



**UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE MANIZALES**

**VICERRECTORÍA ACADÉMICA**

**UNIDAD DE INVESTIGACIÓN**

**UNIDAD DE POSGRADOS**

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

**INFORME FINAL DE INVESTIGACIÓN**

**TESIS DE MAESTRÍA**

**GLORIA MAITTÉ FLOREZ LINARES**

**MARTHA CECILIA MEJÍA BELTRÁN**

**MARBEL LUZ PÉREZ RODRÍGUEZ**

**DIRECTORAS DE TESIS**

**PhD©. LIDA MARITZA GIL OBANDO**

**MG. ALEXANDRA LOPEZ LÓPEZ**

**UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE MANIZALES**

**FACULTAD DE SALUD**

**MAESTRÍA EN DISCAPACIDAD EXTENSIÓN BARRANQUILLA**

**COHORTE I**

**BARRANQUILLA – ATLÁNTICO - COLOMBIA, JULIO DE 2017**

## AGRADECIMIENTOS

A las personas con discapacidad que participaron en esta investigación y confiadamente aportaron sus respuestas al entrevistarlos y nos permitieron crecer en conocimientos y experiencias sobre el tema de discapacidad.

### **Investigadoras.**

Agradezco a la vida por permitirme crecer en cada reto presentado pero sobretodo por contar con seres muy especiales para compartir estos momentos, mi familia que desde la distancia me dio su aliento, mis seres más presenciales y amados Javier, J. Andrés y Juanse que han vivido cada entrelinea de este proceso en tiempo y afecto; mis coequiperas que han sido maravillosas y generosas. Mis docentes y directoras por inquietarme el saber. A la Universidad Metropolitana por su impulso y mis compañeros de trabajo con los que comparto el día a día docente.

**Gloria Maitté Flórez**

Agradezco primero a Dios por su respaldo en todo el proceso de formación en la Maestría de Discapacidad, a mi familia, especialmente a mis hijos por comprender el tiempo que les reste para cumplir con los compromisos de estudio, a mis compañeras de tesis e investigadoras con quienes formé equipo para sacar de forma exitosa el proyecto de grado, a los docentes y directoras de tesis por sus enseñanzas, asesorías y motivación permanente para culminar con éxito este trabajo de investigación.

**Marbel Luz Pérez**

Agradezco a Dios por darme la oportunidad de vivir y por estar conmigo en cada paso que doy, por fortalecer mi corazón e iluminarme cada día, por haber puesto en mi camino a aquellas personas que han sido mi soporte y compañía durante todo el periodo de estudio. A mi familia por su compañía en este camino que no lo hubiese podido recorrer sola, gracias por el apoyo incondicional de cada uno de ustedes, por ser el motor que me impulsa a seguir adelante, por estar animándome en los momentos y situaciones más difíciles, no ha sido sencillo culminar, sin embargo siempre conté con sus palabras motivadoras y esperanzadoras que me decían que lo lograría por que han depositado su confianza y amor en mí. A mis amigos que nos apoyamos mutuamente en nuestra formación profesional y que hasta ahora, seguimos siendo amigos: Maitte y Marbel por haber recorrido este camino conmigo y animarnos en la realización de este trabajo.

**Marta Mejía Beltrán**



## TABLA DE CONTENIDO

RESUMEN ACADÉMICO .....	12
1. AREA PROBLEMÁTICA, ANTECEDENTES, PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN Y SU JUSTIFICACIÓN .....	13
1.1 DISPOSICIONES ÉTICAS VIGENTES Y CONDICIONES DE FACTIBILIDAD .....	22
2. OBJETIVOS.....	24
2.1 OBJETIVO GENERAL.....	24
2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS .....	24
3. REFERENTE TEÓRICO .....	25
3.1 DISCAPACIDAD.....	25
3.2 CALIDAD DE VIDA.....	28
3.2.1 Calidad de Vida relacionada con la Salud (CVRS) .....	30
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).....	34
4. VARIABLES Y SU OPERACIONALIZACIÓN .....	37
5. METODOLOGÍA .....	47
5.1 DISEÑO.....	47
5.2 ENFOQUE Y TIPO DE ESTUDIO .....	48
5.3 POBLACIÓN.....	48
5.4 MUESTRA Y MUESTREO .....	48
5.5 CRITERIOS DE INCLUSIÓN Y EXCLUSIÓN .....	49
5.6 TÉCNICAS DE RECOLECCIÓN DE INFORMACIÓN.....	49
5.7 PROCEDIMIENTO .....	50
5.8 ANÁLISIS ESTADÍSTICO .....	50
6. RESULTADOS.....	51
6.1 ANÁLISIS DESCRIPTIVO DE LAS VARIABLES SOCIODEMOGRÁFICAS .....	51
6.2 ANÁLISIS DESCRIPTIVO DE LAS VARIABLES CLÍNICAS .....	52
6.3 ANÁLISIS DESCRIPTIVO DE DISCAPACIDAD .....	54
6.4 ANÁLISIS DESCRIPTIVO DE CALIDAD DE VIDA RELACIONADA CON LA SALUD .....	58
6.5. RESULTADOS BIVARIADOS .....	66
6.5.1 Relación entre variables Sociodemográficas y Discapacidad .....	66
6.5.2 Relación entre variables clínicas y Discapacidad.....	67

6.5.3 Relación de calidad de vida relacionada con la salud por dominios y variables sociodemográficas .	68
6.5.4 Relación variables clínicas y CVRS .....	69
6.5.5 Relación entre discapacidad por áreas y final (0-100 puntos) y calidad de vida relacionada con la salud por dimensiones (0-100 puntos) .....	70
7. DISCUSIÓN .....	71
8. CONCLUSIONES .....	78
9. RECOMENDACIONES .....	80
10. EJECUCIÓN PRESUPUESTO .....	82
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	83
ANEXOS .....	91
ANEXO 1. FORMATO DE CONSENTIMIENTO INFORMADO.....	91
ANEXO 2. FORMATO DE REGISTRO DE DATOS SOCIODEMOCRÁFICOS Y CLÍNICOS.....	94
ANEXO 3. INSTRUMENTO DE EVALUACIÓN DE DISCAPACIDAD WHODAS 2.0.....	95
ANEXO 4. INSTRUMENTO DE EVALUACIÓN DE LA CALIDAD DE VIDA DE LA ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD - WHOQOL-BREF .....	97
ANEXO 5. Sintaxis WHODAS 2.0 .....	99
ANEXO 6. Sintaxis WHOQOL-BREF.....	101
ANEXO 7. CARACTERIZACIÓN MUNICIPIO DE BARRANQUILLA, ATLÁNTICO.....	103

## INDICE DE TABLAS

Tabla 1. Operacionalización de variables sociodemográficas y clínicas. _____	37
Tabla 2. Operacionalización de variables de Funcionamiento y Discapacidad desde el instrumento WHO-DAS 2.0, versión de 36 ítems _____	40
Tabla 3. Operacionalización de Grado de discapacidad resultante desde el WHO-DAS 2.0. _____	43
Tabla 4. Operacionalización de variables de calidad de vida relacionada con la salud según el WHOQOL-BREF _____	44
Tabla 5. Operacionalización de calidad de vida relacionada con la salud resultante desde el WHOQOL-BREF	46
Tabla 6. Resumen descriptivo de variables sociodemográficas _____	51
Tabla 7. Resumen descriptivo de variables clínicas _____	53
Tabla 8. Resumen características sociodemográficas y clínicas, variables cuantitativas. _____	54
Tabla 9. Estadísticos descriptivos puntuación final y por áreas del WHODAS 2.0 _____	54
Tabla 10. Grado de Discapacidad WHODAS 2.0 _____	57
Tabla 11. Grado de discapacidad por áreas del WHODAS 2.0. _____	57
Tabla 12. Estadísticos descriptivos puntaje total por dominios del WHOQOL Bref. _____	59
Tabla 13. Prueba de normalidad para Discapacidad final y por áreas y CVRS por dominios, cuantitativas sociodemográficas _____	61
Tabla 14. Coeficientes de correlación utilizados para discapacidad por áreas y final (WHO DAS 2.0) con características sociodemográficas y clínicas, acorde con el nivel de medición de las variables _____	62
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 _____	63
Tabla 16. Pruebas de homogeneidad para el contraste de discapacidad por áreas y final en subgrupos de variables sociodemográficas y clínicas _____	64
Tabla 17. Pruebas de homogeneidad para el contraste entre CVRS por dominios (WHOQOL BREF) en subgrupos de variables sociodemográficas y clínicas _____	65
Tabla 18. Relación de variables sociodemográficas con Discapacidad final y por áreas. _____	66
Tabla 19. Relación de variables clínicas con Discapacidad final y por áreas _____	67
Tabla 20. Relación de variables sociodemográficas con dominios de CVRS. _____	68
Tabla 21. Relación de variables clínicas con dimensiones de CVRS _____	69
Tabla 22. Correlación entre CVRS por dimensiones y discapacidad por áreas y final _____	70

## **FICHA CATALOGRÁFICA**

### **Formato documento Vancouver 2010.**

Flórez GM., Mejía MC., Pérez ML. Discapacidad y calidad de vida relacionada con la salud en personas adultas con discapacidad en la ciudad de Barranquilla, Atlántico (Colombia) 2017. [Tesis de Maestría]. Grupo de investigación Cuerpo Movimiento: Universidad Autónoma de Manizales; 2017. 102 p.



## **PRESENTACIÓN**

Se presenta el informe final de investigación para obtener el título como Magísteres en Discapacidad de la Universidad Autónoma de Manizales. Este trabajo hace parte del macroproyecto titulado Discapacidad y calidad de vida relacionada con la salud en personas adultas con discapacidad de la Región Caribe de Colombia, 2015-2017, macroproyecto adscrito a la línea de investigación de Funcionamiento y Discapacidad en la perspectiva de la Salud del Grupo de Investigación Cuerpo Movimiento de la UAM y fué realizado con 13 estudiantes de la maestría en discapacidad de la cohorte I en cinco ciudades de la región Caribe Colombiana.

Para la valoración 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.

Este trabajo de investigación ha dado lugar a la siguiente producción para la apropiación social del conocimiento

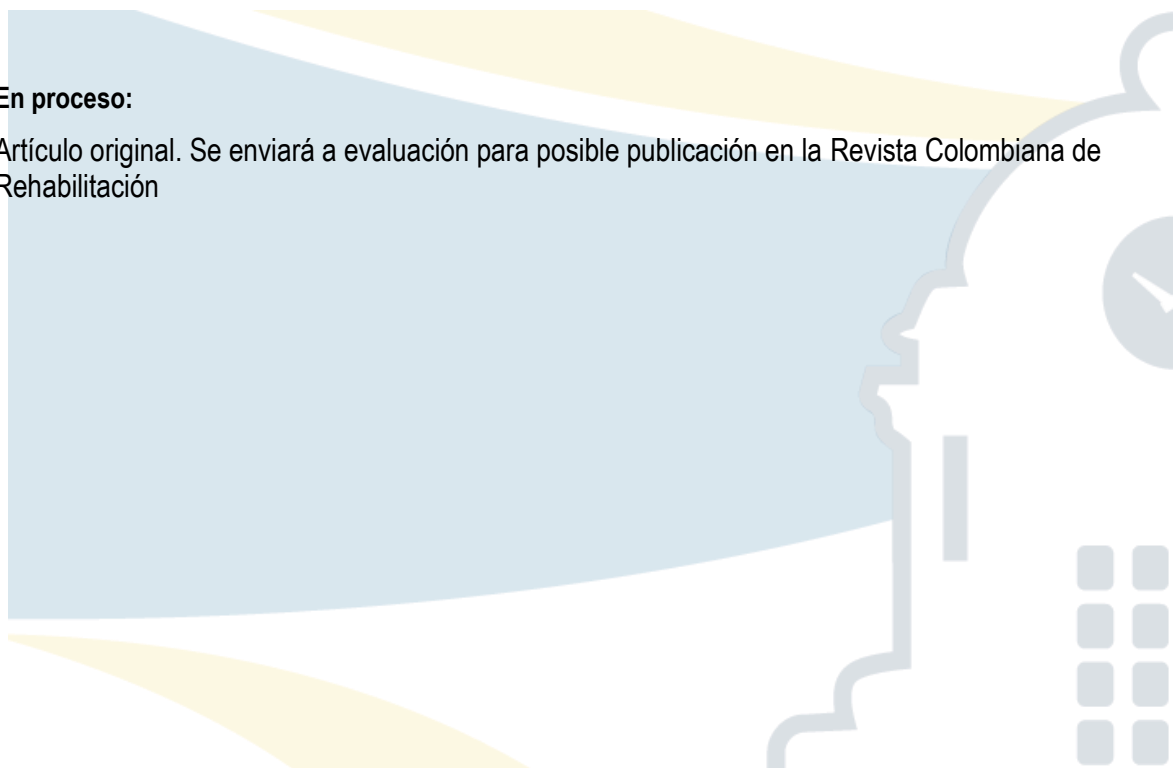
### **1. Comunicación tipo Poster.**

Titulo. Grado de discapacidad en población adulta de la ciudad de Barranquilla. Resultados desde el cuestionario WHO DAS 2.0.

XXV Congreso Nacional de Fisioterapia. Fisioterapia en Colombia: Retos y Transformaciones. Eje Discapacidad e Inclusion Social. Bogotá – Colombia, marzo 17, 18 y 19 de 2017.

#### **En proceso:**

Artículo original. Se enviará a evaluación para posible publicación en la Revista Colombiana de Rehabilitación



## DATOS DE IDENTIFICACIÓN DEL PROYECTO

<b>Título</b>			
Discapacidad y calidad de vida relacionada con la salud en personas adultas con discapacidad en la ciudad de Barranquilla, Atlántico (Colombia) 2017.			
<b>Investigadoras</b>			
Gloria Maitté Flórez Linares Marta Cecilia Mejía Beltrán Marbel Luz Pérez Rodríguez			
<b>Directoras y Coinvestigadoras</b>			
Lida Maritza Gil Obando	cc. 30330357	lidagil@autonoma.edu.co	
Alexandra López López	cc. 30337080	alexlo@autonoma.edu.co	
<b>Actos internos de aprobación del Proyecto</b>			
<b>Aprobación comité de currículo</b>	Acta No. 2015-14 del 06 de octubre de 2015		
<b>Aprobación comité de ética</b>	Acta No. 052 del 14 de octubre de 2015		
<b>Aprobación Comité de Investigación</b>	Acta No. 066 de diciembre 17 de 2015. Código: 472-066		
<b>Acta de entrega de informe final</b>	Acta entregada en la Unidad de Posgrados el 30 de mayo de 2017		
<b>Acta nombramiento evaluadores informe final</b>	Acta No. 2017-07 del 30 de mayo de 2017. Comité de Currículo		
<b>Nombre del programa académico</b>	Maestría en Discapacidad		
<b>Cohorte</b>	I (Uno)		
<b>Dirección de correspondencia:</b>	Unidad de Posgrados - Piso 5 - Edificio Fundadores Universidad Autónoma de Manizales Antigua Estación del Ferrocarril		
<b>Grupo de investigación UAM</b>	<b>Código GrupLAC</b>	<b>Clasificación</b>	<b>Línea</b>
Cuerpo – Movimiento	Col0017039	Categoría A	Funcionamiento y discapacidad en la perspectiva de la salud
<b>Lugar de Ejecución del Proyecto</b>		<b>Duración</b>	<b>Tipo de proyecto</b>
Barranquilla, Atlántico		24 meses	Investigación Aplicada
<b>Descriptor / Palabras claves:</b> evaluación de la discapacidad, calidad de vida relacionada con la salud, adultos			

## RESUMEN ACADÉMICO

**Objetivo.** Relacionar la discapacidad y la calidad de vida relacionada con la salud en personas adultas con discapacidad en la ciudad de Barranquilla, Atlántico (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 de la población con discapacidad. **Resultados.** el 51,2% de los participantes fueron hombres con una media de edad de  $45,63 \pm 17,9176$  años. La media de discapacidad fue de  $18,96 \pm 12,8911$  puntos; de las áreas evaluadas por el WHODAS 2.0, la que presentó mayor promedio de puntuación fué el área participación en sociedad  $25,26 \pm 19,5057$  y el área con menor promedio fue cuidado personal con 8,48 puntos. En calidad de vida se encontró que el dominio de relaciones interpersonales ( $72,66 \pm 16,1409$  puntos) fue el mejor percibido. En la relación entre variables sociodemográficas y discapacidad se encontró que la edad, rangos de edad y la ocupación presentaron relación estadísticamente significativa con las áreas de movilidad y cuidado personal y con todos los dominios de calidad de vida relacionada con la salud. Al relacionar las variables clínicas y discapacidad se encontró que las áreas de movilidad, cuidado personal y final de discapacidad presentaron asociación estadísticamente significativa con la mayoría de variables clínicas y al establecer la relación entre discapacidad por áreas y final con calidad de vida relacionada con la salud por dimensión se evidenció relación significativa e inversa con todos los dominios de CVRS, la fuerza de dichas asociaciones fue en su mayoría de carácter moderado. **Conclusión.** La ocupación es una variable que influencia el grado de discapacidad, a menor grado de limitación mejor percepción de calidad de vida y viceversa.

### 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 BARRANQUILLA, ATLÁNTICO (COLOMBIA) 2017**

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

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

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

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

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

de vida a todas las edades con el consecuente aumento del número de personas mayores, favorece tanto la incidencia de enfermedades crónicas y degenerativas, como de las del sistema circulatorio y tumores.

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

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

Tipo de limitación en el departamento del Atlántico.

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

En Colombia además de la información censal, se viene implementando el registro continuo para la localización y caracterización de las personas con discapacidad, como una herramienta técnica que facilita los procesos de planificación en los territorios, éste registro de información estadística es una estrategia novedosa en el país por

cuanto las fuentes generalmente utilizadas no han superado los marcos de las encuestas de prevalencia y de los censos nacionales, así mismo promueve su utilización en los campos de investigación, educación, laboral, salud, entre otros.

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

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

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

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

La evaluación en discapacidad es una estimación no sujeta a una disciplina o profesión, ésta debe atender a principios de validez y confiabilidad, para ser empleada por ejemplo en el seguimiento periódico de los cambios en la actuación con un usuario a través del tiempo, la calidad, la satisfacción, la evaluación de un programa, la determinación del costo beneficio de los procesos y recursos empleados, la toma de decisiones en la política de

atención y los resultados de la rehabilitación. Con la evaluación se puede establecer el nivel funcional de una persona, pero la intención es además que se relacionen las consecuencias sociales y económicas, es decir la evaluación de la discapacidad precisa el abordaje transversal que abarca lo biológico, psicológico y sociocultural.

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

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

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

Garin y otros(12), realizaron un estudio para validar el WHO DAS II en sujetos con enfermedades crónicas en una muestra de 1119 personas de 7 países europeos con al menos una de 13 condiciones crónicas. Todos los participantes eran evaluados clínicamente y se les aplicaba el WHODAS-II y el SF-36, luego se repitió la aplicación de los dos cuestionarios a las 6 semanas y a los 3 meses siguientes. La validez fue evaluada en términos de

consistencia interna (alfa de Cronbach) y confiabilidad (coeficiente de correlación 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 final del WHODAS-II y las diferentes dimensiones del SF-36 obtuvo rangos desde -0.29 a -0.65. La mayoría de las puntuaciones del WHODAS-II mostró diferencias estadísticamente significativas entre los grupos clínicos de mayor gravedad de todas las patologías crónicas y entre los sujetos que trabajan y aquellos que no trabajan debido a la mala salud ( $p < 0,001$ ). La principal conclusión de este estudio fue la necesidad de correlacionar las dimensiones de discapacidad con las de calidad de vida.

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

El WHODAS 2.0 (versión actualizada del cuestionario) se reconoce como una herramienta que evalúa de forma multidimensional el funcionamiento y la discapacidad con énfasis en las áreas de actividad y participación, permitiendo a la vez obtener una puntuación global del grado de discapacidad; esta herramienta se está utilizando cada vez con mayor frecuencia a nivel internacional por la comunidad científica y está validada en lengua

española, lo que facilita su aplicación en población colombiana. Se considera que brinda información importante al ser aplicado en personas con discapacidad, ya que como herramienta integral de valoración, hace énfasis en las limitaciones de la actividad y restricciones en la participación experimentadas por las personas. La evaluación de la discapacidad utilizando el WHO DAS 2.0, implica su comprensión como un hecho acompañado de un abanico de consecuencias entre las que se destacan la modificación en el funcionamiento y en la calidad de vida de la persona. Es aplicable tanto a población general como con condiciones de salud asociadas (enfermedades u otros problemas de salud, heridas, lesiones, problemas mentales o emocionales, problemas con el alcohol y problema con las drogas).

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

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

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

<sup>1</sup> Las investigadoras y directoras de este macroproyecto solicitaron la autorización para reproducir el Manual de uso del WHODAS 2.0 a: [permissions@who.int](mailto:permissions@who.int).

objetivo de las capacidades del individuo antes del tratamiento y su mejoría a través del seguimiento. La segunda, o sea la percibida, es el estado de salud referido por la persona, a ésta le compete el ámbito que estudia la calidad de vida relacionada con la salud(24).

Se han desarrollado diversos instrumentos de medición de CVRS en diferentes condiciones de salud, dichos instrumentos tienen en cuenta distintas dimensiones y suelen clasificarse en cuestionarios genéricos y específicos según se utilice en cualquier condición de salud y permita compatibilidad (genéricos) o se aplique en una condición concreta (específico).

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

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

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

Salas y Grisales por su parte analizaron los dominios del WHOQOL- BREF relacionados con la calidad de vida de 220 mujeres con cáncer de mama que estaban en tratamiento, encontraron un promedio de 3,9/5 en el autoreporte de la calidad de vida general de las pacientes y de 3, 7/5 en su satisfacción con la salud (DE=1.1). Los resultados mostraron que la calidad de vida de esta muestra participante fue mejor en mujeres con mayor nivel de escolaridad, afiliadas al régimen contributivo en salud, con apoyo familiar, nivel socioeconómico alto y las que tenían como soporte para afrontar la enfermedad su espiritualidad. Adicionalmente, los autores reportaron una menor calidad de vida tanto general como en los dominios físico, psicológico, social y del entorno, en quienes provenían de estratos socioeconómicos más humildes(28).

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

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

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

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

La evaluación de discapacidad permite determinar de manera objetiva el perfil de funcionamiento enfatizando en las áreas de actividad y participación de los sujetos, información útil para identificar necesidades, programar y monitorear los procesos de intervención, medir los resultados clínicos y efectividad de las intervenciones. Sumado a lo anterior, el aumento de la supervivencia, las enfermedades crónicas y la discapacidad hacen que la valoración de la calidad de vida relacionada con la salud (CVRS) sea considerada hoy en día como un elemento que junto con el conocimiento de las preferencias de los individuos, brinda información para la asignación de recursos y fundamenta las decisiones en salud en cuanto a la planificación y atención que deben ofrecer los sistemas de salud. La importancia de la medición de CVRS en discapacidad radica en la magnitud del problema en términos epidemiológicos y de asistencia en salud, así como en los aspectos psicológicos, sociales, culturales, cuyo abordaje suele ser incipiente.

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

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

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

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

Por otra parte, la influencia de lo sociocultural en la calidad de vida percibida corrobora la necesidad de utilizar componentes acordes con el contexto a evaluar. La medición de la CVRS se ha realizado en una gran variedad de contextos: práctica clínica, investigación de los servicios de salud, evaluación de nuevos medicamentos y tecnologías sanitarias, ensayos clínicos o estudios observacionales, monitorización de la salud de poblaciones y subgrupos de población, y asignación de recursos sanitarios. Es importante tener en cuenta, que estudios como este apuntan a los objetivos del plan decenal de salud pública –PDSP- 2012- 2021 en términos de la generación de estrategias que puedan apuntar al mejoramiento de las condiciones de vida manteniendo en lo posible cero tolerancia frente a la mortalidad, morbilidad y la discapacidad evitables. Uno de los mayores desafíos del PDSP es alcanzar mejor nivel de bienestar de la población apuntando finalmente a la calidad de vida de las personas(29).

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

### **1.1 DISPOSICIONES ÉTICAS VIGENTES Y CONDICIONES DE FACTIBILIDAD**

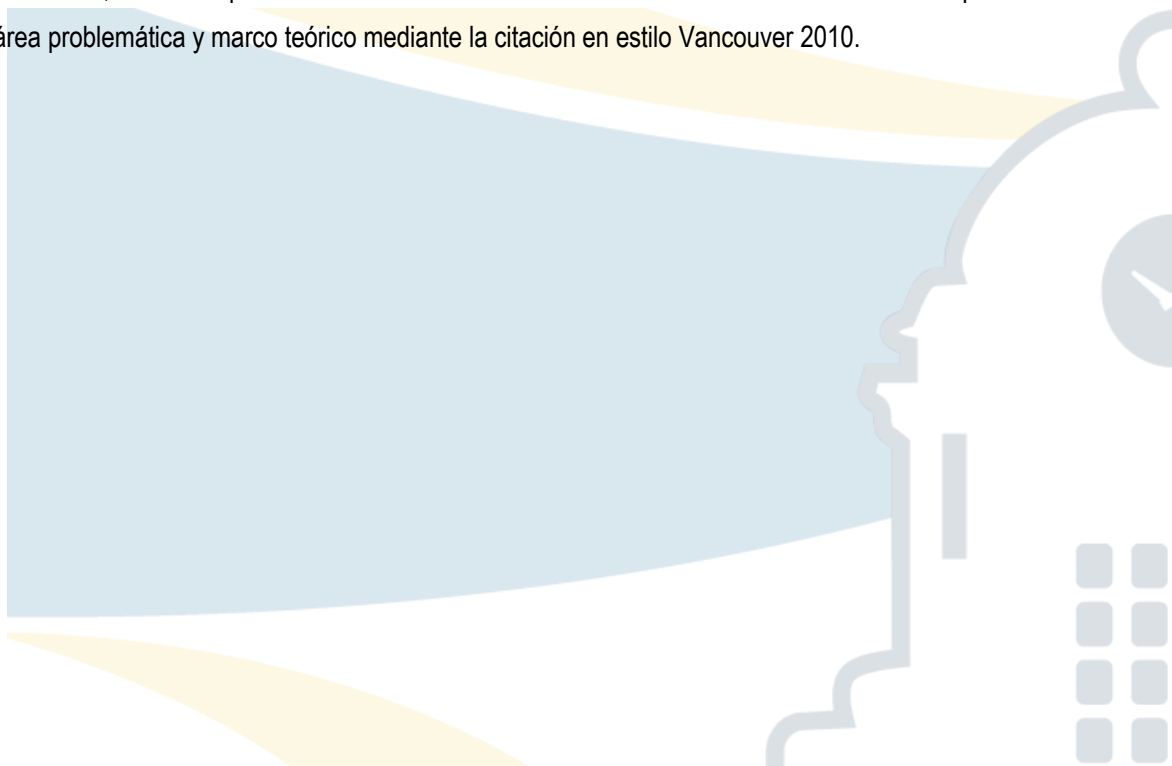
Realizado el proceso de investigación, desde el punto de vista de los recursos humanos, técnicos, materiales y financieros no se encontraron elementos que obstaculizaron su desarrollo. El proyecto en la ciudad de Barranquilla fue desarrollado por 3 investigadoras estudiantes de la cohorte I de la Maestría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

El presupuesto del proyecto fue ejecutado de acuerdo con lo previsto (capítulo 10), el estudio se consideró con “riesgo mínimo” acorde con el artículo 11 de la resolución 008430 de 1993 del Ministerio de Salud Colombiano(30), pues se realizaron pruebas de evaluación clínica de carácter no invasivo, que no atentaron contra la integridad física y moral de los participantes, se protegió la privacidad de los participantes. El estudio cumplió además con los principios enunciados en la Declaración de Helsinki de la Asociación Médica Mundial(31) toda vez que su interés fue científico, en todo momento se respetó el derecho del participante a proteger su integridad, se tomaron todas las precauciones del caso para respetar su vida privada y para reducir al mínimo el impacto del estudio en

su integridad física y mental. A cada participante se le comunicaron los propósitos y condiciones de la investigación y éste firmó voluntariamente el consentimiento informado (previamente aprobado por el Comité de Ética de la UAM Acta No. 052 de octubre 14 de 2015).

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

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



## **2. OBJETIVOS**

### **2.1 OBJETIVO GENERAL**

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

### **2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS**

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

### 3. REFERENTE TEÓRICO

#### 3.1 DISCAPACIDAD

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

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

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

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

El modelo biopsicosocial, busca una mirada integradora de los fenómenos en el mundo de la naturaleza y en el mundo cultural. Según Vanegas y Gil, como modelo holístico de salud, considera al individuo un ser que participa teniendo en cuenta las esferas biológicas, psicológicas y sociales(34). Éste modelo da soporte a la Clasificación Internacional del Funcionamiento, de la Discapacidad y de la Salud –CIF-, en la cual se define la discapacidad como una compleja interacción entre la condición de salud y los factores del contexto donde se desenvuelve la persona; considera la condición de salud como aquellas enfermedades, traumas, lesiones o condiciones fisiológicas que sirven de marco para el análisis del funcionamiento y los factores ambientales como el físico, social y actitudinal, en el que las personas viven y conducen sus vidas(38), es decir, la discapacidad surge como un proceso continuo de ajuste entre las capacidades del individuo con una condición de salud específica y los factores externos que representan las circunstancias en las que vive esa persona, y las expectativas y exigencias de su entorno.

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

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

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

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

Para cumplir con este propósito, existen en el medio herramientas para la evaluación del funcionamiento y la discapacidad compatibles con la CIF, entre ellas está el WHO-DAS 2.0 (World Health Organization Disability Assessment Schedule II), validado al español por Vásquez Barquero en 2006(9) instrumento que evalúa de forma multidimensional el funcionamiento y la discapacidad con énfasis en las áreas de actividad y participación y permite obtener una puntuación por áreas y global del grado de discapacidad. Evaluación de la Discapacidad desde el WHODAS 2.0.

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

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

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

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

educacionales y niveles cognoscitivos marcadamente diferentes.

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

### **3.2 CALIDAD DE VIDA**

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

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

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

El conocimiento de la calidad de vida, en un primer momento estuvo circunscrito al desarrollo a niveles macro, con un carácter meramente económico, posteriormente privilegió la implementación de programas sociales, y con ello la necesidad de trabajar con indicadores de esta naturaleza. Sin embargo, los indicadores macroeconómicos como el producto nacional bruto y los indicadores sociales como la esperanza de vida al nacer, la escolarización y la tasa de mortalidad infantil, entre otros muchos, expresan datos y hechos vinculados al bienestar social de la población, pero no reflejan necesariamente el grado de satisfacción que dicha población pueda tener. Fue

precisamente la constatación de la relativa independencia entre las percepciones de bienestar, con relación a las condiciones objetivas de vida, la que condujo a pensar que los indicadores materiales y objetivos pueden ser elementos necesarios, pero no suficientes, para dar cuenta del bienestar subjetivo de los pueblos y los individuos. De ahí que la calidad de vida objetiva deba pasar necesariamente por el espacio vital de las aspiraciones, de las expectativas, de las referencias vividas y conocidas, de las necesidades y de los valores de los sujetos para, sólo a través de dicho espacio, convertirse en bienestar subjetivo.

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

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

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

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

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

### **3.2.1 Calidad de Vida relacionada con la Salud (CVRS)**

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

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

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

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

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

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

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

Los cuestionarios de calidad de vida específicos tienen la ventaja de evaluar aspectos concretos propios de la enfermedad o condición analizada. Su uso ha sido objeto de debate frente a la utilización de cuestionarios genéricos. Estos últimos exploran una amplia variedad de características de la salud, de forma que pueden ser útiles para evaluar la calidad de vida de diferentes poblaciones y detectar un amplio rango de problemas relacionados con la salud. La ventaja de los cuestionarios específicos es que pueden identificar mejor los problemas relacionados con una enfermedad concreta. La evaluación conjunta de una población con ambos cuestionarios, uno genérico y otro específico, permite aprovechar las informaciones propias de cada tipo de instrumento: combinar con mayor amplitud el instrumento genérico, que aporta una mejor visión global del estado de salud, y la riqueza de detalle del instrumento específico, que ilustra sobre aspectos concretos propios de la enfermedad analizada que se pasarían por alto con el uso de un solo instrumento genérico.

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

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

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

De acuerdo con los antecedentes sobre investigaciones que estudian la calidad de vida relacionada con la salud en diferentes condiciones de salud, grupos étnicos, en familias de personas con discapacidad y en las mismas personas que se encuentran en esta condición, se encuentra que comparten criterios en el concepto de la calidad de vida relacionada con la salud bajo un enfoque subjetivo, incluyendo lo percibido por las personas en términos de la salud, y su trascendencia en la calidad de las actividades desarrolladas dentro de los roles sociales, bajo un enfoque multidimensional.

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

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

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

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

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

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

<sup>2</sup> 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(57)

Ítems por áreas del WHOQOL-BREF, 26 ítems

Dominio	Ítems
Calidad de vida global y Salud general	Percepción de la calidad de vida Percepción del estado de salud
Salud física	Actividades de la vida diaria Dependencia en medicamentos y ayudas médicas Energía y fatiga Movilidad Dolor y malestar Sueño y descanso Capacidad de trabajo
Psicológica	Sentimientos negativos Pensamiento, aprendizaje, memoria y concentración Autoestima Imagen corporal y apariencia física Espiritualidad/Religión/Creencias personales Sentimientos Positivos
Relaciones Interpersonales	Relaciones sociales Apoyo social Actividad sexual
Ambiente	Libertad, seguridad física Ambiente del hogar Recursos económicos Sistemas sanitario y social: accesibilidad y calidad Oportunidades para adquirir información y habilidades nuevas Participación en/ y oportunidades de descanso, recreo/actividades de ocio Ambiente físico (polución/ ruido/ tráfico/ clima) Transporte

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

Dentro de los diferentes instrumentos disponibles en la actualidad para abordar la calidad de vida relacionada con la salud, el WHOQOL-BREF brinda una excelente opción dada su “amplia difusión y excelentes propiedades conceptuales, psicométricas y posibilidades de utilización, tanto en la medición del impacto de una intervención,

detección de cambios en el estado de salud, como en facilitar la comunicación entre el paciente y el médico, obtener información sobre la adherencia terapéutica y orientar la toma de decisiones para que los esfuerzos por prolongar la vida se acompañen de esfuerzos por mejorar la calidad de vida”(62).



#### 4. VARIABLES Y SU OPERACIONALIZACIÓN

Tabla 1. Operacionalización de variables sociodemográficas y clínicas.

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

Variable	Valor	Indicador	Índice
	Muletas		9
	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 Dificultad leve Dificultad moderada Dificultad severa Dificultad extrema / No puede hacerlo	1 2 3 4 5
	D1.2	Dificultad para recordar las cosas importantes que tiene que hacer	Ninguna dificultad Dificultad leve Dificultad moderada Dificultad severa Dificultad extrema / No puede hacerlo	1 2 3 4 5
	D1.3	Dificultad para analizar y encontrar soluciones a los problemas de la vida diaria	Ninguna dificultad Dificultad leve Dificultad moderada Dificultad severa Dificultad extrema / No puede hacerlo	1 2 3 4 5
	D1.4	Dificultad para aprender una nueva tarea, como por ejemplo llegar a un lugar donde nunca ha estado	Ninguna dificultad Dificultad leve Dificultad moderada Dificultad severa Dificultad extrema / No puede hacerlo	1 2 3 4 5
	D1.5	Dificultad para entender en general lo dice la gente	Ninguna dificultad Dificultad leve Dificultad moderada Dificultad severa Dificultad extrema / No puede hacerlo	1 2 3 4 5
	D1.6	Dificultad para comenzar y mantener una conversación	Ninguna dificultad Dificultad leve Dificultad moderada Dificultad severa Dificultad extrema / No puede hacerlo	1 2 3 4 5
Movilidad (Área 2)	D2.1	Dificultad para estar de pie durante largos períodos de tiempo, por ejemplo 30 minutos	Ninguna dificultad Dificultad leve Dificultad moderada Dificultad severa Dificultad extrema / No puede hacerlo	1 2 3 4 5
	D2.2	Dificultad para pararse luego de estar sentado	Ninguna dificultad Dificultad leve Dificultad moderada Dificultad severa Dificultad extrema / No puede hacerlo	1 2 3 4 5
	D2.3	Dificultad para moverse adentro de su hogar	Ninguna dificultad Dificultad leve Dificultad moderada Dificultad severa Dificultad extrema / No puede hacerlo	1 2 3 4 5
	D2.4	Dificultad para salir de su hogar	Ninguna dificultad Dificultad leve Dificultad moderada	1 2 3

Variable	Sub-Variable	Definición	Valor	Índice
			Dificultad severa Dificultad extrema / No puede hacerlo	4 5
	D2.5	Dificultad para caminar largas distancias como un kilómetro (o equivalente a 10 cuadras)	Ninguna dificultad Dificultad leve Dificultad moderada Dificultad severa Dificultad extrema / No puede hacerlo	1 2 3 4 5
Cuidado Personal (Área 3)	D3.1	Dificultad para lavarse todo el cuerpo (bañarse)	Ninguna dificultad Dificultad leve Dificultad moderada Dificultad severa Dificultad extrema / No puede hacerlo	1 2 3 4 5
	D3.2	Dificultad para vestirse	Ninguna dificultad Dificultad leve Dificultad moderada Dificultad severa Dificultad extrema / No puede hacerlo	1 2 3 4 5
	D3.3	Dificultad para comer	Ninguna dificultad Dificultad leve Dificultad moderada Dificultad severa Dificultad extrema / No puede hacerlo	1 2 3 4 5
	D3.4	Dificultad para quedarse sólo (a) durante unos días	Ninguna dificultad Dificultad leve Dificultad moderada Dificultad severa Dificultad extrema / No puede hacerlo	1 2 3 4 5
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

Variable	Sub-Variable	Definición	Valor	Índice
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
	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	1 2 3 4 5

Variable	Sub-Variable	Definición	Valor	Índice
	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 tenido para usted o para su familia	Ninguno Leve Moderado Severo Extremo	1 2 3 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
Final 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 final 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	
Salud Física	Percepción individual de la salud	Muy insatisfecho	1
		Insatisfecho	2
		Aceptable	3
		Satisfecho	4
		Muy satisfecho	5
	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 Un poco Regular Bastante Mucho	1 2 3 4 5
	Imagen corporal y apariencia física	Nada Un poco Regular Bastante Totalmente	1 2 3 4 5
	Espiritualidad/Religión/Creencias personales	Muy insatisfecho Insatisfecho Aceptable Satisfecho Muy satisfecho	1 2 3 4 5
	Sentimientos negativos	Nunca Raramente Algunas veces Casi siempre Siempre	1 2 3 4 5
Relaciones Sociales	Relaciones sociales	Muy insatisfecho Insatisfecho Aceptable Satisfecho Muy satisfecho	1 2 3 4 5
	Actividad sexual	Muy insatisfecho Insatisfecho Aceptable Satisfecho Muy satisfecho	1 2 3 4 5
	Apoyo social	Muy insatisfecho Insatisfecho Aceptable Satisfecho Muy satisfecho	1 2 3 4 5
Ambiente	Seguridad en la vida diaria	Nada Un poco Regular Bastante Mucho	1 2 3 4 5
	Ambiente físico (polución/ ruido/ tráfico/ clima)	Nada Un poco Regular Bastante Mucho	1 2 3 4 5
	Recursos económicos	Nada Un poco Regular Bastante Totalmente	1 2 3 4 5
	Oportunidades para adquirir información y habilidades nuevas	Nada Un poco Regular Bastante Totalmente	1 2 3 4 5
	Participación en/ y oportunidades de descanso, recreo/actividades de ocio	Nada Un poco Regular Bastante Totalmente	1 2 3 4 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

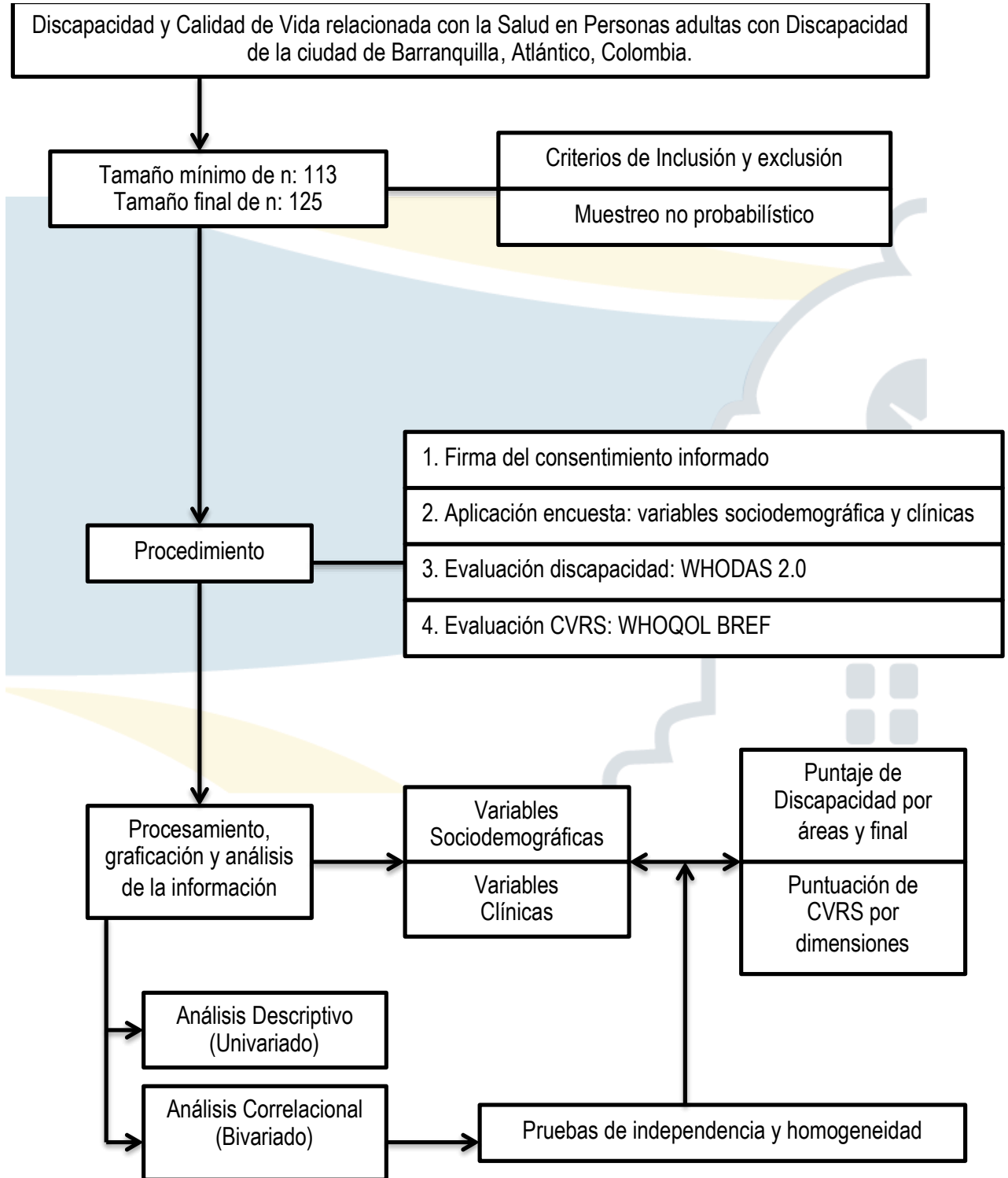
Tabla 5. Operacionalización de calidad de vida relacionada con la salud resultante desde el WHOQOL-BREF

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"> <li>1. Calidad de vida y salud general</li> <li>2. Física</li> <li>3. Psicológica</li> <li>4. Relaciones Interpersonales</li> <li>5. Ambiente</li> </ol>	Dos (2) Siete (7) Seis (6) Tres (3) Ocho (8)	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 Barranquilla, Atlántico.

## 5.3 POBLACIÓN

Personas mayores de 20 años con discapacidad de la ciudad de Barranquilla, Atlántico. 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 el Departamento Nacional de Estadística -DANE- con punto de corte al 30 de junio de 2015(63).

Población mayor de 20 años con discapacidad, proyecciones DANE 2015.

Ciudad	Proyección de población con discapacidad mayor de 20 años: RLCPD, DANE 2015 (número de habitantes)
Barranquilla	65.188

## 5.4 MUESTRA Y MUESTREO

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

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

Donde:

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

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 Barranquilla. 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, final 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 final 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 Barranquilla, en total participaron 125 personas. El 51,2% de los participantes fueron hombres con una media de edad de  $45,63 \pm 17,9176$  años y el 49,6% solteros. El mayor grupo por edad de la muestra, es el conformado por los sujetos entre 20 y 29 años de edad, representando un 22,4%, seguido de los que tienen entre 30 y 39 años de edad con un porcentaje de 20. El 26,4% de los participantes realizó estudios secundarios completos, en cuanto a la situación ocupacional se encontró que el porcentaje más alto se encontraba laborando por cuenta propia. Respecto a la afiliación al sistema de seguridad social en salud, en su mayoría pertenecían al régimen subsidiado. En la población de estudio el estrato con mayor prevalencia es el 1 con ingresos familiares inferiores a un salario mínimo. 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	28	22,4
	30 a 39 años	25	20
	40 a 49 años	21	16,8
	50 a 59 años	22	17,6
	60 a 69 años	13	10,4
	70 a 79 años	11	8,8
	80 años y más	5	4
Máximo nivel de estudios alcanzado	Ninguno	4	3,2
	Primaria incompleta	15	12
	Primaria completa	19	15,2
	Secundaria incompleta	26	20,8
	Secundaria completa	33	26,4
	Técnico-Tecnológico	13	10,4
	Profesional	12	9,6
	Especialización	3	2,4
	Maestría	0	0
Doctorado	0	0	
Estado civil	Soltero/a	62	49,6
	Casado/a	29	23,2
	Separado/a	5	4
	Divorciado/a	1	0,8
	Viudo/a	7	5,6
	Vive en Pareja	21	16,8
Ocupación Actual	Trabajo remunerado (Asalariado/a)	15	12
	Trabaja por su propia cuenta (Independiente)	27	21,6
	Trabajo no remunerado	1	0,8
	Estudiante	21	16,8
	Responsable de tareas domésticas	22	17,6
	Jubilado/a	4	3,2
	Desempleado/a por motivo de salud	21	16,8
	Desempleado/a por otros motivos	11	8,8

Variable	Índice	FA	%
	Pensionado por discapacidad	3	2,4
Afilación a seguridad social en salud	No afiliado	3	2,4
	Subsidiado	74	59,2
	Contributivo	42	33,6
	Régimen especial	5	4
	Otro	1	0,8
Ingresos del núcleo familiar	Menos de 1 SMMLV	51	40,8
	Entre 1 y 2 SMMLV	48	38,4
	Entre 2 y 4 SMMLV	15	12
	Más de 4 SMMLV	11	8,8
Estrato socioeconómico	Estrato 1	52	41,6
	Estrato 2	28	22,4
	Estrato 3	27	21,6
	Estrato 4	12	9,6
	Estrato 5	3	2,4
	Estrato 6	3	2,4
n= 125			

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 ojo y del oído cada uno (24%) seguido de Enfermedades del sistema nervioso. El 56% de los participantes manifestaron el uso de ayudas externa, de ellos la mayoría refiere utilizar el bastón. Más de la mitad de los participantes manifestaron no consumir medicamentos, del porcentaje que manifestó si consumir, el 22,4% consume medicamentos categorizados como antihipertensivos. La media de la variable tiempo de evolución de la limitación permanente fue de  $271,88 \pm 180,7132$  meses, el 71,2% de los encuestados lleva más de 10 años con la limitación permanente. Tabla 7 y 8.

Tabla 7. Resumen descriptivo de variables clínicas

<b>Variables Clínicas</b>	<b>Subvariables</b>	<b>FA</b>	<b>%</b>
Diagnóstico médico	Tumores	2	1,6
	Enfermedades de la sangre y de los órganos hematopoyéticos	1	0,8
	Trastornos mentales y del comportamiento	9	7,2
	Enfermedades del sistema nervioso	26	20,8
	Enfermedades del ojo y sus anexos	30	24
	Enfermedades del oído y de la apófisis mastoides	30	24
	Enfermedades del sistema circulatorio	5	4
	Enfermedades del sistema respiratorio	2	1,6
	Enfermedades del sistema osteomuscular y del tejido conjuntivo	16	12,8
	Malformaciones congénitas	2	1,6
	Otro	2	1,6
Rangos de tiempo de la limitación permanente	menos de 12 meses	6	4,8
	Entre 13 y 60 meses	15	12
	Entre 61 y 120 meses	15	12
	121 y mas meses	89	71,2
Uso de ayudas externas	No	55	44
	Si	70	56
Tipo de ayuda externa	Ninguna	55	44
	Silla de ruedas	8	6,4
	Muletas	2	1,6
	Bastón	33	26,4
	Audífono	14	11,2
	Prótesis ocular	2	1,6
	Ortesis	7	5,6
	Otras	4	3,2
Uso de medicamentos	No	65	52
	Sí	60	48
Medicamentos	Ninguno	65	52
	Analgésico	5	4
	Antidepresivo	5	4
	Antirreumático	1	0,8
	Antiinflamatorio no esteroide	4	3,2
	Antihipertensivo	28	22,4
	Anticonvulsivante	4	3,2
	Antiparkinsoniano	1	0,8
	Otro	12	9,6
	<b>n=125</b>		

Fuente: Elaboración propia de las investigadoras (2017).

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

Variable	Media	Desv Tip	Mínimo	Máximo
Edad	45,63	17,9176	20,00	87,00
Tiempo de limitación	271,88	180,7132	7,00	708,00
n= 125				

Fuente: Elaboración propia de las investigadoras (2017).

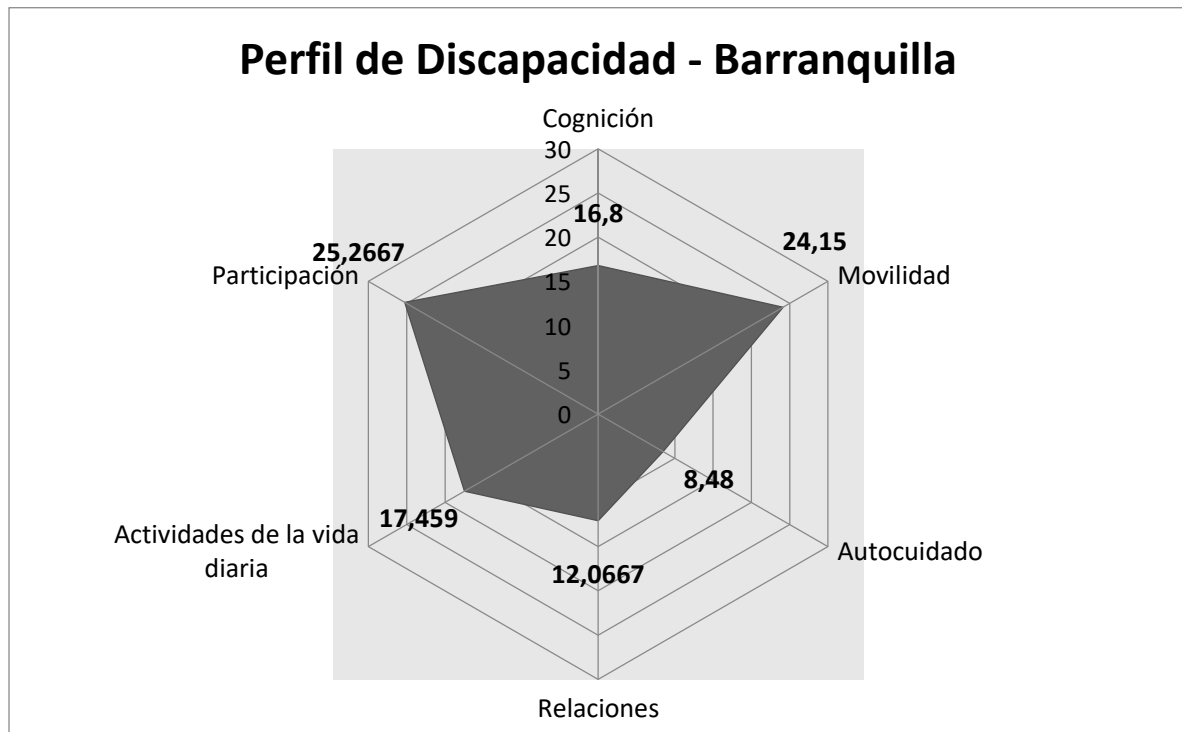
### 6.3 ANÁLISIS DESCRIPTIVO DE DISCAPACIDAD

Para medir grado de discapacidad se utilizó el WHODAS 2.0 (World Health Organization – Disability Assessment Schedule 2.0) de 36 ítems o preguntas para determinar la cantidad de dificultad (discapacidad) encontrada en las actividades que una persona hace en su vida cotidiana independientemente del diagnóstico médico. Las áreas incluidas en el instrumento son: Comprensión y comunicación, capacidad para moverse en el entorno (movilidad), cuidado personal (autocuidado), relacionarse con otras personas, actividades de la vida diaria, participación en sociedad. La escala de evaluación para cada área y global determina grados de dificultad o discapacidad según el caso y va desde ninguna dificultad o sin discapacidad, discapacidad leve, moderada, severa y extrema o completa. Siendo los mayores puntajes mayor discapacidad. En las 125 personas participantes del estudio la media de discapacidad final (escala de 0 a 100) fue de  $18,96 \pm 12,8911$  puntos. En cuanto a las áreas evaluadas por el WHODAS 2.0, la que presentó mayor promedio de puntuación fue participación  $25,26 \pm 19,5057$ . El área con menor promedio de puntuación fue cuidado personal con 8,48 puntos. Ver tabla 9 y gráfico radial 1.

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

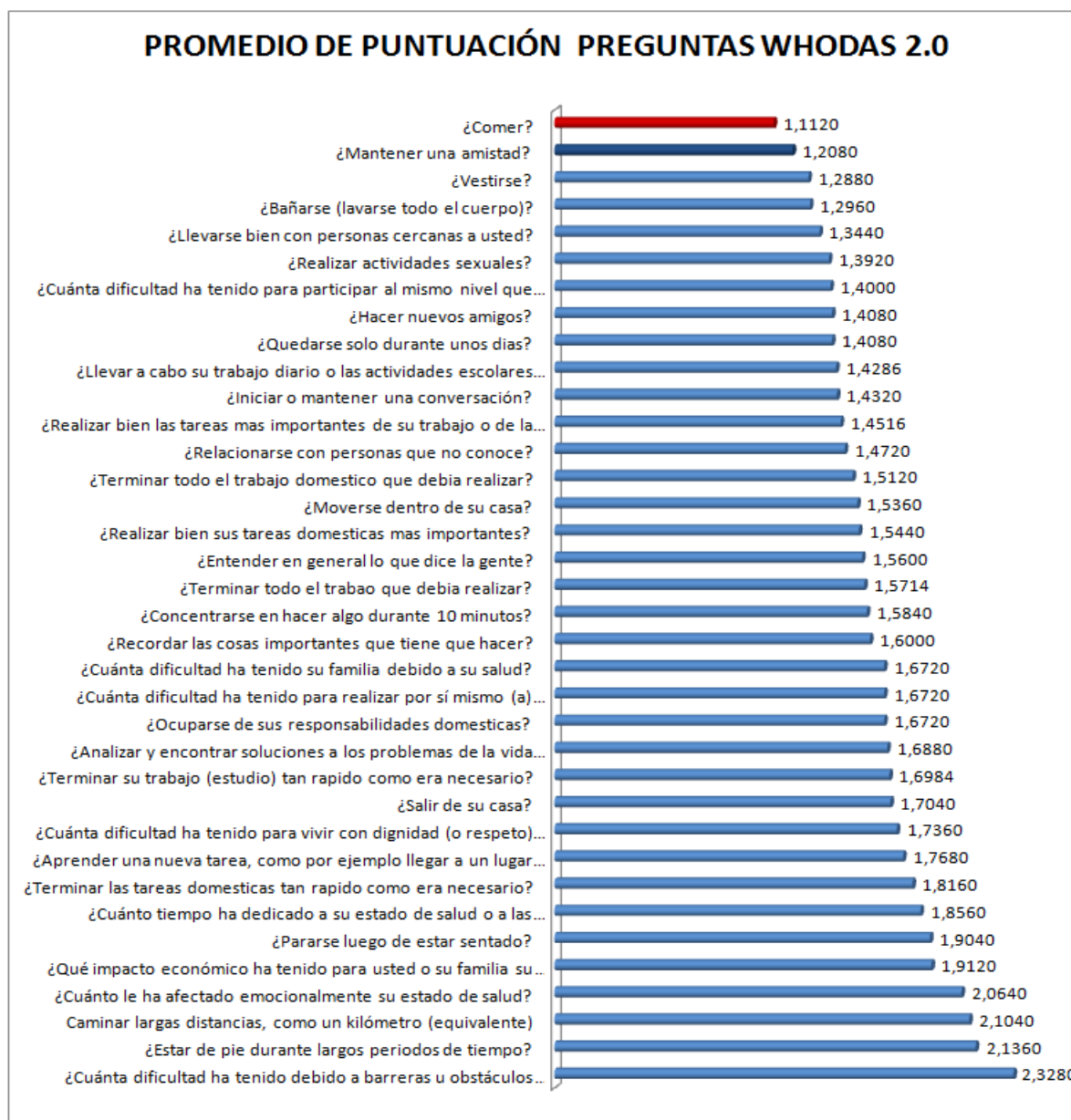
Áreas y Final Discapacidad	Media	Desv. Tip	Mínimo	Máximo
Cognición	16,8000	15,53352	,00	70,00
Movilidad	24,1500	26,46113	,00	100,00
Cuidado Personal	8,4800	15,66051	,00	80,00
Relaciones	12,0667	16,47932	,00	83,33
Actividades de la vida diaria	19,8400	23,75901	,00	100,00
Actividades de la vida diaria-Trabajo remunerado	15,0794	21,73783	,00	100,00
Participación	25,2667	19,50571	,00	95,83
Puntuación final de discapacidad -WHODAS 2.0-	18,9647	12,89116	1,89	65,22
n=125				

Fuente: Elaboración propia de los investigadores (2017).



En cuanto a la media de cada uno de los ítems del instrumento (36 preguntas) calificados por la persona en una escala de 1 a 5 puntos, se encontró que las 3 actividades que en promedio obtuvieron puntajes altos (mayor dificultad experimentada para la realización de una actividad) fueron: dificultad experimentada debido a barreras y obstáculos 2,32, estar de pie durante largos periodos de tiempo 2,13 y caminar largas distancias como un kilómetro con 2,10. Ver gráfico 1.

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



n=125

Fuente: Elaboración propia de los investigadores (2017).

En cuanto al grado de discapacidad recodificada a partir de las 6 áreas del WHODAS 2.0, se encontró que el 65,6% de los encuestados presentaron discapacidad leve, seguido de moderada 24 %. Ver tabla 10.

Tabla 10. Grado de Discapacidad WHODAS 2.0

Grado de Discapacidad	FA	%
Ninguna	10	8
Leve	82	65,6
Moderada	30	24
Severa	3	2,4
Extrema	0	0
Total	125	100

Fuente: Elaboración propia de los investigadores (2017)

Como se evidencia en la tabla 11 en las áreas de discapacidad y grado, la mayor proporción de discapacidad extrema fue para las áreas de movilidad y actividades de la vida diaria-trabajo no remunerado, seguido del dominio de movilidad y participación en sociedad con 1,6 %. El área de Actividades de la vida diaria-trabajo remunerado fue la que evidenció mayor proporción de discapacidad leve. Tabla 11. Grado de discapacidad por áreas del WHODAS 2.0.

Dominio	Grado	FA	%
Cognición	Ninguna	24	19,2
	Leve	67	53,6
	Moderada	27	21,6
	Severa	7	5,6
	Extrema	0	0
	Total	125	100
Movilidad	Ninguna	38	30,4
	Leve	33	26,4
	Moderada	28	22,4
	Severa	24	19,2
	Extrema	2	1,6
	Total	125	100
Cuidado Personal	Ninguna	79	63,2
	Leve	32	25,6
	Moderada	8	6,4
	Severa	6	4,8
	Extrema	0	0
	Total	125	100
Relaciones	Ninguna	53	42,4
	Leve	50	40

Dominio	Grado	FA	%
	Moderada	15	12
	Severa	7	5,6
	Extrema	0	0
	Total	125	100
Actividades de la vida diaria-trabajo no remunerado	Ninguna	43	34,4
	Leve	42	33,6
	Moderada	27	21,6
	Severa	10	8
	Extrema	3	2,4
	Total	125	100
Actividades de la vida diaria-trabajo remunerado	Ninguna	31	24,8
	Leve	76	60,8
	Moderada	10	8
	Severa	7	5,6
	Extrema	1	0,8
	Total	125	100
Participación	Ninguna	11	8,8
	Leve	53	42,4
	Moderada	47	37,6
	Severa	12	9,6
	Extrema	2	1,6
	Total	125	100

Fuente: Elaboración propia de los investigadores (2017)

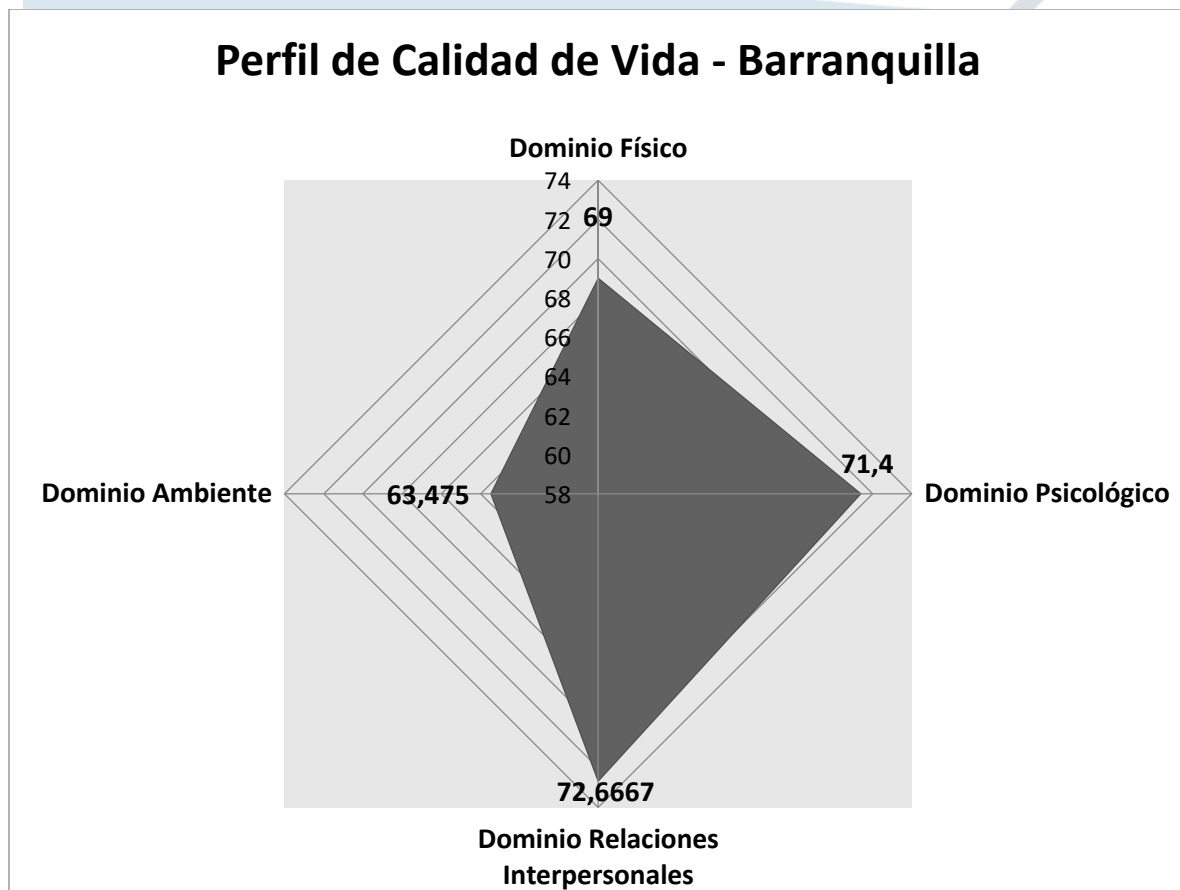
#### 6.4 ANÁLISIS DESCRIPTIVO DE CALIDAD DE VIDA RELACIONADA CON LA SALUD

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 estudiada se evidenció que el dominio de relaciones interpersonales ( $72,66 \pm 16,1409$  puntos) y dominio psicológico ( $71,40 \pm 16,6527$  puntos) fueron los que presentaron mayores promedios de puntuación. La puntuación promedio más baja fue para el dominio ambiente ( $63,47 \pm 15,6220$  puntos), ver tabla 12 y gráfico radial 2

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

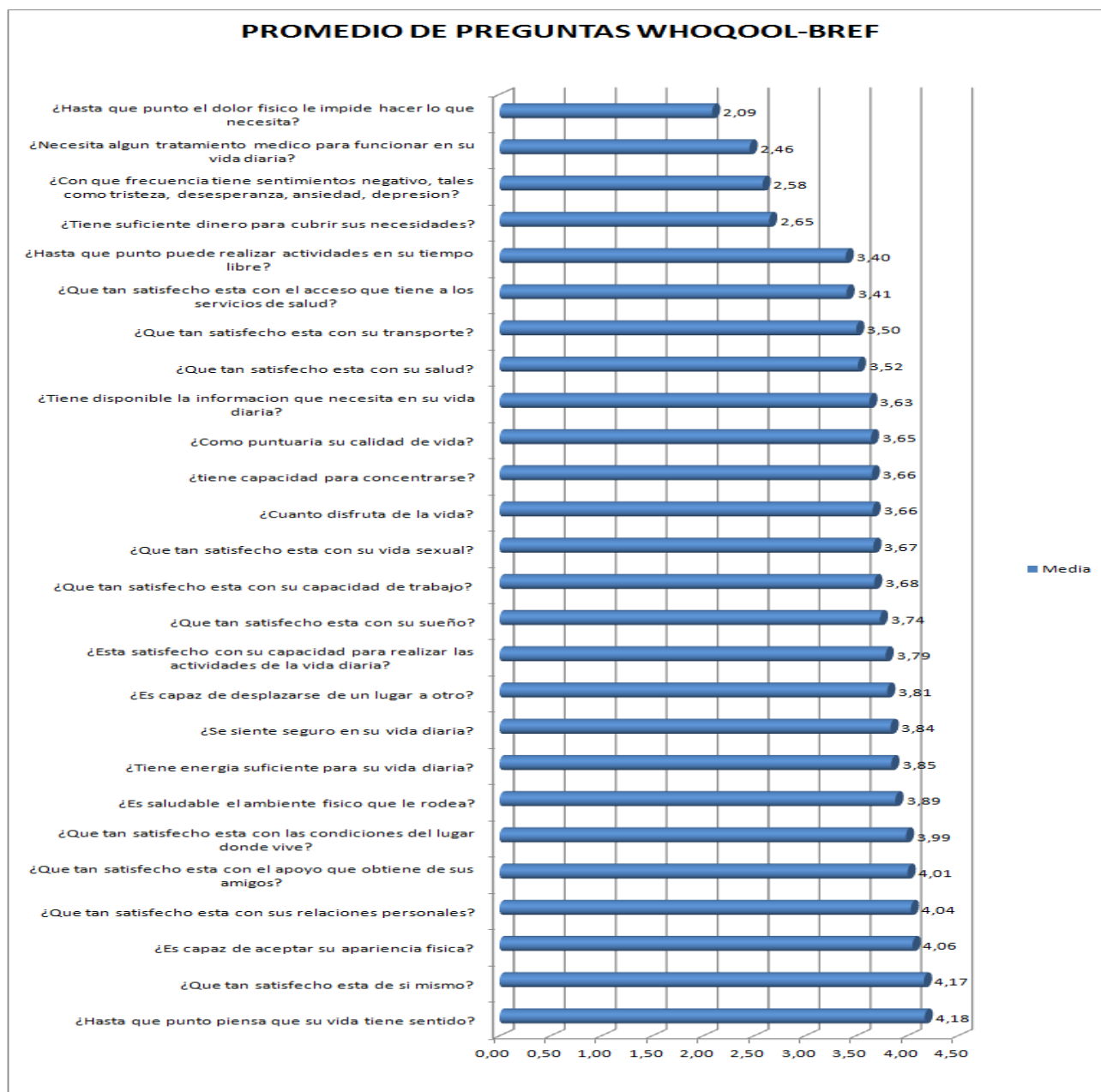
Dominios (WHOQOL Bref) (0 a 100)	Mínimo	Máximo	Media	Desviación estándar
Calidad de vida general	0	100	70,00	16,66
Dominio físico	25,00	100,00	69,00	18,202
Dominio Psicológico	29,17	100,00	71,40	16,652
Dominio Relaciones Interpersonales	25,00	100,00	72,66	16,140
Dominio Ambiente	25,00	100,00	63,47	15,622
n= 125				

Fuente: Elaboración propia de los investigadores (2017)



Dentro de la muestra del estudio, los ítems con menores promedios de puntuación valorados con el WHOQOL Bref fueron: el dolor físico le impide hacer lo que necesita 2,09; seguido de necesitar tratamiento para funcionar en su vida diaria y tiene frecuentemente sentimientos negativos tales como: tristeza, desesperanza y ansiedad. Los mayores promedios de puntuación fueron para: pensar que su vida tiene sentido 4,18; seguido de estar satisfecho consigo mismo y afectar su apariencia física. ver gráfico 2..

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



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 final evaluada con el WHODAS 2.0 y CVRS por dominios evaluada con el WHOQOL Bref. Así como también para las variables cuantitativas sociodemográficas y clínicas.

Se encontró distribución no normal ( $p < 0,005$ ) para todas las variables cuantitativas sociodemográficas, clínicas, de discapacidad y de CVRS excepto para el dominio ambiente, este resultado indicó el análisis de correlación no paramétrico. Ver tabla 13.

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

Variables	Media	Desv. típ.	Mínimo	Máximo	Prueba de Normalidad	
					Z de Kolmogorov-Smirnov	Sig. asintótica (bilateral)
Cognición	16,8000	15,53352	,00	70,00	,154	,000
Movilidad	24,1500	26,46113	,00	100,00	,181	,000
Cuidado Personal	8,4800	15,66051	,00	80,00	,338	,000
Relaciones	12,0667	16,47932	,00	83,33	,254	,000
Actividades de la vida diaria	19,8400	23,75901	,00	100,00	,229	,000
Actividades de la vida diaria- Trabajo remunerado	15,0794	21,73783	,00	100,00	,248	,000
Participación	25,2667	19,50571	,00	95,83	,112	,001
Discapacidad final	18,9647	12,89116	1,89	65,22	,142	,000
Calidad de vida general	70,003	16,66078	0	100	,118	,001
Física	69,0000	18,20287	25,00	100,00	,109	,001
Psicológica	71,4000	16,65275	29,17	100,00	,120	,000
Relaciones Interpersonales	72,6667	16,14090	25,00	100,00	,147	,000
Ambiental	63,4750	15,62206	25,00	100,00	,059	,200
Edad en años cumplidos	45,6320	17,91761	20,00	87,00	,104	,002
Tiempo de evolución de la limitación permanente	271,8880	180,71325	7,00	708,00	,100	,004
n= 125						

Fuente: Elaboración propia de los investigadores (2017)

Según el nivel de medición de la variable se utilizaron diferentes coeficientes de relación para el análisis entre las variables sociodemográficas, clínicas y discapacidad por áreas y final (escala de 0-100). 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 final) 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 final (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 final 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 final	Spearman
13. Edad 14. 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 final	Spearman

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 dimensione	Coefficiente de relación
1. Sexo 2. Estado civil 3. Ocupación actual 4. Diagnóstico médico 5. Uso de ayudas externas 6. Uso de medicamentos 7. Medicamentos utilizados	Nominal	Calidad de Vida General Dominio Físico Dominio Psicológico 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. Edad 14. Tiempo Limitación Permanente	Cuantitativa (Intervalo o razón)	Calidad de Vida General Dominio Físico Dominio Psicológico Dominio Relaciones Interpersonales Dominio Ambiente	Spearman

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 acorde con la distribución no normal de las variables de discapacidad por áreas y final y calidad de vida por dominios. ver tablas 16 y 17.

Tabla 16. Pruebas de homogeneidad para el contraste de discapacidad por áreas y final en subgrupos de variables sociodemográficas y clínicas

Variable	Número de grupos	Discapacidad por áreas y final 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 final	H de Kruskal Wallis

Tabla 17. Pruebas de homogeneidad para el contraste entre CVRS por dominios (WHOQOL BREF) en subgrupos de variables sociodemográficas y clínicas

Variable	Número de grupos	Discapacidad por áreas y final	Coficiente 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

En la relación entre variables sociodemográficas y discapacidad se encontró que la edad, rangos de edad y la ocupación presentaron relación estadísticamente significativa con las áreas de movilidad, el comportamiento de la variable edad y rango de edad inciden en la movilidad. La variable estado civil se asoció significativamente con el área de participación. Las otras variables sociodemográficas mostraron fuerza de asociación por debajo de 0,3 y algunas no fueron estadísticamente significativas. Ver tabla 18.

Tabla 18. Relación de variables sociodemográficas con Discapacidad final y por áreas.

Variables	Discapacidad por áreas y final								
	Estadístico***	Cognición	Movilidad	Cuidado Personal	Relaciones	Actividades de la vida diaria	Actividades de la vida diaria-Trabajo remunerado	Participación	Puntuación final de discapacidad
Sexo	Eta	0,098	0,191	0,187	0,084	0,027	0,050	0,024	0,079
	P valor	0,124	0,095	0,026	0,667	0,431	0,849	0,998	0,210
Edad	Rho	-0,004	0,357**	0,252**	-0,035	0,139	-0,103	-0,141	0,093
	P valor	0,966	0,000	0,001	0,695	0,121	0,423	0,116	0,301
Rangos de Edad	Rho	0,015	0,375**	0,248**	-0,022	0,134	-0,096	-0,105	0,123
	P valor	0,867	0,000	0,001	0,805	0,136	0,455	0,243	0,172
Nivel de estudios alcanzado	Rho	-0,150	-0,232**	-0,180*	-0,054	-0,062	0,067	0,070	-0,138
	P valor	0,094	0,001	0,004	0,553	0,495	0,603	0,437	0,125
Estado civil actual	Eta	0,102	0,257	0,278	0,186	0,280	0,330	0,3107*	0,258
	P valor	0,867	0,369	0,314	0,644	0,241	0,231	0,005	0,400
Ocupación actual	Eta	0,206	0,386*	0,267**	0,296	0,284	0,227	0,272	0,235
	P valor	0,720	0,003	0,001	0,166	0,412	0,382	0,415	0,536
Afiliación a salud	Eta	0,172	0,111	0,137	0,103	0,145	0,376	0,155	0,121
	P valor	0,470	0,497	0,699	0,812	0,534	0,082	0,415	0,629
Ingresos familiares	Rho	-0,118	0,023	-0,020	0,093	-0,067	0,099	-0,051	-0,036
	P valor	0,190	0,802	0,824	0,300	0,456	0,442	0,575	0,687
Estrato socioeconómico	Rho	-0,098	-0,112	-0,111	0,143	-0,105	0,051	-0,076	-0,106
	P valor	0,277	0,214	0,218	0,111	0,244	0,689	0,400	0,238

\*p valor  $\leq$  0,05. \*\* p valor  $\leq$  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)

### 6.5.2 Relación entre variables clínicas y Discapacidad

Dentro del análisis para relacionar variables clínicas y discapacidad se encontró que las áreas de movilidad, cuidado personal y final de discapacidad presentaron asociación estadísticamente significativa con diagnóstico médico, tipo de ayuda externa y tipo de medicamentos consumidos, encontrándose una fuerza de asociación mediana entre diagnóstico médico y movilidad. Por otra parte el resto de variables clínicas no evidenciaron fuerza de asociación mayor a 0,3 y dentro del análisis se determina que algunas de ellas no fueron estadísticamente significativas. Ver tabla 19.

Tabla 19. Relación de variables clínicas con Discapacidad final y por áreas

Variables	Estadístico***	Discapacidad por áreas y final							
		Cognición	Movilidad	Cuidado Personal	Relaciones	Actividades de la vida diaria	Actividades de la vida diaria- Trabajo remunerado	Participación	Puntuación final de discapacidad
Diagnóstico médico	Eta	0,218	0,619**	0,387*	0,302	0,434	0,270	0,325	0,380*
	P valor	0,649	0,000	0,005	0,197	0,185	0,382	0,185	0,005
Tiempo de evolución de la limitación	Rho	0,016	-.225**	-.288**	0,142	-.227*	-0,132	-0,043	-.179*
	P valor	0,858	0,000	0,001	0,115	0,003	0,303	0,636	0,004
Uso de ayudas externas	Eta	0,105	0,067	0,014	0,060	0,013	0,126	0,161	0,061
	P valor	0,221	0,374	0,276	0,164	0,682	0,385	0,072	0,452
Tipo de ayudas externas	Eta	2,940	0,54**	0,506*	0,241	0,271	0,303	0,342	0,361*
	P valor	0,214	0,000	0,018	0,362	0,176	0,323	0,073	0,005
Uso de medicamentos	Eta	0,126	0,200**	0,135	0,040	0,081	0,152	0,048	0,156*
	P valor	0,242	0,000	0,072	0,881	0,136	0,196	0,725	0,004
Medicamentos utilizados	Eta	0,194**	0,465**	0,530*	0,439	0,334	0,245	0,354	0,429*
	P valor	0,001	0,001	0,003	0,241	0,347	0,805	0,110	0,002

\*p valor  $\leq$  0,05    \*\* p valor  $\leq$  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)

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

Partiendo de la información referida en la tabla 20 que relaciona las variables sociodemográficas y CVRS se encontró que las variables edad, rangos de edad (relación inversa) presentaron relación significativa con los dominios físico, psicológico y CV general, en la población participante en la investigación este hallazgo sugiere que a mayor edad manifiestan peor percepción de calidad de vida y visceversa.

Por otro lado los resultados arrojados también presentan asociaciones significativas entre nivel de estudios y los dominios físico, psicológico y CV general, siendo la mayor fuerza de asociación en este último.

La variable ocupación presentó asociación con todos los dominios y final de calidad de vida, es llamativa la fuerza de dichas asociaciones que se ubicaron por encima de 0,5. Al relacionar las variables ingresos y estratos se halla relación con el dominio ambiente y calidad de vida general, presentándose de manera inversa entre ingresos y CV general.

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

Variables	CVRS por dominios					CV general
	Estadístico**	Dominio Físico	Dominio Psicológico	Dominio Relaciones Interpersonales	Ambiente	
Sexo	Eta	0,197	0,074	0,024	0,077	0,135
	P valor	0,058	0,368	0,926	0,473	0,301
Edad	Rho	-,445**	-,312**	-,216*	-0,169*	-0,324*
	P valor	0,000	0,000	0,005	0,005	0,004
Rangos de edad	Rho	-,468**	-,317**	-,209*	-0,172*	-0,425**
	P valor	0,000	0,000	0,003	0,005	0,012
Nivel de estudios	Rho	,362**	,306**	,181*	,250*	0,63*
	P valor	0,000	0,001	0,004	0,005	0,004
Estado civil	Eta	0,218	0,151	0,160	0,065	0,23
	P valor	0,341	0,598	0,613	0,960	0,055
Ocupación Actual	Eta	0,527**	0,676*	0,703*	0,538*	0,682*
	P valor	0,000	0,003	0,005	0,003	0,003
Afilación a salud	Eta	0,169	0,254	0,195	0,222**	0,084
	P valor	0,453	0,100	0,214	0,000	0,32
Rango de ingresos familiares	Rho	0,153	0,175	0,014	,303**	-,301**
	P valor	0,088	0,052	0,873	0,000	0,001
Estrato	Rho	,229*	,178*	0,118	,306**	,302**
	P valor	0,004	0,004	0,191	0,000	0,002

\*P ≤ 0.05    \*\* P ≤ 0.01

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

r: Coeficiente de correlación de Pearson

rho: Coeficiente de correlación de Spearman

Fuente: Elaboración propia de los investigadores (2017)

### 6.5.4 Relación variables clínicas y CVRS

La tabla 21 expone la correlación entre las variables clínicas y CVRS donde el diagnóstico médico evidenció asociación significativa con todas los dominios y CV general (relación inversa), la fuerza de dichas asociaciones fue superior a 0,5. Lo que sugiere que de acuerdo al tipo de diagnóstico presente en la población de estudio se percibe peor calidad de vida o viceversa. De acuerdo a la población encuestada existe relación significativa entre el tiempo de la limitación y el dominio físico.

Destacándose también los resultados encontrados frente a uso y tipo de medicamentos y su relación con todos los dominios y general de CV excepto con el dominio ambiente.

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	Eta	0,570**	0,533**	0,528*	0,617*	-0,621**
		P valor	0,000	0,000	0,003	0,003	0,001
	Tiempo de la limitación	Rho	,417**	,231**	,196*	0,140	0,420
		P valor	0,000	0,010	0,028	0,118	0,342
	Uso de ayudas externas	Eta	0,094	0,132	0,012	0,032	0,434
		P valor	0,338	0,156	0,887	0,986	0,390
	Tipo de ayudas externas	Eta	0,246*	0,226*	0,281	0,219	0,734
		P valor	0,004	0,003	0,240	0,423	0,321
	Uso de medicamentos	Eta	0,508**	0,326**	0,534*	0,137	0,534**
		P valor	0,000	0,000	0,004	0,079	0,002
	Tipo de medicamento	Eta	0,583**	0,4732*	0,344*	0,226	0,423*
		P valor	0,000	0,001	0,001	0,500	0,003

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

\*\*\* 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 final (0-100 puntos) y calidad de vida relacionada con la salud por dimensiones (0-100 puntos)

Los datos expuestos en la tabla 22 indican que la discapacidad final evidenció relación significativa e inversa con todos los dominios de CVRS, se destaca la fuerza de dichas asociaciones por encima de 0,6. Este hallazgo puede interpretarse como una mejor percepción de calidad de vida se asocia con menor grado de discapacidad.

Todos los dominios y CV general evidenciaron asociaciones estadísticamente significativas e inversas con el área de movilidad lo que podría considerarse como una mejor calidad de vida se asocia a un menor compromiso en la movilidad.

En cuanto a la calidad de vida general se asoció con todas las áreas y final de discapacidad con una relación inversa a excepción del área relaciones, lo que puede indicar que estas incidieron en la percepción de la calidad de vida relacionada a la salud de las personas participantes en la investigación.

Tabla 22. Correlación entre CVRS por dimensiones y discapacidad por áreas y final

VARIABLES	CVRS por dominios					
	Estadístico***	Dominio Físico	Dominio Psicológico	Dominio Relaciones Interpersonales	Ambiente	CV general
Discapacidad por áreas y final						
Cognición	Rho	-,210*	-,274*	-0,238	-0,115	-,435**
	P valor	0,002	0,002	0,056	0,363	0,001
Movilidad	Rho	-,461**	-,379**	-,305*	-,306*	-,456**
	P valor	0,000	0,002	0,004	0,003	0,001
Cuidado personal	Rho	-,272**	-,284**	-0,163	-0,240	-,324**
	P valor	0,000	0,002	0,195	0,054	0,001
Relaciones	Rho	-,292*	-,291*	-,419**	-0,050	0,345*
	P valor	0,003	0,001	0,001	0,694	0,004
Actividades de la vida diaria	Rho	-,161**	-,285**	-,289*	-0,209	-,432
	P valor	0,001	0,000	0,002	0,095	0,001
Actividades de la vida diaria-Trabajo remunerado	Rho	-,278*	-,109*	-0,166	0,095	-,652**
	P valor	0,004	0,004	0,294	0,552	0,001
Participación	Rho	-0,204	-0,216	-0,122	-,205*	-,457**
	P valor	0,104	0,083	0,334	0,004	0,001
Puntuación final de discapacidad-WHODAS 2.0	Rho	-,653**	-,612**	-,664**	-,636**	-,767**
	P valor	0,000	0,000	0,001	0,001	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

Rho: Coeficiente de correlación de Spearman

Fuente: Elaboración propia de los investigadores (2017)

## 7. DISCUSIÓN

En Colombia según el censo 2005 del DANE se estableció una prevalencia de discapacidad del 6,3%, en este porcentaje la población más afectada son mujeres constituyéndose el 52.3% (4). Además, se ha estimado a corte de 31 de diciembre de 2016 que hay un total de 1'299.785 personas en Barranquilla y existen 9.638 registradas en el sistema de información Registro para la Localización y Caracterización de Personas con Discapacidad (66). La proyección poblacional al 2105 del DANE indicaba que para la ciudad de Barranquilla se contaría con 65.188 mayores de 20 años que presentarían algún tipo de discapacidad que al igual que a nivel nacional el porcentaje más alto de personas con discapacidad corresponde al sexo femenino (63).

En el presente estudio al describir las características sociodemográficas se encontró que el 51,2% fueron personas del sexo masculino y el 49.6% de la población estaban solteros, hallazgos similares a los encontrados en investigaciones de la ciudad de Cali y Pasto (67) (68), que difieren al comportamiento de la variable sexo en las estadísticas nacionales y también en los resultados de estudios en Boyacá y Tunja por Cobo-Mejía y Chía Neira respectivamente (69) (70). Por otra parte el grupo poblacional estuvo representado por sujetos en edades de 20 a 80 años y más, siendo prevalente (22,4%) el rango 20 a 29 años, seguido de 30 a 39 años, lo que sugiere tener en cuenta el impacto de la discapacidad en estos rangos de edad que corresponde a la adultez joven, y que cada vez entre más temprano se realicen las intervenciones adecuadas con y para las personas con discapacidad se obtendrán mejores resultados en los procesos de inclusión.

En Latinoamérica no se cuenta con suficientes datos sobre la discapacidad especialmente en lo que corresponde a la prevalencia de esta, las características sociodemográficas y sus factores de riesgo, en el estudio realizado de Análisis de datos secundarios de encuestas de discapacidad de América Latina en 13 países incluida Colombia, en el 91% de los países la discapacidad afecta más a las personas con bajo nivel educacional. En Ecuador 58,8% solo poseen educación primaria. En El Salvador 44,8% son analfabetos, en Colombia casi 40% de las personas con discapacidad no poseen ningún tipo de escolaridad (71). De la muestra estudiada en la ciudad de Barranquilla el 26.4% cuenta con estudios secundarios completos, lo que confirma que la baja escolaridad está asociada y es uno de los problemas relevantes de la población con discapacidad especialmente en los países pobres (6).

Según los resultados de esta investigación, el estrato de la mayoría de participantes fue el 1, cerca de un cuarto de los participantes trabaja por cuenta propia, con ingresos familiares iguales o inferiores a un salario mínimo y el 60% se encontró afiliado al régimen subsidiado, siendo estos hallazgos similares a los reportados por Daza y

Mosquera donde la población encuestada mostró ocupación como trabajador en el sector informal de la economía, y cobertura en salud por el régimen subsidiado (72), aunque en un estudio realizado en Cali se encontró que la mitad de los participantes pertenecían al estrato socioeconómico 3 (73).

Los datos de Barranquilla pueden confirmar la relación existente entre discapacidad y pobreza que persiste en la línea del tiempo no solo a nivel local sino que es un problema global de características sociales y económicas por las barreras que se les presentan y les impiden acceder a un empleo de tal manera que también sus bajos ingresos influyen en la discapacidad (74), aspecto a tener en cuenta en la implementación de programas que equiparen oportunidades, además por las tendencias en el cambio demográfico de la población amerita estudiar las condiciones de la población adulta mayor así como lo es referido por Waterhouse y otros, en su estudio en población Sudafricana donde los participantes con discapacidad grave tenían una probabilidad significativamente mayor de ser mayores, de origen étnico indio o asiático, separados, divorciados o viudos, con un bajo nivel de educación (primaria o inexistente), pertenecer al quintil más pobre o pobre y vivir en las zonas rurales (75). Ratificando lo enunciado en el informe mundial de Discapacidad, la cual se presenta de manera desproporcionada en las poblaciones vulnerables relacionando pobreza, bajos ingresos económicos, menor escolaridad y sin trabajo (69).

Al analizar las variables clínicas de la muestra se evidencia que los dos principales diagnósticos médicos (CIE 10) a los cuales se atribuyó la limitación permanente (discapacidad) fue en los grupos de Enfermedades del ojo, sus anexos y Enfermedades del oído, lo que guarda relación con las cifras del DANE donde el comportamiento del tipo de limitación para el departamento del Atlántico es de 41.8% para ver y en séptimo lugar se encuentra las limitaciones permanentes para oír y para autocuidado (5). Para América Latina se indica que la limitación en la movilidad es la más prevalente y las enfermedades crónicas son consideradas como la principal causa de la discapacidad (71).

Por otra parte al analizar la variable uso de ayudas externas se encontró que más de la mitad de la población las utiliza, donde el 26,4% requiere el bastón, lo que se puede atribuir al diagnóstico médico prevalente. Además, se puede relacionar con otros estudios donde se manifiesta el uso de ayudas externas como lo evidenciado por Fuenmayor (76).

Otra variable estudiada fue tiempo de evolución de la limitación permanente, la cual según Henao se constituye como predictora de la discapacidad (77) mostrando que a mayor tiempo de evolución menor discapacidad. Los resultados de la muestra de Barranquilla reflejan que los encuestados llevan más de 10 años con la limitación

permanente, coincidiendo con los resultados de otras ciudades (68). Según estudios realizados con pacientes con lesión medular los principales cambios positivos ocurren en las primeras dos décadas después de la lesión (77).

Con referencia a la discapacidad por áreas, final y grado de personas adultas con discapacidad en los participantes en Barranquilla se observó que la media de discapacidad final fue de 18,96 que corresponde a grado de discapacidad leve presente en un 65.6% del total de la muestra, esto significa que los compromisos oscilan de 5 a 24 % de discapacidad según la escala de 0 a 100 del WHODAS 2.0, este comportamiento del grado de discapacidad también se evidenció a nivel nacional en el estudio de Gil en la ciudad de Pasto (68), e internacionalmente Flores y Rodríguez en Honduras y España respectivamente (78) (79). Hallazgos diferentes se presentaron en el estudio de Cali realizado por Arango Hoyos donde el grado de discapacidad fue moderado (67).

De acuerdo al cuestionario utilizado para evaluar discapacidad (WHODAS 2.0) las áreas que presentaron mayor promedio de puntuación (mayor grado de discapacidad) fue participación ( $25,26 \pm 19,50$ ) y movilidad ( $24,15 \pm 26,46$ ) y la menor puntuación se halló en cuidado personal ( $8,48 \pm 15,66$ ). Este resultado coincide con la ciudad de Pasto (68) y Bangladeh (80), frente al grado de discapacidad por área se observó que la mayor proporción de discapacidad extrema fue para actividades de la vida diaria-trabajo no remunerado, seguido de movilidad y participación en sociedad con 1,6 %. El área de Actividades de la vida diaria-trabajo remunerado fue la que evidenció una proporción de discapacidad leve y las tres actividades que mostraron promedios altos (mayor dificultad experimentada para la realización de una actividad) fueron: dificultad experimentada debido a barreras y obstáculos, estar de pie durante largos periodos de tiempo y caminar largas distancias.

Los anteriores resultados se interpretan bajo la mirada del modelo biopsicosocial y la CIF donde el grado de discapacidad va relacionado a las limitaciones en la actividad y la restricción en la participación que puede experimentar un individuo independientemente de la condición de salud al interactuar con su contexto (1).

La calidad de vida relacionada a la salud en la muestra de Barranquilla fue valorada con una calificación de 70,00 en una escala de 0 a 100; siendo mayor el puntaje obtenido en el dominio de relaciones interpersonales y el menor en el dominio ambiente y específicamente al relacionarlo a qué tan satisfecho está con las condiciones del lugar donde vive dio un promedio de puntuación de 3.99 en la escala de valor de (1-5), así como lo hallado por Flores donde el 60,1% de adultos mayores señalaron que su calidad de vida era buena (81) y en adultos Colombianos con lesión medular el promedio de calidad de vida general fue de 68/100, donde el dominio que

mostró mejor percepción de CVRS fue el de salud psicológica y el de menor percepción fue el asociado con el ambiente (77) Los participantes consideraron los menores promedios de puntuación para los ítems dolor físico que le impide hacer lo que necesita, seguido de necesitar tratamiento para en su vida diaria y frecuentes sentimientos negativos y mejor puntuación para pensar que su vida tiene sentido, estar satisfecho consigo mismo y si se siente afectado por su apariencia física.

Los resultados de Barranquilla indican un comportamiento de relación estadísticamente significativa y de asociatividad edad, rango edad y la ocupación con las áreas de movilidad, también se asoció la variable estado civil con el área de participación, similar al el estudio de Gil, en la ciudad de Pasto (68). Relación similar se reportó en el estudio de Beřziņa asociando factores funcionales, sociales y personales y el nivel de autopercepción de la discapacidad después de una accidente cerebrovascular, siendo mejor explicados los dominios de movilidad y autocuidado. Los resultados indicaron que ser dependiente en el alta dio lugar a un mayor nivel de discapacidad percibida La locomoción estaba significativamente relacionada con el ámbito de movilidad (82).

En cuanto al grado de discapacidad en la variable sociodemográfica ocupación, se observa que en Barranquilla para cualquiera de los tipos de ocupación el mayor porcentaje de los sujetos presenta leve discapacidad. Gil, indica que en Pasto se presenta la ocupación asociada con discapacidad final y las áreas de actividades de la vida diaria y participación en sociedad (68). Según datos del RLCPD (2010), el 15,2% de las personas con discapacidad inscritas que tenían 10 años y más se encontraba trabajando, y el 4,3% buscando trabajo. La tasa de actividad de las personas con discapacidad se aproxima al 19,5%, muy por debajo de la tasa general de actividad a nivel nacional, que para marzo de 2010 era del 61,5%. La tasa de desempleo de las personas con discapacidad puede estimarse, de acuerdo con estos datos, en el 22,1%; en cuanto a la actividad económica para la región Atlántica y Pacífica el primer lugar corresponde para las actividades de servicios; se resalta en este informe que obstante la inclusión productiva se genera en trabajos no calificados y con remuneraciones más bajas (83). Beřziņa en su estudio indicó que el trabajo fue el factor que mostró asociación con todos los dominios de WHODAS 2.0, con la excepción de "llevarse bien" (82).

La importancia de esta relación entre discapacidad y las variables sociodemográficas educación y ocupación se pueden ver sintetizadas en la conclusión del estudio en Manizales donde Castelblanco y otros observan que los bajos niveles educativos producto de la restricción en la participación obstaculizan la capacidad de adquirir conocimientos y habilidades que permitan acceso a un mercado laboral más amplio y a mejores condiciones de vida (84).

En la relación de las variables clínicas y Discapacidad, los resultados de Barranquilla muestran que las áreas de movilidad, cuidado personal y final de discapacidad presentaron asociación con diagnóstico médico, tipo de ayuda externa y tipo de medicamentos consumidos y con la mayor fuerza en la variable diagnóstico médico y movilidad (superior a 0,6); como evidenció con relación a los medicamentos Gallardo (85) y lo plantado con relación al diagnóstico médico por Gil, en Pasto (68) y Fuenmayor en Medellín (76).

De igual forma estas variables al relacionarlas con grado final de discapacidad, se encontraron con un p – valor significativo entre tipo de ayudas externas y tipo de medicamentos, donde la mayor concentración está en leve discapacidad y en la relación entre movilidad y tipo de ayuda externa se presentó mayor fuerza de asociación.

Entre la variable de tiempo de evolución de la limitación con las áreas de movilidad la asociación fue inversa, comportamiento similar se encontró en Pasto (68). En el estudio Letón sobre sujetos con accidente cerebrovascular, el tiempo mediano después del alta de la rehabilitación fue de 1 año y 9 meses. La mayoría de los sujetos eran independientes en el momento del alta de rehabilitación. Sin embargo, la mediana del nivel de autopercepción de la discapacidad, evaluado por WHODAS 2.0, fue del 52% (82).

Para el estudio en Barranquilla, existen correlaciones significativas entre las variables sociodemográficas (edad, rangos de edad -inversa-, escolaridad, ocupación, estrato) y clínicas (excepto uso de ayuda externa) y calidad de vida, donde el mayor poder de asociación se evidencia entre la variable dominio físico y tipo de medicamento. Las personas que no consumen medicamento presentan mejor calidad de vida relacionada con el dominio físico. Las personas que consumen antirreumático y antiinflamatorio presentan menor calidad de vida en su dominio físico. El dominio ambiente solo presentó asociación con la variable diagnóstico médico. Como lo presenta Hernández en estudios sobre calidad de vida concluyendo que la fibromialgia afecta la salud física y mental (86). En cambio estudios sobre población con hemofilia en la ciudad de Medellín reportaron una calidad de vida tan alta como la población general Colombiana sin hemofilia (76).

Paiva en su estudio sobre factores asociados a la calidad de vida de los ancianos en Brasil, muestra que las puntuaciones de calidad de vida más bajas se encontraron en el entorno y en los dominios de autonomía asociados con la edad avanzada, destacando las puntuaciones más bajas en el ámbito ambiental y el aspecto de autonomía, siendo un factor de influencia clave la percepción negativa de la salud (87).

Por otra parte la severidad de la discapacidad, a saber, la limitación de la actividad y restricción de la participación, ha sido bien reconocido como un factor relacionado con la salud objetivo que influye en la calidad de vida de las personas con discapacidad, incluso PcD con menores grado severidad de esta no tienen niveles más altos de calidad de vida (80). Wilson mostró en su estudio basado en el modelo teórico de los resultados del paciente en la calidad relacionada con la salud de la vida, de acuerdo con ese modelo, la influencia de la condición de salud objetiva sobre la calidad de vida está mediada por la percepción subjetiva de las condiciones de salud, la propia actitud de las personas afectadas hacia la discapacidad es un importante factor subjetivo, que puede estar asociado con la severidad de la discapacidad y también influye en su calidad de vida (88).

Así mismo en la relación discapacidad con calidad de vida se ha encontrado que la experiencia propia de la persona con discapacidad sumada a la restricción en la participación en actividades sociales de las personas con discapacidad física se asocia con un menor nivel de bienestar, incluyendo más pobre calidad de vida (80) otros estudios han mostrado la influencia de los factores ambientales en la discapacidad los cuales deben de ser abordados (89) (90), aspectos que a diferencia de los resultados en el estudio de Barranquilla donde se presentó una relación significativa e inversa que se interpreta como el grado de discapacidad leve ejerce influencia para mejor percepción de calidad de vida relacionada a la salud en las personas adultas con discapacidad de la ciudad de Barranquilla.

Este estudio guarda relación con los estudios a nivel nacional y global (77) (88) (91), el obtenido específicamente en el área de participación confirman la necesidad que la persona con discapacidad se involucre más en su rol familiar, comunitario y social de forma activa, para que ellos como actores principales propicien cambios actitudinales y del contexto que favorezcan su inclusión sin tener en cuenta el tipo de discapacidad así como lo expresa Méndez en estudios que abordan la discapacidad visual indicando que el “enfrentamiento resiliente, la calidad de vida y el ajuste psicológico se relacionan con la competencia percibida, pero no con el tipo de discapacidad (92).

Es importante sensibilizar para apropiar socialmente los resultados de esta investigación con la población con discapacidad del Distrito de Barranquilla y articularlos a estrategias de la reciente Política Pública de Discapacidad (93) de tal manera con los entes gubernamentales para facilitar el desarrollo de estrategias inclusivas que mejoren la calidad de vida de las personas con discapacidad favoreciendo su inclusión en la sociedad.

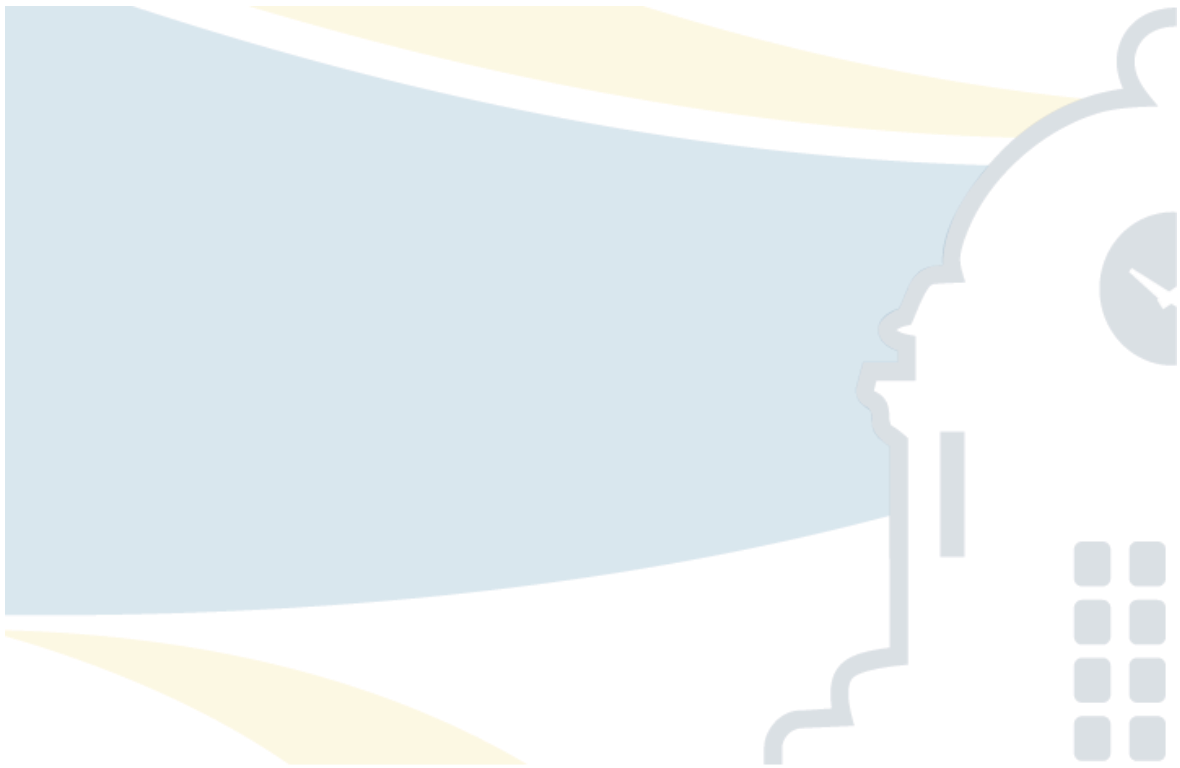
En el estudio Análisis cualitativo de tópicos vinculados a la calidad de vida en personas con discapacidad Cilleros y Sánchez concluyen que aspectos relacionados al empoderamiento y derechos de las personas con discapacidad se ven afectados por condiciones del contexto e indica que un verdadero abordaje integral (salud, educativo y social) por parte de los profesionales implican una calidad de vida que dé como resultado una inclusión plena de la persona con un impacto social positivo (90).



## **8. CONCLUSIONES**

1. El presente estudio se realizó en la ciudad de Barranquilla con 125 personas con discapacidad, se evidenció que los participantes se caracterizaron por ser la mayoría de sexo masculino, solteros jóvenes y de un estrato socioeconómico bajo, afiliados en mayor porcentaje al régimen subsidiado del SGSSS y gran parte de ellos reportaron una situación ocupación definida como Trabajadores Independientes.
2. Las enfermedades del oído, del ojo y sus anexos fueron las condiciones de salud a las cuales la mayoría de los participantes le atribuye su limitación permanente, la mayoría de ellos lleva mas de diez años con la discapacidad.
3. La discapacidad leve se evidenció en más de la mitad de la muestra, el área de participación presentó mayor promedio de puntuación (mayor discapacidad), mientras que el área de cuidado personal resulto con la puntuación promedio más baja. Estos hallazgos indican que existe dificultad en actividades de la comunidad, que hay percepción de la existencia de barreras u obstáculos en el entorno y que eso afecta su dignidad debido a las actitudes y acciones de otras personas y que el tiempo dedicado a la condición de salud o las consecuencias de la misma afectan su funcionamiento en sociedad.
4. La calidad de vida general fue evaluada con una calificación de 70 puntos en una escala de 0 a 100, siendo mayor el puntaje obtenido en el dominio de relaciones interpersonales y el menor en el dominio ambiente. Lo anterior puede sugerir que áreas como la seguridad en la vida diaria, el ambiente físico (polución/ ruido/ tráfico/ clima), los recursos económicos disponibles, las oportunidades para adquirir información y habilidades nuevas, la participación actividades de descanso, recreo y ocio así como el ambiente interno del hogar ameritan atención especial en la población con discapacidad participante del estudio para tener en cuenta como indicadores de percepción de calidad de vida.
5. El área de movilidad evidencio asociación significativa con edad, rangos de edad y ocupación. El diagnóstico médico, el tipo de ayuda externa y medicamento consumido se asocian significativamente con áreas de movilidad, cuidado personal y final de discapacidad. Estos hallazgos permiten concluir que los medicamentos y las ayudas externas utilizadas son determinantes en la percepción del grado de discapacidad.
6. Frente a calidad de vida y variables sociodemográficas, es posible concluir dados los hallazgos que a mayor edad peor es la percepción de calidad de vida y visceversa. La ocupación es una variable que determina de manera directa la calidad de vida. Respecto de variables clínicas, los hallazgos ponen de relieve la importancia de ayudas externas y los medicamentos como determinantes de la percepción de calidad de vida especialmente

7. Finalmente este trabajo encontro que discapacidad (áreas y final) se relaciona de manera inversa con calidad de vida general y todos sus dominios. Lo anterior hace posible indicar que en la población participante a menor discapacidad mejor percepcion de calidad de vida y visceversa. Todos los dominios y calidad de vida general se asociaron con el área de movilidad, este hallazgo puede sugerir que deficiencias en estructuras y funciones corporales como dolor, malestar, disminución de energía y fatiga, alteraciones en la movilidad, en el sueño y el descanso, además de dependencia en medicamentos y ayudas médicas y disminución en la capacidad de realizar actividades de la vida diaria o el trabajo pueden influenciar la percepción de calidad de vida.



## **9. RECOMENDACIONES**

Con el objeto de desarrollar programas y políticas que beneficie a las personas con discapacidad de acuerdo a los resultados obtenidos en la ciudad de Barranquilla, a los estudios y literatura revisada se recomienda la intervención en discapacidad desde las dimensiones corporal, personal y social que impactan de manera directa la percepción de la persona sobre su condición de salud, la atención en salud y la capacidad para participar en los diferentes contextos.

En la población participante del estudio en Barranquilla la variable sociodemográfica determinante en discapacidad y calidad de vida es la situación ocupacional la cual impacta directamente en los ingresos mensuales familiares y en el estrato socioeconómico, 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, teniendo como base además el eje “ocupación laboral incluyente” de la política Pública de la ciudad. Lo anterior corroborado en los mayores promedios de puntuación encontrados en el área de participación medida con el WHODAS 2.0.

Resulta importante enfatizar la importancia de estos resultados en los ejes Accesibilidad con Diseño Universal y Ambiente Sano e Incluyente de la Política Pública que permitirán establecer propuestas de mejora en el ambiente en el municipio de Barranquilla de acuerdo a lo manifestado por la población con discapacidad (limitaciones en la movilidad y participación) del estudio percibe la necesidad de mejorar condiciones como la seguridad, el ambiente físico y así tener la oportunidad para participar en actividades como la educación, el descanso, el recreo y el ocio de este grupo poblacional.

Es importante apropiar socialmente los resultados de esta investigación con la población con discapacidad del Municipio de Barranquilla, con los entes gubernamentales, la empresa y la academia que de forma interinstitucional se diseñen y ejecuten programas de información, capacitación y educación en temáticas tales como: -Rehabilitación basada en la comunidad (RBC) , -capacitación de docentes en todos los niveles educativos en educación inclusiva, articularse a organizaciones gubernamentales y no gubernamentales que velan por el reconocimiento de los derechos( trabajó, educación, salud) de las PcD que les permita identificar y eliminar las barreras con que se enfrentan en el ejercicio de estos como ciudadanos plenos de derechos para el mejoramiento de su calidad de vida.

Se requiere la formulación de más investigaciones que permitan profundizar en el conocimiento sobre discapacidad para la formulación de planes, programas y proyectos sectoriales e intersectoriales en la ciudad de Barranquilla, permitiendo también disponer de información actualizada y oportuna que permita determinar los análisis necesarios para proyectar acciones desde múltiples sectores con una visión integral de las personas.



## 10. EJECUCIÓN PRESUPUESTO

RUBROS	VALOR
Personal	\$ 4.600.000
Salidas de Campo	\$ 5.400.000
Materiales	\$ 1.600.000
Bibliografía	\$ 1.000.000
<b>TOTAL</b>	<b>\$ 12.600.000</b>

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Organización Mundial de la Salud, Organización Panamericana de la Salud. Clasificación Internacional del Funcionamiento, de la Discapacidad y de la Salud. Madrid: Ministerio de trabajo y asuntos sociales; Secretaria general de asuntos sociales; Instituto de migraciones y servicios sociales; 2001.
2. Organización Mundial de la Salud. Discapacidad. Bogotá: OMS; 2005.
3. Organización Mundial de la Salud. Informe mundial de discapacidad. Malta: Banco Mundial; 2011.
4. Departamento Administrativo Nacional de Estadística. Censo General 2005. Boletín Discapacidad-Colombia: Actualización. Bogotá: DANE; 2005.
5. Departamento Administrativo Nacional de Estadística. Censo General 2005. Boletín Discapacidad-Colombia: Actualización. Bogotá: DANE; 2005.
6. Fundación Saldarriaga Concha. Informe Discapacidad Fundación Saldarriaga Concha. Día mundial de las Personas con discapacidad. Bogotá: Fundación Saldarriaga Concha; 2012 [cited 2014 Abril 10]; Available from: <http://www.pactodeproductividad.com/pdf/informedisapacidadfsc.pdf>.
7. Ministerio de Salud y Protección Social. Registro de Localización y Caracterización de Personas con Discapacidad- RLCPD. Bogotá: Min Salud; 2013 [cited 2015 Julio 5]; Available from: [http://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/PS/Cifras%20Registro%20de%20discapacidad%20\(Dic%202013\).pdf](http://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/PS/Cifras%20Registro%20de%20discapacidad%20(Dic%202013).pdf).
8. World Health Organization. Classification, Assessment, and Terminology Team (CAT) - Department for Measurement and Health Information Systems. WHODAS II. Disability Assessment Schedule. Training manual: a guide to administration. Geneva (Switzerland): OMS; 2004. 1-65 p.
9. Vásquez Barquero J, Herrera Castanedo S, Vásquez Bourgón E, Gaité Pintado L. Cuestionario para la evaluación de discapacidad de la Organización Mundial de la Salud (Versión española del World Health Organization Disability Assessment Schedule II) WHO-DAS II. Madrid: Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales. Subdirección General de Información Administrativa y Publicaciones; 2006.
10. Üstün TB, Kostanjsek N, Chatterji S, Rehm J. Measuring Health and Disability Manual for WHO Disability Assessment Schedule WHO-DAS 2.0. Geneva: World Health Organization; 2010.
11. Kutlay S, Küçükdeveci A, Elhan A, Oztuna D, Koç N, Tennant A. Validation of the World Health Organization disability assessment schedule II (WHODAS-II) in patients with osteoarthritis. *Rheumatol Int.* 2011;31(3):339-46.
12. Garin O, AyusoMateos J, Almansa J, Nieto M, Chatterji S, Vilagut G, et al. Validation of the "World Health Organization Disability Assessment Schedule, WHODAS-2" in patients with chronic diseases. *Health Qual Life Outcomes.* 2010;8(51).

13. McKibbin C, Patterson T-L, Jeste D-V. Assessing disability in older patients with schizophrenia: results from the WHODAS-II. *Nerv Ment Dis.* 2004;192(6):405-13.
14. Chopra P, Herrman H, Kennedy G. Comparison of disability and quality of life measures in patients with long-term psychotic disorders and patients with multiple sclerosis: an application of the WHO Disability Assessment Schedule II and WHO Quality of Life-BREF. *Int J Rehabil Res.* 2008;31(2):141-9.
15. Schlote A, Richter M, Wunderlich M-T, Poppendick U, Möller C, Schwelm K, et al. WHODAS II with people after stroke and their relatives. *Disabil Rehabil.* 2008;16:1-10.
16. Van-Tubergen A, Landewe R, Heuft-Dorenbosch L, Spoorenberg A, van-der-Heijde D, van-der-Tempel H, et al. Assessment of disability with the World Health Organization Disability Assessment Schedule II in patients with ankylosing spondylitis. *Ann Rheum Dis.* 2003;62(2):140-5.
17. Henao Lema CP, Pérez Parra JE. Modelo predictivo del grado de discapacidad en adultos con lesión medular de Manizales (Colombia): Resultados desde WHO DAS II Manizales: Universidad Autónoma de Manizales; 2010.
18. Rios L. Grado de discapacidad en población adulta con insuficiencia renal crónica- IRC en hemodiálisis. Medellín: Universidad Autónoma de Manizales; 2010.
19. Londoño J, Rivera D, Valencia F. Modelo predictivo del grado de discapacidad en adultos con lesión medular de Medellín (Colombia): resultados desde el WHO DAS II [Maestría]. Medellín: Universidad Autónoma de Manizales; 2012.
20. Imbachí L, Roldán E, Silva A. Modelo predictivo de discapacidad en adultos con lesión medular de San Juan de Pasto (Colombia): resultados desde WHO-DAS II [Maestría]. San Juan de Pasto: Universidad Autónoma de Manizales; 2012.
21. Organización Mundial de la Salud, Servicio Nacional de Rehabilitación. Medición de la salud y la discapacidad. Manual para el cuestionario de evaluación de la discapacidad de la OMS. WHODAS 2.0. Geneva: OMS; 2015.
22. Salinas Contreras RM, Hiriart Urdanivia M, Acosta Castillo I, Sosa Ortiz AL. Diabetes mellitus y su asociación con demencia y deterioro cognitivo leve en adultos mayores mexicanos de población urbana y rural. *Arch Neurocién (Mex).* 2013;18(Supl-I):1-7.
23. Alonso J, 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.
24. Sánchez L, Ferrero A, Aguilar J, Climent J, Conejero J. Manual SERMEF de rehabilitación y medicina física. España: Sociedad española de rehabilitación y medicina física. Madrid: Panamericana; 2006.
25. Carrasco R L. Versión española del WHOQOL. Majadahonda (Madrid): Ergón, D.L.; 1998.

26. Congost N. El lenguaje de las ciencias de la salud. Los cuestionarios de salud y calidad de vida y su traducción del inglés al español: Universidad de Alicante (España); 2010.
27. Cardona Arias J. Calidad de vida relacionada con la salud en personas con VIH/SIDA: Comparación del MOSSF-36, WHOQOL-BREF y WHOQOL-HIV-BREF, Medellín Colombia, 2009. *Colomb Med.* 2011;42:438-47.
28. Salas Zapata C, Grisales Romero H. Calidad de vida y factores asociados en mujeres con cáncer de mama en Antioquia, Colombia. *Rev Panam Salud Pública.* 2010;28(1):9-18.
29. República de Colombia. Ministerio de Salud y Protección Social. Plan Decenal de Salud Pública 2012-2021.
30. Ministerio de salud, República de Colombia. Resolución N° 008430. Santafé de Bogotá: 1993 4 de octubre.
31. Asociación Médica Mundial. Declaración de Helsinki. Pautas Éticas Internacionales para la Investigación y Experimentación Biomédica en Seres Humanos. Ginebra: Consejo de Organizaciones Internacionales de las Ciencias Médicas (CIOMS); 1993. p. 53-6.
32. Üstün T, Chatterji S, Kostanjsek N, Rehm J, Kennedy C, EppingJordan J, et al. Developing the World Health Organization Disability Assessment Schedule 2.0. *Bulletin of the World Health Organization.* 2010;88:815–23.
33. World Health Organization. WHOQOL-User Manual. Geneva: Programme on Mental Health: WHO; 1998.
34. Vanegas J, Gil L. La discapacidad, una mirada desde la teoría de sistemas y el modelo biopsicosocial. *Hacia la Promoción de la Salud.* 2007;12:51-61.
35. Humprey J. Researching disability politics. Or, some problems with the social model in practice. *Disability & Society.* 2000;15:63-85.
36. Hahn H. The Political implications of disability definitions and data. *Journal of Disability Policy Studies.* 1993;4(2):41-52.
37. Barnes C. Las teorías de la discapacidad y los orígenes de la opresión de las personas discapacitadas en la sociedad occidental. . In: Barton L, editor. *Discapacidad y sociedad.* Morata/Fundación Paideia: Madrid; 1998. p. 59-76.
38. 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.
39. World.Health.Organization. Classification, Assessment, and Terminology Team (CAT) - Department for Measurement and Health Information Systems. WHODAS II. Disability Assessment Schedule. Training manual: a guide to administration. Geneva (Switzerland): OMS; 2004. 1-65 p.

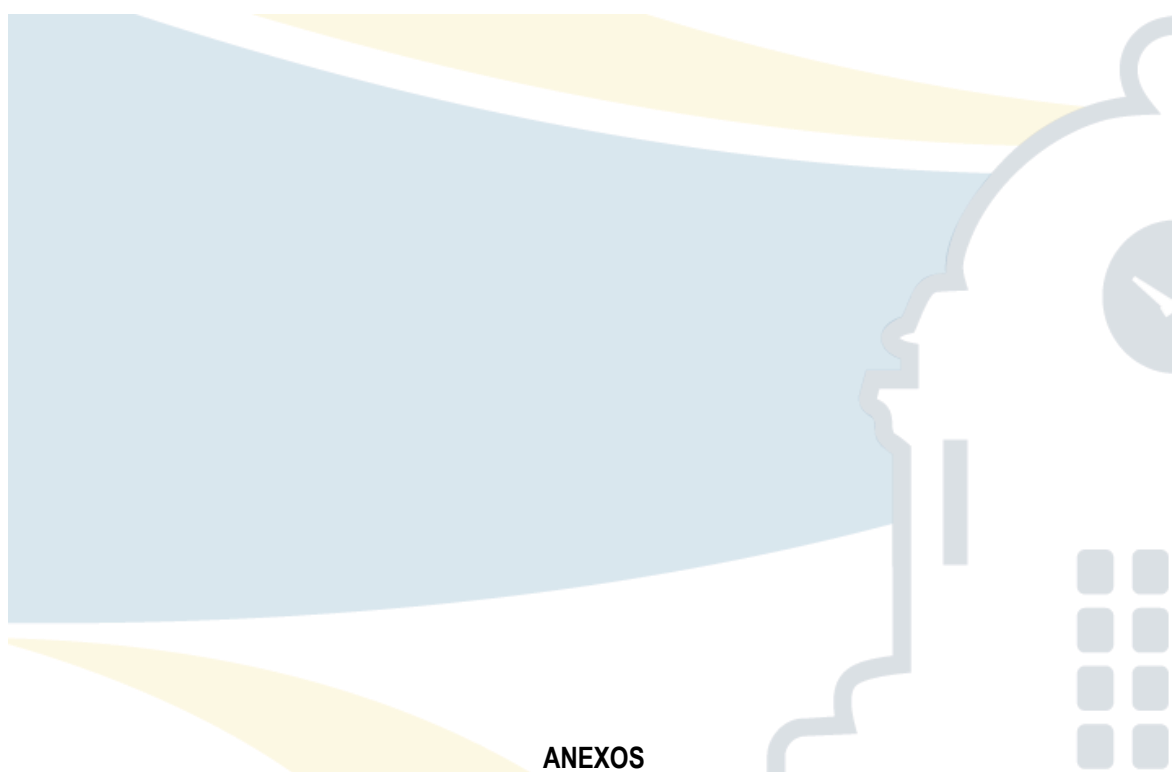
40. WHOQOL.GROUP. The World Health Organization Quality of life assessment (WHOQOL). Position Paper from the World Health Organization. *Soc Sci Med*. 1995;41(10):1403-9.
41. Battle.Gualda E, citado.por.BCarmona. Mediciones II: Cómo medir la calidad de vida? Cuestionarios y escalas de salud. *Manual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

55. Guyatt G, Feeny D, Patrick D. Measuring health-related quality of life. *Ann Intern Med.* 1993;118(8):622–9.
56. World Health Organization Quality of Life Instruments (WHOQOL-BREF). [http://depts.washington.edu/seaqol/docs/WHOQOL\\_Info.pdf](http://depts.washington.edu/seaqol/docs/WHOQOL_Info.pdf)
57. Zyoud SH, Al-Jabi SW, Sweileh WM, Wildali AH, Saleem HM, Aysa HA, Badwan MA, Awang R, Morisky DE. Health-related quality of life associated with treatment adherence in patients with hypertension: a cross-sectional study. *Int J Cardiol.* 2013 Oct 3;168(3):2981-3.
58. Carrasco L. The WHO quality of life (WHOQOL) questionnaire: Spanish development and validation studies. *Qual Life Res.* 2012;21:161-5.
59. Acosta C, Vales J, Echeverría S, Serrano D, García R. Flores. Confiabilidad y validez del Cuestionario de Calidad de Vida (WHOQOL-OLD) en adultos mayores mexicanos. *Psicología y Salud* 2013;23(2):241-50.
60. Espinoza I, Osorio P, Torrejón MJ, Lucas-Carrasco R, Bunout D. Validación del cuestionario de calidad de vida (WHOQOL-BREF) en adultos mayores chilenos. *Rev Med Chile* 2011;139:579-86.
61. Urzúa A, Caqueo-Úrizar A. Estructura Factorial y valores de referencia del WHOQOL-BREF en población adulta chilena. *Rev Med Chile* 2013;141:1547-54.
62. Cardona-Arias J, Higuera-Gutiérrez LF. Aplicaciones de un instrumento diseñado por la OMS para la evaluación de la calidad de vida. *Rev Cubana Salud Pública* 2014;40(2):en prensa.
63. Departamento Administrativo Nacional de Estadística. Demografía y población: Proyecciones de población. Visor: Proyecciones de población total por sexo y grupos de edad de 0 hasta 80 y más años (2005 - 2020). Bogotá: DANE; 2015 [cited 2015 Julio 05]; Available from: <http://www.dane.gov.co/index.php/poblacion-y-demografia/proyecciones-de-poblacion>.
64. Mukaka MM. A guide to appropriate use of Correlation coefficient in medical research. *Malawi Medical Journal.* 2012;24(3):69-71.
65. Landis, JR. y Koch, GG. The measurement of observer agreement for categorical data. *Biometrics.* 1977;33:159-74.
66. Ministerio de Salud y Protección Social. Registro de Localización y Caracterización de Personas con Discapacidad- RLCPD. Bogotá: Min Salud.; [Online].; 2017 [cited 2017 abril 19. Available from: <https://www.minsalud.gov.co/proteccionsocial/promocionsocial/Discapacidad>.
67. Arango Hoyos GP, Bolaños Roldán AM, Fernández Hurtado BE, Vélez Álvarez C. (2014). Calidad de vida y discapacidad en personas con enfermedad de Parkinson de la ciudad de Cali (Colombia) 2011. [Maestría] Universidad Autónoma de Manizales; 2011.

68. Gil Obando LM, López López A, Ávila Rendón CL, Criollo Castro CH, Canchala Obando AM, Serrat Mendoza MP. Discapacidad y su relación con variables sociodemográficas y clínicas en adultos de San Juan de Pasto (Colombia.) *Rev. Univ. Salud.* 2016;18(3):505-513
69. Cobo Mejía EA, Sandoval CC, Alvarado Rojas YM. Magnitud de la discapacidad en Boyacá. *Rev. Salud pública.* 2012;14(5): 776-788.
70. Chía Neira SL, Hormaza Hedmont M, Ruiz Vargas OJ. Determinantes sociales de la salud (dss) y discapacidad: resultados desde el registro para la localización y caracterización de personas con discapacidad en la ciudad de Tunja (Colombia) 2012. [Maestría]: Universidad Autónoma de Manizales; 2012.
71. Neves-Silva P, Álvarez Martín E, Estudio descriptivo de las características sociodemográficas de la discapacidad en América Latina. *Rev. Ciência & Saúde Coletiva.* 2014 19(12):4889-4898
72. Daza Timaná GE, Mosquera Ruiz MG. Determinantes sociales de la salud (dss) y discapacidad en Barranquilla (Colombia) 2012: resultados desde el registro para la localización y caracterización de personas con discapacidad. [Maestría]: Universidad Autónoma de Manizales; 2012.
73. Suarez Muñoz LG, Lucio Galeano LJ, Cardona Montoya LA. Modelo predictivo del grado de discapacidad en adultos con lesión medular de Cali (Colombia): resultados desde el WHO-DAS II. 2012. [Maestría]. Cali: Universidad Autónoma de Manizales; 2012.
74. Herazo Beltrán Y. Correlación entre Pobreza Extrema y Discapacidad en los Departamentos de Colombia. *Rev. Cienn innov salud.* 2013; 1(1):11-17
75. Waterhouse P, van der Wielen N, Banda PC, Channon AA. The impact of multi-morbidity on disability among older adults in South Africa: do hypertension and socio-demographic characteristics matter? *International Journal for Equity in Health.* 2017;16:62
76. Fuenmayor, A. C., Jaramillo, M. R., & Salinas, F. D. Calidad de vida en una población con hemofilia: estudio de corte transversal en un centro de tratamiento de hemofilia. *Revista Colombiana de Reumatología.* 2017;24:18-24.
77. Henao-Lema CP, Pérez-Parra JE. Adherencia a procesos de neurorrehabilitación funcional y su relación con la discapacidad y la calidad de vida en adultos colombianos con lesión medular. *Rev. Fac. Med.* 2016;64:S69-77
78. Flores, S., Jiménez Dilworth, A. J., Castellanos Dubón, W., Alger, J., Zúñiga, L., Gonzales, M., & Sierra, M. Prevalencia de discapacidad y sus características en población de 18 a 65 años de edad, Honduras, Centro América, 2013-2014. *Rev Med Hondur.* 2015;83(1/2):7-17.
79. Rodríguez-Blázquez, C., Damián, J., Andrés-Prado, MJ, Almazán-Isla, J., Alcalde-Cabero, E., Forjaz, MJ, y de Pedro-Cuesta, J. Associations between chronic conditions, body functions, activity limitations

- and participation restrictions: a cross-sectional approach in Spanish non-clinical populations. *BMJ Open* 2016;6:e010446
80. Zheng QL, Tian Q, Hao C, Gu J, Lucas-Carrasco R, Tao JT, et al. The role of quality of care and attitude towards disability in the relationship between severity of disability and quality of life: findings from a cross-sectional survey among people with physical disability in China. *Health Qual Life Outcomes*. 2014; 12: 25. doi: 10.1186/1477-7525-12-25
  81. Flores Villavicencio ME, Troyo Sanromán R, Cruz Ávila M, González Pérez G, Muñoz de la Torre A, Evaluación Calidad de Vida Mediante el Whoqol-Bref en Adultos Mayores que Viven en Edificios Multifamiliares en Guadalajara, Jalisco. *Rev. Argen. Clín Psic*. 2013 ;XXII :179-192.
  82. Beřziņa G, Smilškalne B, Vētra A, et al. Vivir en Letonia después del accidente cerebrovascular: la asociación entre los factores funcionales, sociales y personales y el nivel de autopercepción de la discapacidad-un estudio transversal *BMJ Open* 2016; 6: e010327. Doi: 10.1136 / bmjopen-2015-010327.
  83. Ministerio de Salud. Observatorio nacional de Discapacidad. Boletín N°4 2014. [www.minsalud.gov.co/sites/rid/Paginas/results.aspx?k=\(\(dcispartof:%22Boletines%20OND%22\)\)](http://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Paginas/results.aspx?k=((dcispartof:%22Boletines%20OND%22)))
  84. Castelblanco Niño M L, Vélez Álvarez C, Vidarte Claros J A, Cerquera Guerrero L, Caracterización de los determinantes sociales de la salud y los componentes de la discapacidad en la ciudad de Manizales (Colombia) 2012. [Maestría]: Universidad Autónoma de Manizales; 2012.
  85. Gallardo Solarte K, Benavides Acosta FP, Rosales Jiménez R. Costos de la enfermedad crónica no transmisible: la realidad colombiana. *Rev. Cienc Salud*. 2016;14(1):103-114.
  86. Hernández-Petro, A. M., & Cardona-Arias, J. A. Efecto de la fibromialgia sobre el estado de salud y la calidad de vida relacionada con la salud, 2004-2014. *Revista Colombiana de Reumatología*. 2015; 22(2):110-118.
  87. Paiva, M. H. P. D., Pegorari, M. S., Nascimento, J. S., & Santos, Á. D. S. Factors associated with quality of life among the elderly in the community of the southern triangle macro-region, Minas Gerais, Brazil. *Ciência & Saúde Coletiva*. 2016;21(11):3347-3356.
  88. Wilson MD, Cleary PD: Linking clinical variables with health-related quality of life: a conceptual model of patient outcomes. *J Am Med Assoc* 1995, 273: 59-65
  89. Almeida-Brasil CC, Silveira MR, Silva KR, Lima MG, Faria CDCM, Cardoso CL, et al, Calidad de vida y características asociadas: aplicación de WHOQOLBREF en el contexto de la atención primaria de salud. *Cien Saude Colet*. 2017 ; 22 (5): 1705-1716.
  90. Cilleros MV, Sánchez Gómez MC. Análisis cualitativo de tópicos vinculados a la calidad de vida en personas con discapacidad. *Ciência & Saúde Coletiva*. 2016; 21(8): 2365-2374

91. Bustos, K., Bruno, M. P., Finkelberg, A., Clark, M., Godoy, M., & Zanella, A. Factores relacionados con la calidad de vida en pacientes en neurorrehabilitación transdisciplinaria: estudio de corte transversal. *Neurología Argentina*. 2016;8(3):173-176.
92. Méndez-Ulrich, J. L., Prats-Basset, L., Yagüe, F., & Sanz, A. Percepción de control, afrontamiento y ajuste psicológico a la discapacidad visual. *Ansiedad y Estrés*. 2016; 22(2):55-61.
93. Alcaldía Distrital de Barranquilla. <http://www.barranquilla.gov.co/conoce-a-barranquilla/informacion-general#historia>. Información General Jueves, 17 de Junio de 2010 19:00 Martes, 23 de Noviembre de 2010 17:10
94. Alcaldía de Barranquilla. Ley 768 del año 2002. Decreto No.0212 de 2014. POT Distrito especial de Barranquilla.
95. República de Colombia. Consejo Distrital de Barranquilla. <http://www.corcaribe.org/joom/cvisible/bquilla/acuerdos/2006/acuerdo%20006%20de%202006.pdf>
96. Departamento Administrativo Nacional de Estadísticas DANE, censo de población 2005. Población con registro para la localización y caracterización de las personas con discapacidad <https://www.dane.gov.co/index.php/estadisticas-por-tema/demografia-y-poblacion/discapacidad>. Actualización 2010.
97. Daza Timaná GE, Mosquera Ruiz MG. Determinantes sociales de la salud (dss) y discapacidad en Barranquilla (Colombia) 2012: resultados desde el registro para la localización y caracterización de personas con discapacidad. [Maestría]: Universidad Autónoma de Manizales; 2012.
98. República de Colombia. Consejo distrital de Barranquilla. Plan de desarrollo, 2012-2015 del Distrito especial, Industrial y portuario de Barranquilla “Barranquilla florece” [www.barranquilla.gov.co/politica-y-planes](http://www.barranquilla.gov.co/politica-y-planes).
99. Alcaldía de Barranquilla. Secretaria de Salud, Promoción Social, atención a población con discapacidad <http://www.barranquilla.gov.co/salud/>.
100. Alcaldía de Barranquilla. Plan de Desarrollo Distrital 2016-2019 “Barranquilla Capital de Vida” <http://www.concejodebarranquilla.gov.co/descargas/Articulado-PDB-05-ABRIL-2016-IMPRESION-CONCEJO.pdf>.
101. Alcaldía de Barranquilla. Secretaría de Educación. Informe de Gestión 2015. [http://www.barranquilla.gov.co/normas/IGD\\_Inf\\_de\\_Gestion\\_SED\\_-\\_Segundo\\_Trimestre\\_2015\\_-\\_pdf](http://www.barranquilla.gov.co/normas/IGD_Inf_de_Gestion_SED_-_Segundo_Trimestre_2015_-_pdf).



## ANEXO 1. FORMATO DE CONSENTIMIENTO INFORMADO

<b>UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE MANIZALES</b> <b>MAESTRÍA EN DISCAPACIDAD</b> <b>GRUPO DE INVESTIGACIÓN CUERPO MOVIMIENTO</b>
<b>INVESTIGACIÓN:</b> <u>Título: Discapacidad y calidad de vida relacionada con la salud en personas adultas con discapacidad en Barranquilla Atlántico, 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:

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

Adicionalmente se me informó que:

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

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

HUELLA

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 Barranquilla, Atlántico, Colombia, 2015-2017.”

**Objetivo General**

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

**Objetivos Específicos**

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

**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 interdisciplinar, 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 Y 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: Barranquilla Teléfonos de contacto _____						
<b>A1. SEXO</b> (0) <input type="checkbox"/> Femenino (1) <input type="checkbox"/> Masculino		<b>A3. ¿Cuántos años en total estudió en la escuela, colegio o universidad? _____</b> <b>MÁXIMO NIVEL DE ESTUDIOS ALCANZADO (Marque con una X una sola opción)</b> (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    (8) <input type="checkbox"/> (6) <input type="checkbox"/> Profesional (7) <input type="checkbox"/> Especialización    Maestría    (10) <input type="checkbox"/> Doctorado						
<b>A2. EDAD (en años cumplidos) _____</b>								
<b>A4. ESTADO CIVIL ACTUAL (Marque con una X la opción que mejor refleje el estado civil actual)</b> (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								
<b>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).</b>								
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)								
<b>B1. AFILIACIÓN ACTUAL A SALUD. EPS (Registre el nombre): _____</b> (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)								
<b>B2. INGRESOS FAMILIARES.</b> 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)								
<b>B3. ESTRATO SOCIOECONÓMICO.</b> 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)								
<b>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)</b>			Escriba con letra legible 1. _____ 2. _____ 3. _____			<b>B5. TIEMPO DE EVOLUCIÓN DE LA LIMITACION PERMANENTE (Coloque exactamente los años y meses, luego calcule el total de meses)</b> _____ años _____ meses. Total de meses _____		
<b>B6. USO DE AYUDAS EXTERNAS. (Relacionadas con la limitación permanente: Silla de ruedas, muleta, bastón, audífono, prótesis ocular, órtesis, oxígeno, entre otras) →</b> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Cuál(es) _____					<b>B7. USO DE MEDICAMENTOS →</b> 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 _____				
<b>5 (2) TRABAJO Y ACTIVIDADES ESCOLARES</b>					
***Marque aquí la información registrada en el ítem A5 si corresponde con alguna de las 4 opciones presentadas*** Trabajo remunerado <input type="checkbox"/> (1)      Trabaja por su propia cuenta <input type="checkbox"/> (2)      Trabajo no remunerado <input type="checkbox"/> (3)      Estudiante <input type="checkbox"/> (4) <b>*** SI EL ENTREVISTADO TRABAJA RESPONDIÓ ALGUNA DE LAS OPCIONES ANTERIORES COMPLETE LOS ITEMS D5.5 – D5.10. DE LO CONTRARIO PASE AL DOMINIO 6***</b>					
<b>Debido a su condición de salud, en los últimos 30 días, ¿cuánta dificultad ha tenido para:</b>	Ninguna	Leve	Moderada	Severa	Extrema/no puede hacerlo
D5.5 Llevar a cabo su trabajo diario o las actividades escolares diarias?	1	2	3	4	5
D5.6 Realizar <u>bien</u> las tareas más importantes de su trabajo o de la escuela (estudio)?	1	2	3	4	5
D5.7 <u>Terminar</u> 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
<b>Si alguna de las preguntas comprendidas entre el D5.5 – D5.8 se puntúa por encima de “1” (ninguna), pregunte:</b>					
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 _____				
<b>DOMINIO 6: PARTICIPACIÓN</b>					
<b>En los últimos 30 días:</b>	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 su familia 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</u> o <u>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

<b>Nombre del entrevistado</b>			
<b>N° identificación entrevistado</b>		N° de encuesta	
<b>N° identificación entrevistador</b>		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
```

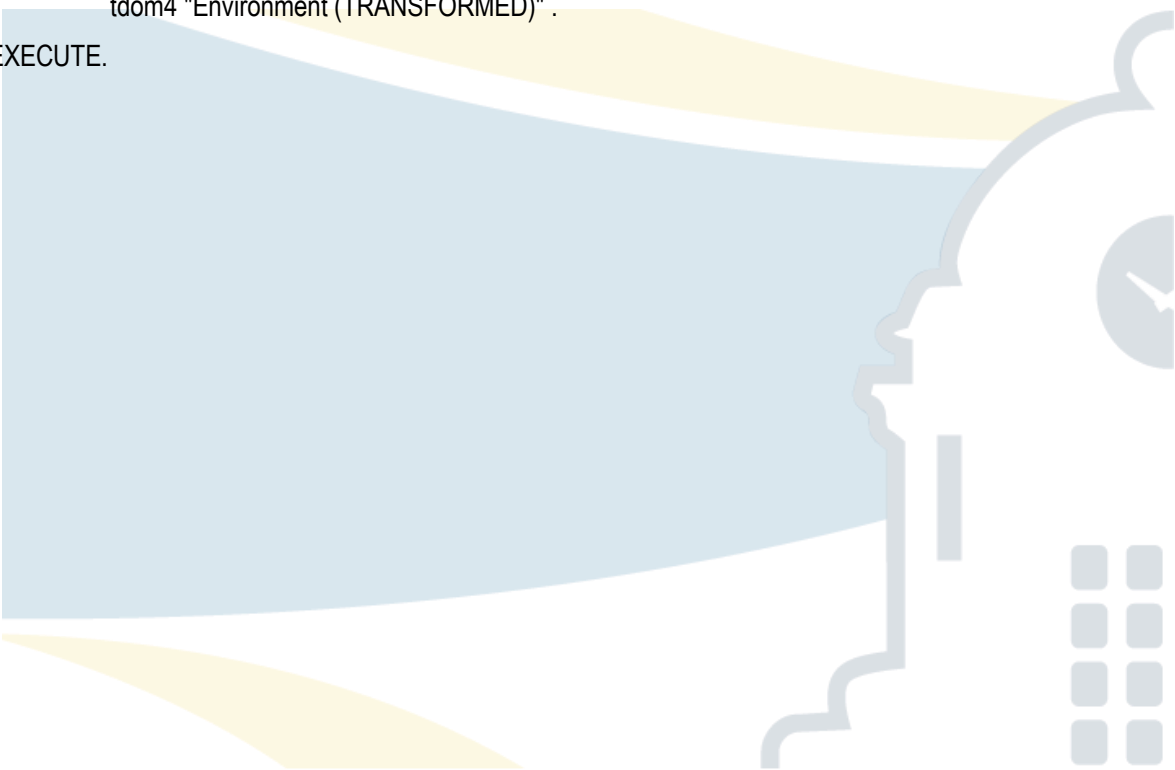
```
    tdom1 "Physical (TRANSFORMED)"
```

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

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

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

```
EXECUTE.
```



## **ANEXO 7. CARACTERIZACIÓN MUNICIPIO DE BARRANQUILLA, ATLÁNTICO.**

Barranquilla, geográficamente se localiza al norte de la República de Colombia, ocupa la parte más septentrional del Departamento del Atlántico, del cual es su capital considerada como Distrito especial, industrial y portuario, con un área de 154 kilómetros cuadrados. Políticamente limita al oriente con el departamento de la Magdalena, al norte con el municipio de Puerto Colombia y con el Mar Caribe, al occidente con los municipios de Puerto Colombia, Galapa y Tubará y al sur con el municipio de Soledad. Secretaria de salud de Barranquilla (91).

Debido a su importancia en el sector de la economía nacional, Barranquilla es un centro industrial de primer orden. La actividad económica es dinámica y se concentra principalmente en la industria, el comercio, las finanzas, los servicios y la pesca. Entre los productos industriales se tienen las grasas vegetales y aceites, productos farmacéuticos, químicos, industriales, calzado, carrocerías para buses, productos lácteos, embutidos, bebidas, jabones, materiales para la construcción, muebles, plásticos, cemento, partes metalmecánicas, prendas de vestir y embarcaciones (91).

Barranquilla cuenta socioeconómicamente con 6 estratos, el Distrito de Barranquilla está dividido administrativamente en 5 localidades Riomar, Norte-, Centro Histórico, Suroccidente, Metropolitana y Suroriente. Cada una administrada por ediles. Las localidades se subdividen en 188 barrios (92),(93)

Según la proyección del DANE la ciudad de Barranquilla tiene un total de 1.206.947 personas, de las cuales 65.188 presentan algún tipo de discapacidad y son mayores de 20 años(94). Según los datos arrojados en el estudio de Análisis de situación de salud del año 2012, los tipos de alteración permanentes más frecuentes son alteraciones del movimiento del cuerpo, mano, brazos y piernas con un 21 % de todas las alteraciones permanentes registradas. Se presentan además alteraciones permanentes del sistema nervioso en un 21 %, alteraciones de voz y habla en un 17% y alteraciones de ojos en un 15% con mayor afectación de la población masculina. Las alteraciones más permanentes en los hombres son las del sistema nervioso con un 20% con una edad entre los 15 y 19 años; el grupo de edad más afectado en movimiento de cuerpo, manos, brazos y piernas es el de los mayores de 40 años en un 58%. En el caso de las mujeres la alteración permanente más frecuente es del sistema nervioso en un 22%, el 20% del grupo de edad más afectado son las mayores de 50 años en un 51%. Las alteraciones del habla son del 19% y las alteraciones de los ojos son más frecuentes en mujeres mayores de 45 años. La afectación de los oídos es en un 23% con mayor frecuencia en la población de 40 a 49 años(95).

El Distrito de Barranquilla cuenta con una estrategia de equidad social la cual contempla, un conjunto de gestiones, inversiones para responder a las necesidades insatisfechas de su población especialmente para los que carecen de los servicios de educación, salud, deporte, recreación y vivienda digna y saludable. El énfasis se dirigirá a atender los grupos de población más vulnerable entre ellos las personas en condición de discapacidad(96).

Según la Secretaría de Salud de Barranquilla la comprensión de la discapacidad es amplia y considera una variedad de orientaciones; así para las Políticas Públicas de Discapacidad en el Distrito (PPDD) se asume como un concepto complejo y multicausal cuya comprensión requiere la no-adscripción a posturas dicotómicas, unidimensionales y excluyentes sino la adopción de diversas posturas conceptuales y se inicia en la construcción de las Políticas Públicas de Discapacidad en el Distrito, edificando una ciudad mucho más incluyente(97). Estas políticas fueron adoptadas mediante el Acuerdo 0012 de 2015, por medio del cual se aprueba la política pública de discapacidad con enfoques de derechos e inclusión social del Distrito Especial y Portuario de Barranquilla 2015-2023, viéndose contempladas en el Plan de desarrollo 2016-2019 “Barranquilla capital de Vida” con sus principios y en el artículo 26 con el programa de apoyo a la discapacidad(98).

A nivel de educación la norma establece que todos los colegios deben ser inclusivos. Con la caracterización de personas con discapacidad que se realizó en el 2005 por el DANE se indica que el 40% no tiene estudio, el 26.2% tiene estudios primaria, 20% secundaria y un 1,2% nivel de posgrado. La administración distrital de la Alcaldía de Barranquilla en su informe de gestión del sector educativo 2015 teniendo entre sus objetivos la Educación Inclusiva garantizando el acceso al sistema educativo oficial, con servicio de calidad ajustado a las necesidades y características de la población, reportó que para el 2015 se registraron en general 197.045 matrículas oficiales y privadas en los niveles preescolar, básica y media; en cuanto a población con discapacidad registraron 1595 personas con discapacidad, superando la cifra del año anterior(99).

Otros aspectos que enmarcan la discapacidad en Barranquilla son los relacionados por Daza siendo: a nivel de salud el 85% está afiliado y el 14.2% no tiene, el 60.9% subsidiado y el 22% régimen contributivo; el perfil epidemiológico arroja un resultado donde el 18.9% de la discapacidad es por enfermedad general, el 13% por salud de la madre, 11.3%, alteración genética y el 10% por accidente; en la empleabilidad hay reportes de que el 6.3% trabajan independiente, el 9.2% en oficios varios (96).