 años.

De acuerdo con la evaluación de discapacidad, el presente estudio evidenció que el puntaje de mayor promedio fue Movilidad, mientras que el área con menor promedio de puntuación fue el de relaciones. De manera similar Arango y otros(78) encontraron dichos resultados en estas dos áreas del WHODAS. Respecto a la discapacidad global recodificada a partir de las 6 áreas del WHODAS 2.0, se encontró que el 48% de los encuestados presentaron

discapacidad leve, situación análoga a la encontrada en el estudio de Gil Obando y otros (66) y en el estudio de Flores y otros(79) y con los hallazgos de Castro y Castillo (80). En contraste Daza y otros (69), determinaron un mayor predominio de discapacidad moderada en el 42% de los participantes en su estudio.

Los resultados encontrados en el estudio, frente a calidad de vida evaluada con el WHOQOL Bref mostraron mejores promedios de puntuación para los dominios de relaciones interpersonales ($68,06 \pm 14,7308$ puntos) y psicológico ($66,90 \pm 17,8847$ puntos). Se encontró que la puntuación promedio más baja fue la del dominio de Ambiente ($57,02 \pm 12,3902$ puntos). Salas (81), en su estudio Calidad de vida y factores asociados en mujeres con cáncer de mama, coincidió en que los dominios del WHOQOL BREF en los cuales las mujeres manifestaron tener mejor calidad de vida fueron el psicológico y el social y en los que afirmaron tener peor calidad de vida fueron el físico y el de entorno. Díaz y otros (82) encontraron que el dominio que presentó los puntajes más altos fue el dominio social y el dominio con la escala más baja fue el ambiental. Cardona y otros (83), encontraron mejor promedio de puntuación en el dominio psicológico y en contraste con este estudio, el peor se evidenció en relaciones sociales.

Al efectuar el análisis bivariado entre discapacidad por áreas y global y variables sociodemográficas y clínicas en los participantes de la ciudad de Sincelejo, se encontró que para las variables sociodemográficas hay una correlación alta positiva entre las variables ocupación actual y los dominios cuidado personal. Lo anterior podría explicarse por el hecho de que al tratar de conservar los beneficios que trae consigo el desempeñar una ocupación, las personas se ven en la necesidad de desarrollar prácticas orientadas a controlar los factores internos o externos, que pueden comprometer su vida y desarrollo posterior(83). En contraste, Gil y otros (66) en su estudio destacan que la variable ocupación tuvo mayor fuerza de asociación con las áreas de actividades de la vida diaria y participación.

Frente a los resultados encontrados de la relación entre variables clínicas y discapacidad global y por áreas, el diagnóstico médico tiene una correlación moderada positiva con el dominio discapacidad global. Estos resultados concuerdan con los hallazgos de Gil Obando y otros (66), y en esa misma línea, Marján y otros (84) revelan la importancia del diagnóstico en el manejo de la discapacidad, encontrando en su estudio sobre Calidad de vida y discapacidad en el trastorno de ansiedad generalizada que existe una deficiente validez de los criterios diagnósticos de TAG, ya que, cuentan con una muy baja especificidad, lo que se enmascara con los criterios diagnósticos de la depresión. Esta comorbilidad aumenta la carga económica tanto individual como social, y representa mayor discapacidad y un mayor reto en el tratamiento de estas personas. En este sentido, cabe resaltar lo expuesto por Esquivia (85), quien refiere que es fundamental que en el plan de estudios del pregrado médico, se incluya el concepto de Discapacidad y así garantizar que estos profesionales adquieran las competencias requeridas para la atención del paciente en condición de Discapacidad y sus acciones estén dirigidas no solo a la promoción y mantenimiento de la

salud, sino también a la prevención de las enfermedades, el diagnóstico, el tratamiento y su rehabilitación. El estudiante de pregrado de medicina debe conocer y ser capaz de identificar los factores de riesgo que llevan a la discapacidad, orientar el diagnóstico médico y tener un concepto claro acerca del tratamiento integral de rehabilitación.

En torno a las variables tipo de ayudas externas se logró establecer que tiene unas correlaciones positivas moderadas, con el área de movilidad, es decir, dependiendo el tipo de ayudas externas así será la disposición de las personas con discapacidad para moverse en su entorno. Por otra parte se establece también una correlación baja y moderada positiva entre el tipo de ayuda externa utilizada y la discapacidad global de las personas, es decir, el tipo de ayuda externa mitiga las limitaciones de movilidad en las personas con discapacidad. En coherencia con estos hallazgos, Gil y otros (66) en los resultados de las variables clínicas con discapacidad por áreas y global (WHO-DAS II), evidenció relación estadísticamente significativa con fuerza de asociación buena, entre las variables diagnóstico médico, tipo de ayudas externas y tipo de medicamentos con el área de movilidad. Según la OMS (86) los dispositivos y las tecnologías de apoyo como sillas de ruedas, prótesis, ayudas para la movilidad, audífonos, dispositivos de ayuda visual y equipos y programas informáticos especializados aumentan la movilidad, la audición, la visión y las capacidades de comunicación en las personas con discapacidad. Con la ayuda de estas tecnologías, las personas con discapacidad pueden mejorar sus habilidades y, por tanto, están más capacitados para vivir de forma autónoma y participar en sus sociedades.

En consonancia con lo anterior, en el documento de posición conjunta sobre suministro de dispositivos de movilidad en entornos con recursos escasos la Organización Mundial de la Salud (87), expresa que el uso de dispositivos de movilidad conviene a las personas que tienen problemas de movilidad a consecuencia de distintas afecciones y discapacidades. También son adecuadas para las personas mayores con dificultades para moverse. Los estudios realizados han puesto de manifiesto que, siempre que sean adecuadas para el usuario y su entorno, las tecnologías de apoyo o auxiliares tienen efectos importantes en el grado de independencia y participación al que pueden aspirar las personas con discapacidad. Estos sistemas reducen la necesidad de servicios de apoyo. El empleo de dispositivos de movilidad, en particular, crea oportunidades educativas y laborales, contribuye a mejorar la salud y la calidad de vida y también pueden contribuir a prevenir caídas, traumatismos, una mayor discapacidad y muerte prematura. En contraste con esto, Herrera y otros (88) en el estudio Problemas con el uso de sillas de ruedas y otras ayudas técnicas y barreras sociales a las que se enfrentan las personas que las utilizan, encontró que toda la evidencia obtenida sugiere que las ayudas no son concebidas para que los usuarios puedan hacer frente a sus necesidades. Lo anterior puede generar situaciones de abandono o de infrautilización de la ayuda, con la consiguiente repercusión negativa en la calidad de vida de los usuarios.

Según el estudio, las mayores puntuaciones medias en los dominios movilidad, autocuidado y discapacidad global los obtuvieron las personas con discapacidad que usan en su orden sillas de ruedas, muletas o bastón. De acuerdo con estos resultados, las limitaciones a nivel de movilidad como caminar o desplazarse largas distancias, moverse dentro y fuera de su hogar, implica la necesidad de uso de ayudas externas como silla de ruedas. Así mismo, para poder efectuar actividades de la vida diaria tales como bañarse, vestirse o quedarse solo durante unos días debido a la existencia de la limitación antes mencionada, es preciso también la utilización de dispositivos externos.

Con referencia a la variable uso de medicamentos se determinó que tiene una correlación moderada positiva con el dominio actividades de la vida diaria (trabajo no remunerado), pertinente a esto, Martín y otros (89) puntualiza que los padecimientos crónicos requieren de tratamientos de larga duración o a largo plazo para su adecuada evolución y control.

De acuerdo con los resultados obtenidos, el tipo de medicamento que mostró mayor representatividad fueron los antihipertensivos; en ese orden de ideas, y de acuerdo con la correlación encontrada, Vinaccia y otros,(90) afirma que en revisiones recientes sobre los factores psicosociales más relacionados con hipertensión arterial, sigue apareciendo el patrón de conducta tipo A, que se manifestaba en ciertos factores del habla, psicomotores y conductas disruptivas que conducen incluso al aislamiento social. Esto, obliga a diversos cambios en los hábitos y estilos de vida que los sujetos deben afrontar, lo que implica reajustes psicológicos de gran impacto para los mismos en su calidad de vida. Así mismo, consideró que una peor red social se asocia con valores más altos de presión arterial; frente a esto es claro que del consumo medicamentoso favorece decisivamente la participación social del individuo, así como la falta del mismo afecta de manera negativa dicha interacción.

En cuanto a la correlación entre medicamento utilizado y cuidado personal, Velandia y Rivera (91), expresan que con los resultados de su estudio corroboran la teoría del déficit de autocuidado de Orem quien identificó que el estado de salud es un factor básico condicionante que influye en la agencia de autocuidado.

Por otra parte, las mayores puntuaciones medias en las áreas de autocuidado, relaciones con otras personas, actividades de la vida diaria (trabajo no remunerado) y participación en sociedad las obtuvieron las personas con discapacidad que utilizan medicamentos como los corticoides, los antirretrovirales, los antibióticos y los ansiolíticos. Para Escobar (92), el autocuidado entendido como un acto de vida que permite a cada uno convertirse en sujeto de sus propias acciones, es un proceso voluntario de la persona para consigo misma, es una de las conductas que en la actualidad se está promoviendo en diversos campos que incluso trasgreden los meramente salubres obteniendo resultados favorables, reflejados en una mejor calidad de vida de quienes se apropian de esta práctica.

Con base en los resultados, se infiere que la mayoría de los individuos participantes en la ciudad de Sincelejo, da cuenta de la precaria condición ocupacional que enfrentan las personas con discapacidad, las cuales se dedican mayoritariamente a actividades informales, circunstancia que en parte se puede asociar con las escasas oportunidades que vivencias las mismas en todas las esferas de su desarrollo. Para Palomo (93), las personas con discapacidad las posibilidades de inserción laboral están sujetas no sólo a las fluctuaciones económicas del entorno, sino a los condicionantes de “la propia discapacidad”. Son muchos los datos que revelan que las personas con discapacidad se encuentran en una posición relativamente débil a la hora de competir por un puesto de trabajo. La divergencia estructural entre las capacitaciones que tienen las personas y las exigidas por el mercado laboral es uno de los problemas esenciales a las que se enfrenta el colectivo. Estas, se incrementan por el hecho de que la formación no ha estado suficientemente ajustada a las oportunidades de empleo. Sin embargo, una de las mayores dificultades de integración laboral proviene de las barreras físicas y psicológicas (estereotipos) que todavía anidan en la sociedad. Además el tipo de discapacidad, su gravedad o severidad y el sexo, entre otras cosas, condicionan también las posibilidades de inclusión laboral, la cual se caracteriza por bajas tasas de actividad, altas tasas de desempleo, escaso nivel formativo, falta de confianza para encontrar empleo busca del mismo a una edad avanzada, escaso o nulo conocimiento de las técnicas de búsqueda de empleo, carencia de proyecto formativo definido y desconocimiento del mercado de trabajo. En España, de acuerdo con el Instituto Nacional de Estadística INE (94), la tasa de actividad de las personas con discapacidad en 2013 era del 37,4%, casi 40 puntos inferior a la de la población sin discapacidad, la tasa de ocupación era del 24,3%, menos de la mitad que la del caso sin discapacidad, y la tasa de paro del 35,0%, superior en 9 puntos a la de la población sin discapacidad. Por su parte, la tasa de actividad del colectivo de personas con grado de discapacidad más leve (inferior al 45%) se situaba en el 54,8%, y decrecía hasta el 18,3% para el grupo de personas con discapacidad con mayor grado (mayor o igual al 65%). En cuanto a la composición de la población ocupada, en el caso de personas con discapacidad hay más personas en puestos de ocupaciones bajas y menos en puestos de ocupaciones altas que entre los trabajadores sin discapacidad. La relación entre el nivel salarial y el grado de discapacidad no es lineal, en buena parte debido a la acción de las entidades especializadas en el apoyo a los colectivos de mayor grado de discapacidad. Para personas con grado de discapacidad hasta el 64% el salario medio disminuye a medida que se incrementa la intensidad de la discapacidad.

En esa misma línea, Rodríguez (95) encontró que en el caso de la descomposición salarial en función del grado de discapacidad, la mayor diferencia salarial se observó para los trabajadores con un grado de discapacidad superior al 64%; sin embargo, también es el colectivo en el que en mayor medida se puede explicar esta diferencia por las distintas características de los trabajadores que lo componen. Esta gradación del tamaño del componente de las diferencias salariales relacionadas con distintos rendimientos puede ser interpretado como la existencia de

discriminación estadística más que de discriminación por prejuicios pues las discapacidades más severas son más fácilmente identificables y es menos difícil valorar su impacto sobre la productividad (y consecuentemente sobre los salarios).

Los resultados de este estudio guardan relación con el hecho que en Colombia no es posible saber a ciencia cierta la relación entre la pobreza y la discapacidad, no obstante, desde la experiencia de las organizaciones sociales es posible afirmar que en primer lugar las personas con discapacidad en este país hacen parte de la población pobre y más pobre, y en segundo lugar la discapacidad, ante la falta de respuesta estatal y social, en muchos casos crea y aumenta los riesgos de caer en la pobreza para las personas y sus familias. Más de la mitad de las mujeres con discapacidad registradas en el RLCPD no tiene ingresos, mientras que un mínimo porcentaje de ellas sólo alcanza ingresos menores a \$500.000 pesos (inferiores al salario mínimo mensual). De otro lado, la mayoría de los hombres con discapacidad registrados no tiene ingresos, y un porcentaje muy similar al de las mujeres tiene ingresos menores a \$500.000 pesos (inferiores al salario mínimo mensual) (72).

Al analizar la calidad de vida por dominios con las variables sociodemográficas se encontró que hay una correlación fuerte positiva entre la variable sociodemográfica ocupación actual y los dominios físico, Psicológico y Relaciones Interpersonales de calidad de vida. Consecuente con estas observaciones, Becerra y otros (96), utilizando también WhoQol Bref encontró la correlación entre las variables de ocupación y la puntuación general de calidad de vida, evidenciando por tanto que los pacientes al estar realizando diferentes trabajos se encuentren activos lo que les permite no centrarse únicamente en el problema e interactuar con otros posibilitando de esa manera que su calidad de vida en general sea buena. De igual forma, Hernández y otros (97), Utilizando un instrumento distinto encontraron la misma correlación entre ocupación y niveles de calidad de vida.

Al analizar las correlaciones entre las variables clínicas y los dominios determinantes de la calidad de vida se observó que la variable uso de medicamentos y tipo de medicamentos son las que más se correlacionan positivamente con el dominio físico. Los hallazgos mostraron que la media más alta fue para el grupo de participantes que no usan medicamentos. En concordancia con los resultados, Palacios y otros (98) encontró que más de la mitad de los participantes en su estudio con politerapia tienen mala calidad de vida, o regular; solo una minoría presenta buena calidad de vida, mientras que en monoterapia hay una distribución menos heterogénea, encontrándose la mitad de pacientes con buena, muy buena y excelente calidad de vida. Esta información es evidencia que la politerapia influye en la calidad de vida como factor negativo. Así mismo, los resultados son congruentes con lo hallado por Tavares y otros (99).

Con relación a la Calidad de Vida Relacionada con la Salud por dimensiones y discapacidad por áreas y global, se encontró correlaciones significativas entre los diferentes dominios establecidos para evaluar la discapacidad y cada uno de los dominios determinados para evaluar la calidad de vida de los participantes en la ciudad de Sincelejo, en particular entre los dominios de discapacidad: movilidad, autocuidado, actividades de la vida diaria (trabajo no remunerado) y participación en sociedad, con el dominio físico de calidad de vida. Estas correlaciones son altas y negativas, es decir, estos dominios de la discapacidad repercuten de manera inversa sobre el dominio físico de la calidad de vida de las personas que tienen estas dificultades. Estos hallazgos concuerdan con lo encontrado por Ambriz Murillo y otros (100) cuyos resultados permitieron efectuar la inferencia que los niveles de calidad de vida relacionada con la salud disminuyen en enfermedades crónicas y sus diferencias radican en la percepción del dolor y la discapacidad. En contraste a los hallazgos de este estudio, González y otros (101), en su estudio acerca de la calidad de vida en pacientes con discapacidad motora, pudo apreciar que no se encontró diferencias significativas en relación a la salud mental y la calidad de vida de los pacientes con discapacidad y no pudo inferir la relación entre salud mental alterada y discapacidad motora.



8. CONCLUSIONES

1. El presente estudio se realizó en la ciudad de Sincelejo con 125 personas con discapacidad, la mayoría hombres, adultos jóvenes, solteros, afiliados al régimen subsidiado y de estrato socioeconómico bajo, cerca de una tercera parte son trabajadores independientes. Las enfermedades del sistema nervioso y del sistema osteomuscular fueron las condiciones de salud a las cuales se atribuye la limitación permanente en la mayoría de los participantes
2. La discapacidad en grado leve se evidenció en cerca de la mitad de la muestra, siendo el área de movilidad la de mayor promedio de puntuación (mayor limitación).
3. La calidad de vida general fue evaluada con una calificación de 60,40 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 aspectos como Seguridad en la vida diaria, Ambiente físico (polución/ ruido/ tráfico/ clima), Recursos económicos, Oportunidades para adquirir información y habilidades nuevas, Participación en/ y oportunidades de descanso, recreo/actividades de ocio, Ambiente del hogar, Sistemas sanitario y social: accesibilidad y calidad, Transporte son deficientemente percibidos en la población con discapacidad participante y deberán ser tenidos en cuenta como indicadores de percepción de calidad de vida.
4. La ocupación es la variable sociodemográfica evidencia relación estadísticamente con discapacidad (global y áreas) y calidad de vida (general y dominios). El diagnóstico médico, las ayudas externas y los medicamentos son las variables clínicas que mostraron asociación significativa con discapacidad global.
5. Todas las variables clínicas mostraron asociación significativa con el dominio físico y calidad de vida general. La relación inversa entre tiempo de limitación y dominio físico permite concluir que a mayor tiempo de evolución de la discapacidad peor es la percepción de calidad de vida desde el rol físico.
6. El área de movilidad, autocuidado, participación y global de discapacidad evidenciaron relación significativa e inversa con los dominios y general de CVRS, lo anterior permite plantear que en la población participante la mejor percepción de calidad de vida se asocia con menor grado de discapacidad.

9. RECOMENDACIONES

En la población participante del estudio en el municipio de Sincelejo 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 sociolaboral de manera tal que permita satisfacer una necesidad de las personas con discapacidad referida a autonomía y autogestión de su vida y sus familias.

Resulta importante enfatizar en las intervenciones en el dominio físico (nivel corporal), los participantes perciben que aspectos como la presencia de dolor, la dependencia a medicamentos y ayudas médicas, la fatiga, la alteración en movilidad, en el sueño o en descanso debidas condiciones físicas afectan la percepción de calidad de vida.

El análisis de los datos obtenidos en este estudio refleja la lucha constante que vivencian en su cotidianidad las personas con discapacidad por lograr su verdadera inclusión social, obstaculizada en gran medida por barreras de acceso a servicios considerados básicos. Ante esta situación, resulta decisivo instar a las entidades involucradas en el municipio de Sincelejo a empoderarse de su labor en el área de la discapacidad y convertirse en garantes del cumplimiento de la normatividad que al respecto está vigente en Colombia, toda vez que desde el punto de vista socioeconómico se pueden considerar sus componentes como factores modificables en aras de ofrecer a este colectivo mejores condiciones de vida.

El desconocimiento de derechos hace cada vez más vulnerable a la población con discapacidad. Es así como con la capacitación constante y actualizada en este ámbito contribuirá crucialmente en el aprovechamiento de los recursos disponibles para el goce efectivo de los mismos y participación, área que fue la peor calificada en discapacidad por los participantes de este estudio.

Finalmente, debido a la escasez de producciones científicas locales con relación a esta área del conocimiento, es importante promover desde los diversos sectores involucrados tales como salud, educación, económico, de transporte, comunicaciones, entre otros, la realización de estudios con variedad de tipos y diseños que nutran sustancialmente la realidad contextualizada de las personas con discapacidad en el municipio de Sincelejo.

10. EJECUCIÓN PRESUPUESTO

RUBROS	VALOR
Personal	\$ 4.600.000
Salidas de Campo	\$ 2.000.000
Materiales	\$ 500.000
Bibliografía	\$ 700.000
TOTAL	\$ 7.800.000

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1. Organización Mundial de la Salud, Organización Panamericana de la Salud, Madrid: Ministerio de trabajo y asuntos sociales; Secretaria general de asuntos sociales; Instituto de migraciones y servicios sociales. Clasificación Internacional del Funcionamiento, de la Discapacidad y de la Salud (versión abreviada) [Internet] 2001 [consultado 2017 04 03] Disponible en: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/43360/1/9241545445_spa.pdf
2. Organización Mundial de la Salud; 58ª Asamblea Mundial de la Salud. Discapacidad, incluidos la prevención, el tratamiento y la rehabilitación [Internet] 2005 [consultado 2017 abr 03] Disponible en: http://who.int/disabilities/WHA5823_resolution_es.pdf
3. Organización Mundial de la Salud, Banco Mundial. Resumen: Informe mundial sobre la discapacidad [Internet] 2011 [consultado 2017 abr 03] Disponible en: http://www.who.int/disabilities/world_report/2011/accesible_es.pdf
4. Departamento Administrativo Nacional de Estadística DANE. Censo General 2005 (actualizado); Boletín sobre discapacidad en Colombia [Internet] 2005 [consultado 2017 abr 03] Recuperado a partir de: <http://www.dane.gov.co/index.php/estadisticas-por-tema/salud/discapacidad/>
5. Fundación Saldarriaga Concha. Informe Discapacidad Fundación Saldarriaga Concha. Día mundial de las Personas con discapacidad [Internet] 2012 [consultado 2017 abr 03] Disponible en: <http://www.pactodeproductividad.com/pdf/informediscapacidadfsc.pdf>
6. Ministerio de Salud y Protección Social. Registro para la Localización y Caracterización de Personas con Discapacidad- RLCPD. 2013 [consultado 2017 abr 04]; Disponible en: [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)
7. Organización Mundial de la Salud. Classification, Assessment, and Terminology Team (CAT) - Department for Measurement and Health Information Systems. WHODAS II. Disability Assessment Schedule 2.0. Training manual: a guide to administration. Geneva (Switzerland) [Internet] 2004 [consultado 2017 abr 04] Disponible en: http://www.who.int/classification/icf/WHODAS2.0_12itemsINTERVIEW.pdf
8. Vásquez Barquero J, Herrera Castañedo S, Vázquez Bourgón E, Gaité Pintado L, et al. 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.
9. 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.

10. Kutlay S, Küçükdevci 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.
11. 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).
12. 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.
13. 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.
14. 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.
15. 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.
16. 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.
17. Rios L. Grado de discapacidad en población adulta con insuficiencia renal crónica- IRC en hemodiálisis. Medellín: Universidad Autónoma de Manizales; 2010.
18. 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.
19. 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.
20. 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 [Internet] 2015 [consultado 2017 abr 16] Disponible en: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/170500/1/9874573309_spa.pdf
21. 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.

22. Alonso J, Ebollo P, Vilagut G, Ferrer M. El Cuestionario de Salud SF-36 español: una década de experiencia y nuevos desarrollos. *Gac Sanit.* 2005;135-50.
23. 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.
24. Carrasco R L. Versión española del WHOQOL. Majadahonda (Madrid): Ergón, D.L.; 1998.
25. 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.
26. 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.
27. 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.
28. Ministerio de Salud y Protección Social. Plan Decenal de Salud Pública 2012- 2021 [Internet] [consultado 2017 abr 20] Disponible en: <https://www.minsalud.gov.co/plandecenal/Paginas/home2013.aspx>
29. Colombia. Ministerio de Salud. Resolución 8430 de 1993, octubre 04, por la cual se establecen las normas científicas, técnicas y administrativas para la investigación en salud. Bogotá: El Ministerio; 1993.
30. 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); 1993:53-6.
31. 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.
32. Organización Mundial de la Salud. WHOQOL-User Manual. Geneva: Programme on Mental Health: WHO; 1998.
33. 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.
34. Humprey J. Researching disability politics. Or, some problems with the social model in practice. *Disability & Society.* 2000;15:63-85.
35. Hahn H. The Political implications of disability definitions and data. *Journal of Disability Policy Studies.* 1993;4(2):41-52.
36. 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; 1998:59-76.

37. 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.
38. Organización Mundial de la Salud. 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.
39. Organización Mundial de la Salud. The World Health Organization Quality of life assessment (WHOQOL). Position Paper from the World Health Organization. Soc Sci Med. 1995;41(10):1403-9.
40. Battle Gualda E, citado por BCarmona. Mediciones II: Cómo medir la calidad de vida? Cuestionarios y escalas de salud. Manual de epidemiología para reumatólogos: Majadahonda: Ergón; 2000:41-69.
41. Schalock RL, Brown I, 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.
42. Díaz Llañez G. El bienestar subjetivo. Actualidad y perspectivas. Revista Cubana de Medicina General Integral. 2001;17(6):572-79.
43. Brown R. Quality of Life issues in aging and intellectual disability. Australia and New Zealand Journal of Developmental Disabilities. 1993;18:219-27.
44. Haas B. A Multidisciplinary Concept Analysis of Quality of Life. Western Journal of Nursing Research. 1999;21:728-42.
45. Sobrino J. Desarrollo Urbano y Calidad de Vida. Toluca: El Colegio Mexiquense; 1998.
46. Felce D, Perry J. Quality of life: Its definition and measurement. Research in Development Disabilities. 1995;16:51-4.
47. 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.
48. Schalock R. The concept of quality of life: what we know and do not know. Intellect Disabil Res. 2004;48:203-16.
49. Herdman M, Baró E. La medición de la calidad de vida: fundamentos teóricos. X Badía; D Podzamczar Calidad de vida asociada a la salud e infección por el VIH. 1 ed. Madrid: Jarpyo Editores; 2000:19-33.
50. Erickson P, Patrick D. Health Policy, Quality of Life: Health Care Evaluation and Resource Allocation. New York: Oxford University Press; 1993.
51. Garratt A, Schmidt L, Mackintosh A, Fitzpatrick R. O-IdE. Quality of life measurement: bibliographic study of patient assessed health outcome measures. [Internet] Oxford: Department of Public Health, Institute of Health

- Sciences, University of Oxford; 2002 [consultado 2017 abr 26] Disponible en: <http://www.bmj.com/content/bmj/324/7351/1417.1.full.pdf>
52. Pane S. Instrumentos de calidad de vida relacionada con la salud en la edad pediátrica. Revisión sistémica de la literatura (actualización): Barcelona; 2006.
 53. Mirón Canelo J, Alonso Sardón M, Serrano 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 [Internet] 2008;24(5):336-44 [consultado 2017 abr 26] Disponible en: <http://www.scielosp.org/pdf/rpsp/v24n5/06.pdf>
 54. Guyatt G, Feeny D, Patrick D. Measuring health-related quality of life. Ann Intern Med. 1993;118(8):622–9.
 55. Renty J, Roeyers H. Quality of life in high-functioning adults with autism spectrum disorder. The predictive value of disability and support characteristics. Autism. 2006;10:511-24.
 56. 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. Alicante: España: Universidad de Alicante; 2010.
 57. Carrasco L. The WHO quality of life (WHOQOL) questionnaire: Spanish development and validation studies. Qual Life Res. 2012;21:161-5.
 58. Seattle Quality of Life Group. World Health Organization Quality of Life Instruments (WHOQOL-BREF): Introducing the WHOQOL instruments. Seattle: WHO [Internet] 2011 [consultado 2017 abr 28] Recuperado a partir de: <http://depts.washington.edu/seaqol/WHOQOL-BREF>
 59. Seattle Quality of Life Group. World Health Organization [Internet] [consultado 2017 abr 28] Disponible en: http://depts.washington.edu/seaqol/docs/WHOQOL_Info.pdf
 60. 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.
 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. <https://reg.discapacidad.sispro.gov.co/RLCPD/RPD/ReportesVisor.aspx>
 63. Mukaka MM. A guide to appropriate use of Correlation coefficient in medical research. Malawi Medical Journal. 2012;24(3):69-71.
 64. Seattle Quality of Life Group. World Health Organization Quality of Life Instruments (WHOQOL-BREF): Free Download WHOQOL-BREF scoring syntax. Seattle: WHO [Internet] 2011 [consultado 2017 abr 30] Disponible en: http://depts.washington.edu/seaqol/docs/Wq_bref.txt
 65. Sánchez C, Perestelo L, Escobar A, López J, Serrano P. Calidad de vida relacionada con la salud en pacientes con ataxia espinocerebelosas. Rev Neurología (Esp). 2017; 32(3): 143-151

66. Gil-Obando L, López-López A, Avila-Rendón CL, Criollo-Castro CH, Canchala-Obando AM, Serrato-Mendoza MP. Discapacidad y su relación con variables sociodemográficas y clínicas en adultos de San Juan de Pasto - Nariño, Colombia. Rev Univ Salud [Internet] 2016; 18(3): 505-13 [consultado 2017 may 03]. Disponible en: <http://revistas.udenar.edu.co/index.php/usalud/article/view/2744/pdf>
67. Neves P, Alvarez G. Estudio descriptivo de las características sociodemográficas de la discapacidad en América Latina. Rev. Ciência & Saúde Coletiva, (Bra). 2014; 19(12):4889-98.
68. Ministerio de Salud y de Protección Social. Sala situacional de personas con discapacidad. Bogotá: Min Salud 2015; Disponible en: <https://discapacidadcolombia.com/phocadownloadpap/ESTADISTICAS/Sala-situacional-discapacidad-Nacional-agosto-2015.pdf>
69. Daza S, Ramírez M, Salazar M. Modelo predictivo del grado de discapacidad en adultos con lesión medular de Popayán (Colombia): resultados desde el WHO-DAS II [Maestría]. Popayán: Universidad Autónoma de Manizales; 2012.
70. Panqueva S, Ríos A. Caracterización sociodemográfica de personas en condición de discapacidad y su proceso para la inclusión laboral en un grupo de empresas e instituciones en la ciudad de Bogotá (Colombia). [Especialización]. Bogotá D. C: Pontificia Universidad Javeriana; 2014.
71. Acosta M, Parra S, Quino A. Modelo predictivo del grado de discapacidad en adultos con lesión medular de Bogotá (Colombia): resultados desde el WHO-DAS II [Maestría]. Popayán: Universidad Autónoma de Manizales; 2012.
72. Correa Montoya L, Castro Martínez MC. Editorial Fundación Saldarriaga Concha. Discapacidad e inclusión social en Colombia: Informe Alternativo de la Fundación Saldarriaga Concha al Comité de Naciones Unidas sobre los derechos de las personas con discapacidad [Internet] 2016 [consultado 2017 may 05]; Disponible en: <http://www.losalamos.org.co/wp-content/uploads/2016/05/Informe-Alternativo-Saldarriaga-Concha.pdf>
73. Velez C, Vidarte J, Cerón J. Determinantes sociales de la salud y discapacidad: caso Santiago de Cali. Rev. Fac. Nac. Salud Pública [Internet] 2013; 31 (1): 192-202. [Consultado 2017 abr 26] Disponible en: <http://www.scielo.org.co/pdf/rfnsp/v31s1/v31s1a21.pdf>
74. Martínez B. Pobreza, discapacidad y derechos humanos. Revista Española de Discapacidad, (Esp). 2012; 1 (1): 9-32.
75. Oficina Internacional del Trabajo. Empleo para la justicia social y una globalización equitativa: Un breve perfil-personas con discapacidad [Internet] 2012 [consultado 2017 may 05] Disponible en: http://www.ilo.org/wcmsp5/groups/public/---ed_emp/documents/publication/wcms_141381.pdf
76. Quesada D, Tamayo G. Calidad de vida relacionada con salud en personas con limitación en las actividades de la movilidad del municipio de Neiva (Colombia). [Maestría]. Neiva: Universidad Autónoma de Manizales; 2012.

77. Gobernación de Sucre. Análisis de la situación de salud en Sucre. Secretaria Departamental de Salud. Sincelejo, Sucre; 2011.
78. Arango G, Bolaños A, Fernández B. Calidad de vida y discapacidad en personas con enfermedad de Parkinson de la ciudad de Cali (Colombia). [Maestría]. Cali: Universidad Autónoma de Manizales; 2012.
79. Flóres S, Jiménez A, Castellanos W, Zúñiga L, Gonzáles M, Madariaga E, et al. Prevalencia de discapacidad y sus características en población de 18 a 65 años de edad, Honduras, Centro América, 2013-2014. Rev Med Hondur [Internet] 2015; 83(2): 1-11 [consultado 2017 may 05] Disponible en: http://www.bvs.hn/Honduras/UICFCM/Articulo3_Vol83-1-2-Discapacidad.Sujetos.18-65a.pdf
80. Castro Alzate Elvis Siprián, Castillo Martínez Alejandro. Factores relacionados con la carga de discapacidad en personas con intento de suicidio, atendidas en la red pública de servicios de salud de Santiago de Cali. rev.colomb.psiquiatr. [Internet]. 2013 Ene [citado 2017 Ago 11] ; 42(1): 29-50. Disponible en: http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-74502013000100004&lng=es.
81. Salas C. Calidad de vida y factores asociados en mujeres con cáncer de mama, inscritas en los programas de tratamiento oncológico. Antioquia (Colombia). [Maestría]. Medellín: Universidad de Antioquia; 2009.
82. Díaz Cárdenas S, Arrieta Vergara K, Güette Oliveros A, Silva Guerra JP. Calidad de vida y factores asociados a la salud en estudiantes de odontología de la Universidad de Cartagena [Trabajo de Grado] Cartagena: Universidad de Cartagena [Internet] 2015 [consultado 2017 may 05] Disponible en: <http://190.242.62.234:8080/jspui/bitstream/11227/2028/1/CALIDAD%20DE%20VIDA%20Y%20FACTORES%20ASOCIADOS%20A%20LA%20SALUD.pdf>
83. Cardona Arias JA, Alvarez Mendieta MI, Pastrana Restrepo S. Calidad de vida relacionada con la salud en adultos mayores de hogares geriátricos, Medellín, Colombia, 2012. Rev Cienc Salud [Internet] 2014; 12(2): 139-55 [consultado 2017 may 05] Recuperado a partir de: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=56231201002>
84. Marjan López de la Parra MP, Mendieta Cabrera D, Muñoz Suarez MA, Díaz Anzaldúa A, Cortés Sotres JF. Calidad de vida y discapacidad en el trastorno de ansiedad generalizada. Salud Ment [Internet] 2014; 37(6): 509-16 [consultado 2017 may 06] Disponible en: <http://www.medigraphic.com/pdfs/salmen/sam-2014/sam146i.pdf>
85. Esquivia C. La inclusión del concepto de discapacidad en el plan de estudios del programa de medicina. Bogotá (Colombia). [Especialización]. Bogotá: Universidad Militar Nueva Granada; 2014.
86. Organización Mundial de la Salud. Informe mundial sobre la discapacidad. New York, USA 2011.
87. Organización Mundial de la Salud, United States Agency International Development. Documento de posición conjunta sobre suministro de dispositivos de movilidad en entornos con recursos escasos [Internet] 2012 [consultado 2017 may 06] Disponible en: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/75859/1/9789243502885_spa.pdf

88. Herrera Saray P, Peláez Ballestas I, Ramos Lira L, Sánchez Monroy D, Burgos Vargas R. Problemas con el uso de sillas de ruedas y otras ayudas técnicas y barreras sociales a las que se enfrentan las personas que las utilizan. Estudio cualitativo desde la perspectiva de la ergonomía en personas discapacitadas por enfermedades reumáticas y otras condiciones. *Reumatol Clin* [Internet] 2013; 9(1):24-30 [consultado 2017 may 06] Disponible en: <http://www.reumatologiaclinica.org/es/problemas-con-el-uso-sillas/articulo/S1699258X12001623/>
89. Libertad de los Angeles MA, Grau Abalo JA, Espinosa Brito AD. Marco conceptual para la evaluación y mejora de la adherencia a los tratamientos médicos en enfermedades crónicas. *Rev Cubana Salud Publica* [Internet] 2014; 40(2): 225-38 [consultado 2017 may 06] Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-34662014000200007&lng=es
90. Vinaccia S, Quiceno JM, Fernández H, Gaviria AM, Chavarría F, Orozco O. Apoyo social y adherencia al tratamiento antihipertensivo en pacientes con diagnóstico de hipertensión arterial. *Informes psicológicos* [Internet] 2006; 8:89-106 [consultado 2017 may 06] Disponible en: <https://revistas.upb.edu.co/index.php/informespsicologicos/article/view/6120>
91. Velandia A, Rivera L. Agencia de Autocuidado y Adherencia al Tratamiento en Personas con Factores de Riesgo Cardiovascular. *Rev Salud Publica* [Internet] 2009; 11(4): 538-48 [consultado 2017 may 06] Disponible en: <http://www.scielosp.org/pdf/rsap/v11n4/v11n4a05>
92. Escobar M, Franco Z, Duque J. El autocuidado: un compromiso de la formación integral en educación superior. *Hacia la Promoción de la Salud* [Internet] 2011; 16(2):132-46 [consultado 2017 may 06] Disponible en: <http://www.scielosp.org/pdf/rsap/v11n4/v11n4a05>
93. Confederación Coordinadora Estatal de Minusválidos Físicos de España COCEMFE; Palomo Yuste J. La Inserción Laboral de las Personas con Discapacidad [Internet] 2012 [consultado 2017 may 06]. Disponible en: <http://www.larediberoamericana.com/wp-content/uploads/2012/07/LA-INSERCI%C3%93N-LABORAL-DE-LAS-PCD.pdf>
94. Instituto Nacional de Estadística. El Salario de las personas con discapacidad 2014, Informe de Resultados [Internet] Madrid, 2017 [consultado 2017 may 06] Disponible en: http://www.ine.es/metodologia/t22/informe_spd.pdf
95. Rodríguez J, Escalona J, Rodríguez R, Fernández M, Valdivie L, Cuello T. Intervención educativa sobre calidad de vida en el adulto mayor. Chacao. Miranda (Venezuela). Sociedad Cubana de Educadores en Ciencias de la Salud de Holguín; 2015.
96. Becerra L, Chalarca T, González M. Relación entre calidad de vida relacionada con la salud (CVRS) y estrategias de afrontamiento en un grupo de pacientes mayores de 18 años en tratamiento con leucemia

- mieloide crónica (LMC) pertenecientes a la institución oncólogos del occidente de la ciudad de Pereira (Col). [Maestría]. Pereira: Universidad Católica de Pereira; 2012.
97. Hernández RY, García-Viniegras CR. Calidad de vida relacionada con la salud en pacientes con hernia discal lumbosacra. Rev Hospital Psiquiátrico de la Habana [Internet] 2015; 12(1) [Consultado 2017 may 04] Disponible en <http://new.medigraphic.com/cgi-bin/resumen.cgi?IDARTICULO=63486>
 98. Palacios E, Vicuña M, Pulido AC, Vergara JP. Calidad de vida en pacientes con epilepsia que son atendidos en el departamento de neurología del Hospital San José de Bogotá. Acta Neurol Colom [Internet] 2015; 31(3): 235-9 [consultado 2017 may 06] Disponible en: [http://riberdis.cedd.net/bitstream/handle/11181/4898/Calidad de vida en pacientes con epilepsia que son atendidos en el departamento de neurolog%C3%ADa del Hospital San Jose de Bogota.pdf?sequence=1&rd=0031687209216082](http://riberdis.cedd.net/bitstream/handle/11181/4898/Calidad%20de%20vida%20en%20pacientes%20con%20epilepsia%20que%20son%20atendidos%20en%20el%20departamento%20de%20neurolog%C3%ADa%20del%20Hospital%20San%20Jose%20de%20Bogota.pdf?sequence=1&rd=0031687209216082)
 99. Tavares Darlene Mara dos Santos, Paiva Mariana Mapelli de, Dias Flavia Aparecida, Diniz Marina Aleixo, Martins Nayara Paula Fernandes. Características sociodemográficas y calidad de vida de ancianos con hipertensión arterial sistémica que viven en la zona rural: importancia del papel del enfermero. Rev. Latino-Am. Enfermagem [Internet]. 2013 Apr [cited 2017 May 05] ; 21(2): 515-522. Disponible en: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S010411692013000200515&lng=en. <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-11692013000200007>.
 100. Ambriz Murillo Y, Menor Almagro R, Campos-González I, Cardiel M. Calidad de vida relacionada con la salud en artritis reumatoide, osteoartritis, diabetes mellitus, insuficiencia renal terminal y población geriátrica. Experiencia de un Hospital General en México. Rev Reumatol Clin [Internet] 2015;11:68-72 – 11(2) DOI: 10.1016/j.reuma.2014.03.006
 101. González S, Tello J, Silva P, Lüders C, Butelmann S, Fristch R, et al. Calidad de vida en pacientes con discapacidad motora según factores sociodemográficos y salud mental. Chil Neuro-Psiquiat [Internet] 2012; 50(1): 23-34 [consultado 2017 may 06] Disponible en: <http://www.scielo.cl/pdf/rchnp/v50n1/art03.pdf>
 102. Alcaldía de Sincelejo. Plan de desarrollo 2016-2019 “Ciudad con Visión”. 2016 abr 29 [Internet] Sec Ciudadanos, Proyectos de Normatividad [consultado 2017 may 06] Disponible en: <http://www.alcaldiadesincelejo.gov.co/Ciudadanos/ProyectosNormatividad/Plan%20de%20Desarrollo%20Municipal%202016%20-%202019.pdf>
 103. Alcaldía de Sincelejo. En Sincelejo se realizó el Primer Comité de Discapacidad 2017. 2017 abr 25 [Internet] Sec Nuestra Alcaldía, Sala de Prensa [consultado 2017 may 06] Disponible en: <http://www.alcaldiadesincelejo.gov.co/NuestraAlcaldia/SaladePrensa/Paginas/EN-SINCELEJO-SE-REALIZ%C3%93-EL-PRIMER-COMIT%C3%89-DE-DISCAPACIDAD-2017.aspx>



ANEXOS

ANEXO 1. FORMATO DE CONSENTIMIENTO INFORMADO

UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE MANIZALES MAESTRÍA EN DISCAPACIDAD GRUPO DE INVESTIGACIÓN CUERPO MOVIMIENTO
INVESTIGACIÓN: Título: <u>Discapacidad y calidad de vida relacionada con la salud en personas adultas con discapacidad en Sincelejo Sucre, Colombia 2015-2017.</u>
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:
<ol style="list-style-type: none">1) <u>Entrevista sobre aspectos sociodemográficos y clínicos.</u>2) <u>Entrevista para evaluación de la discapacidad:</u> 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) <u>Entrevista para evaluación de la calidad de vida relacionada con la salud:</u> 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:
<ul style="list-style-type: none">• 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.
<div style="border: 1px solid black; width: 100px; height: 80px; display: flex; align-items: center; justify-content: center; margin: 0 auto;">HUELLA</div>
_____ Firma Documento de identidad _____ No. _____ de _____ Huella Índice derecho:
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 Sincelejo Sucre, 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 Sincelejo Sucre Colombia.

Objetivos Específicos

- 1) Describir las características sociodemográficas y clínicas de personas adultas con discapacidad en la ciudad de Sincelejo.
- 2) Establecer la discapacidad por dominios, global y grado de personas adultas con discapacidad en la ciudad de Sincelejo 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 Sincelejo 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 Sincelejo.

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: Sincelejo 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 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 <u>tareas domésticas</u> debido a su condición de salud?	Escriba el número de días _____				
5 (2) TRABAJO Y ACTIVIDADES ESCOLARES					

<p align="center">***Marque aquí la información registrada en el ítem A5 si corresponde con alguna de las 4 opciones presentadas***</p> <p align="center">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)</p> <p align="center">*** SI EL ENTREVISTADO TRABAJA RESPONDIÓ ALGUNA DE LAS OPCIONES ANTERIORES COMPLETE LOS ITEMS D5.5 – D5.10. DE LO CONTRARIO PASE AL DOMINIO 6***</p>					
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 bien 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</u> a su trabajo (medio día o más horas) 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
D6_2
(1=0) (2=1) (3=2) (4=3) (5=4) INTO
D62.
RECODE
D6_3
(1=0) (2=1) (3=1) (4=2) (5=2) INTO
D63.
RECODE
D6_4
(1=0) (2=1) (3=2) (4=3) (5=4) INTO
D64.
RECODE
D6_5
(1=0) (2=1) (3=2) (4=3) (5=4) INTO
D65.
RECODE
D6_6
(1=0) (2=1) (3=1) (4=2) (5=2) INTO
D66.
RECODE
D6_7
(1=0) (2=1) (3=2) (4=3) (5=4) INTO
D67.
RECODE
D6_8
(1=0) (2=1) (3=1) (4=2) (5=2) INTO
D68.
RECODE
D5_5
(1=0) (2=1) (3=1) (4=2) (5=2) INTO
D55.
RECODE
D5_6
(1=0) (2=1) (3=2) (4=3) (5=4) INTO
D56.
RECODE
D5_7
(1=0) (2=1) (3=2) (4=3) (5=4) INTO
D57.
RECODE
D5_8
(1=0) (2=1) (3=2) (4=3) (5=4) INTO
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

$$\text{st_s36} = (D11+D12+D13+D14+D15+D16+D21+D22+D23+D24+D25+D31+D32+D33+D34+D41 + D42+D43+D44+D45+D51+D52+D53+D54+D55+D56+D57+D58+D61+D62+D63+D64+D65+D66+D67+D68)*100/106.$$

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
```

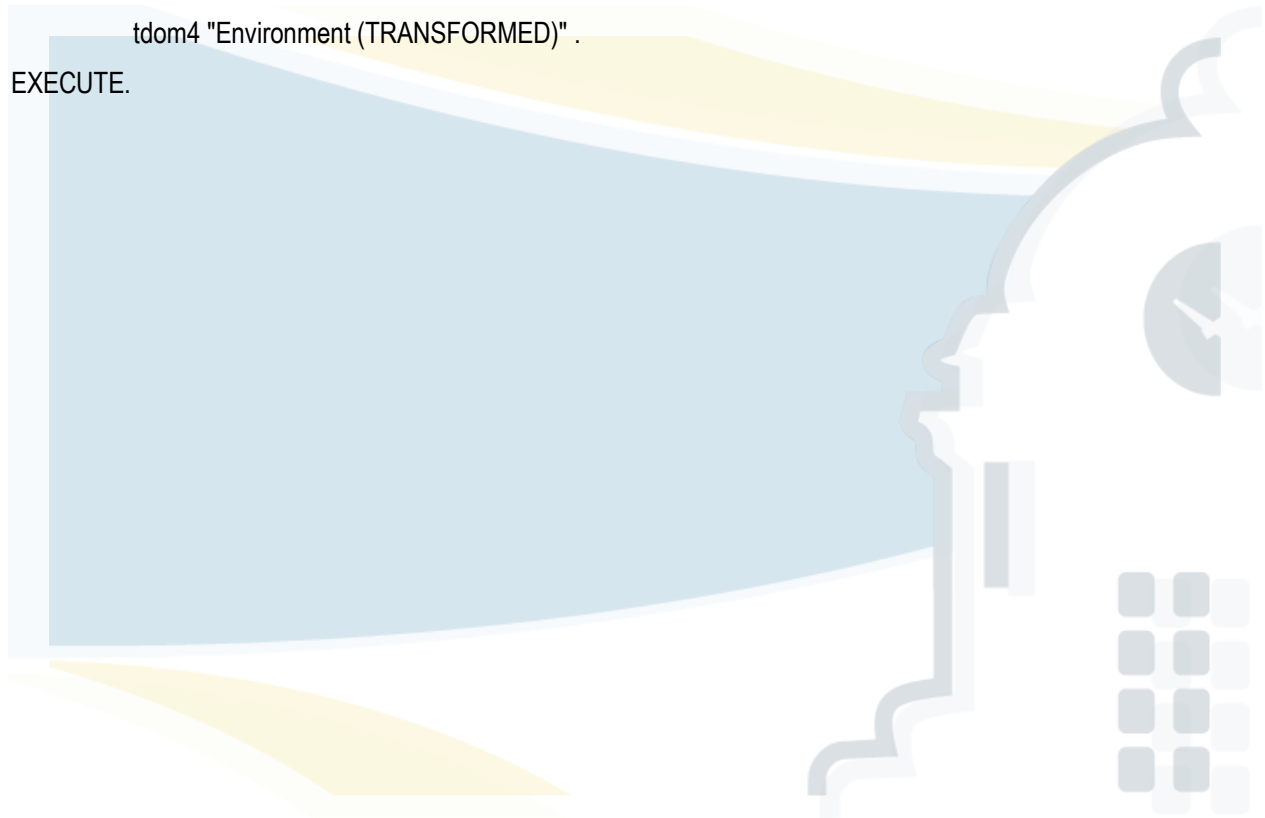
```
    tdom1 "Physical (TRANSFORMED)"
```

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

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

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

```
EXECUTE.
```



Anexo 7. CARACTERIZACIÓN MUNICIPIO DE SINCELEJO.

La ciudad de Sincelejo, capital del Departamento de Sucre, Centro subregional del sistema urbano del Caribe colombiano, se encuentra ubicado al noreste del país a 9° 18" latitud norte, 75°. 23" latitud oeste del meridiano de Greenwich; tiene una extensión total de 28.504 hectáreas que representan el 2.67% del área total del departamento, de la cual el 92 % corresponde a territorio rural, con una altura sobre el nivel del mar de 213 metros y limita al sur con el Sincelejo de Sampués y con el Departamento de Córdoba; por el oeste con los Municipios de Palmito y Tolú; por el norte con los Municipios de Tolú y Tolú Viejo y por el este con los Municipios de Corozal y Morroa. La ciudad está conectada vialmente con los Municipios de mayor jerarquía departamental como Corozal, Sampués, Tolú y Tolú Viejo localizados geográficamente alrededor de Sincelejo a una distancia máxima de 40 kilómetros; un sistema de comunicaciones que le permite acceso a tres aeropuertos, (Las Brujas ubicado en el Municipio de Corozal a 10km, el aeropuerto regional Golfo de Morrosquillo y el aeropuerto de Montería ubicado a 100 km); comunicación fluvial por Magangué (Bolívar), San Marcos y San Benito (Sucre) y marítima por Tolú y Coveñas. El clima es cálido seco, con una precipitación promedio de 500 a 1200 milímetros; La economía de Sincelejo, presenta dos dinámicas económicas, una ligada a la zona urbana y otra a la zona rural. En cuanto a la zona urbana, su economía está caracterizada y determinada principalmente por actividades administrativas como comerciales y terciarias, dado por una parte, por su carácter de capital y por la otra, como centro jerárquico funcional de gran parte del departamento y de localidades que trascienden sus límites políticos administrativos, específicamente como los departamentos de Córdoba, Bolívar y los sures de los departamentos del Magdalena y los Santanderes. Por su función de capital del departamento de Sucre, Sincelejo concentra la mayor parte de actividades de las actividades administrativas y terciarias del departamento, constituyéndose como la principal fuente de ingresos por este concepto las transferencias provenientes del gobierno Nacional y la oferta de servicios públicos y sociales que representan aproximadamente el 30% de toda la actividad económica del departamento. Con relación al sector industrial, puede decirse que es todavía bastante insipiente, ya que representa un porcentaje muy reducido de la actividad económica, como también de actividades más complejas de carácter financiero o de servicios empresariales. Sincelejo centra sus actividades económicas en la ganadería, el comercio, la agricultura, artesanías en caña flecha y los servicios en menor escala.

La población total proyectada de Sincelejo para el año 2016 fue de 279.031 habitantes, donde la cabecera municipal cuenta con 261.512 personas y el resto es de 17.519 representando el 93.7% y el 6.3% respectivamente que de acuerdo a información estadística consignada en el DANE corresponden a una población masculina de 137.141 que representa el 49.14% y la femenina 141.890 el 50.1%.

En cuanto a Discapacidad se refiere, según el DANE, Sincelejo tiene una población a caracterizar de 11.522 personas en situación de discapacidad, de las cuales se han caracterizado 5231 personas de correspondientes a 4.775 hombres

y mujeres en la cabecera municipal, 297 en la zona corregimental y 159 en las áreas dispersas de Sincelejo. Sincelejo tiene la mayor población con Discapacidad del departamento.

Por otra parte, en el municipio se creó el comité municipal de discapacidad (CDM), según Decreto 196 del 23 de junio de 2004, el cual fue modificado por el Decreto 143 del 14 de marzo de 2014, conformado por 15 funcionarios de entidades gubernamentales y no gubernamentales y 5 representantes de personas con discapacidad; es considerado un nivel de deliberación, construcción, seguimiento y verificación de la puesta en marcha de las políticas, estrategias y programas que garanticen la integración social de las personas con y en situación de discapacidad, mediante la adopción de medidas de inclusión, acción afirmativa y de ajustes razonables y eliminando toda forma de discriminación por razón de discapacidad en concordancia con la ley 1346 de 2009.

En cuanto a políticas y programas el plan de desarrollo municipal 2016-2019 “Ciudad con visión”, se trazaron diversos objetivos orientados a promover el reconocimiento de las personas en condición de Discapacidad como sujetos de derecho, a través del trato digno y la prevención de toda forma de abuso o violencia en el ámbito familiar, comunitario e institucional, así mismo, promover estrategias de información, educación y comunicación en salud accesibles para las personas con discapacidad, reconociendo sus necesidades diferenciales implementado proyectos y/o acciones importantes tales como:

1. Gestionar la articulación de todos los sectores para la generación de entornos accesibles en lo físico, tecnológico y comunicacional, a partir de la implementación de ajustes razonables y de la aplicación del diseño universal.
2. Identificar las personas en condición de Discapacidad y verificación de necesidades en salud, para brindar atención en promoción de la salud, prevención de enfermedades, detección temprana de la discapacidad e identificación de los factores de riesgo que acentúen una discapacidad existente, y de los factores protectores de la salud, la atención y rehabilitación, según las particularidades de las personas en condición de discapacidad y su grupo familiar.
3. Fortalecer las competencias del recurso humano en salud en cualquier modalidad de atención para la atención diferencial, efectiva y con calidad a la población con discapacidad.
4. Certificar de la condición de discapacidad, a las personas que la requieran.
5. Realizar seguimiento a la articulación de los planes territoriales de salud pública con los planes de acción de los comités territoriales de discapacidad en el marco del Sistema Nacional de Discapacidad.
6. Desarrollar procesos de formación dirigidos a las familias, cuidadores y agentes comunitarios e institucionales en torno a la promoción del trato digno y la prevención de la violencia hacia las personas con discapacidad.
7. Desarrollar campañas comunicativas, informativas y educativas de difusión de las rutas y mecanismos de acceso a la oferta de programas y servicios para la atención integral a la discapacidad.

8. Realizar seguimiento y evaluación en salud a las personas con discapacidad, incluyendo las variables que caracterizan a la población en los diferentes registros administrativos y de seguimiento liderados por el sector salud (102).

En esa misma línea, en aras de promover la política de discapacidad en el municipio de Sincelejo, la Administración municipal a través de la Secretaría de Salud, realizó el primer comité de discapacidad del año 2017, en donde se presentó el plan de acción de la vigencia y el acompañamiento que los actores vinculados con estas poblaciones deben hacer a su política. Durante este evento se confirmó la pronta iniciación de la construcción de la política pública de discapacidad del municipio, situación que se constituye en un avance significativo en pro de mejorar la calidad de vida de este colectivo (103).

