



**DISCAPACIDAD Y DETERMINANTES SOCIALES DE LA SALUD EN
PERSONAS CON ENFERMEDAD CEREBRO VASCULAR EN LA CIUDAD DE
SAN JUAN DE PASTO**

ANYI VANESA ARCOS RODRIGUEZ. Esp.

**UNIVERSIDAD AUTONOMA DE MANIZALES
FACULTAD DE SALUD
MAESTRÍA EN DISCAPACIDAD, COHORTE VII
MANIZALES
2018**

DISCAPACIDAD Y DETERMINANTES SOCIALES DE LA SALUD EN PERSONAS
CON ENFERMEDAD CEREBRO VASCULAR EN LA CIUDAD DE SAN JUAN DE
PASTO

ANYI VANESA ARCOS RODRIGUEZ. Esp.

Informe final de investigación trabajo de grado de Maestría

Directora

CLAUDIA PATRICIA HENAO LEMA, FT. PhD

UNIVERSIDAD AUTONOMA DE MANIZALES
FACULTAD DE SALUD
MAESTRÍA EN DISCAPACIDAD, COHORTE VII
MANIZALES
2018

RESUMEN:

Objetivo: Establecer las limitaciones en la actividad y restricciones en la participación de las personas con Enfermedad Cerebro Vascular de la Ciudad de San Juan de Pasto y su relación con los Determinantes estructurales e intermedios de la Salud. **Materiales y métodos:** estudio cuantitativo correlacional con 98 personas con Enfermedad Cerebro Vascular, de la Ciudad de Pasto. Se selecciono un muestreo no probabilístico, con un nivel de confianza del 95%, un poder estadístico del 80% y una correlación lineal esperada de 0.3. Se utilizo el instrumento de Determinantes Sociales de la Salud (ECV) y limitaciones en la actividad y restricción en la participación, con la herramienta VVAP-ECV. **Resultados:** en Determinantes estructurales, se encontró que la edad promedio fue de 65,9%, la mayor parte de la población corresponde a la etnia mestiza, el 38% son casados y pertenecen al área urbana, en el mayor porcentaje en estrato 2. Respecto a los Determinantes intermedios, el 98% de la población están afiliados a SGSSS con mayor frecuencia al régimen subsidiado. El 36% de las personas participantes en el estudio se encontraban trabajando antes de la discapacidad. Actualmente el 51% no cuentan con ingresos económicos y tan solo el 15% se encuentran trabajando. El mayor porcentaje de la población (65%) reciben algún tipo de servicios de rehabilitación, asumidos por el SGSSS. Las personas que participaron en el estudio, atribuyen en mayor medida que su recuperación se debe a los servicios de salud. En relación al componente de actividad y participación, se encontró que el mayor porcentaje de la población (90%), presenta limitaciones en la actividad de movilidad, con un grado de discapacidad severa en un 43%; Estas limitaciones en la actividad de movilidad, generan una restricción grave y completa en el 57% de la población.

Con relación a las correlaciones, la edad como Determinante estructural y limitaciones en la actividad, mostro una correlación estadísticamente significativa con los dominios de tareas y demandas generales y movilidad ($r=0,320$ y $r=0,300$, respectivamente). De acuerdo a Determinante intermedio relacionado con la condición de vivienda y limitaciones en la actividad, se determinaron asociaciones significativas con el dominio de tareas y demandas ($Eta=0,32$). Los servicios de rehabilitación relacionados con medicamentos y limitaciones

en la actividad, mostraron correlaciones estadísticamente significativas en cuatro dominios con coeficientes superiores a 0,30. Al igual que fonología, de acuerdo al dominio de comunicación. Respecto a restricciones en la participación, se observaron asociaciones estadísticamente significativas entre el Determinante Estructural (estrato socioeconómico) y limitaciones en la actividad en los dominios de tareas y demandas generales, movilidad y autocuidado, con coeficientes superiores a 0,30. De acuerdo a los servicios de rehabilitación, recibir medicamentos se asoció estadísticamente con la restricción en la participación, específicamente en los dominios de aprendizaje y aplicación del conocimiento, tareas y demandas generales y autocuidado, con un p valor $< 0,05$.

Conclusiones: La mayor parte de la población con ECV, corresponde al género masculino, de bajo estrato social y bajo nivel educativo. El mayor porcentaje, cuenta con SGSSS y asiste a servicios de rehabilitación. Frecuentemente, experimentan limitaciones en la actividad y restricciones en la participación, manifestando un mayor problema en el dominio de movilidad. Las personas con ECV, consideran que los problemas en este dominio, generan mayor restricción en la participación. Se evidenciaron correlaciones significativas entre el Determinante Estructural relacionado con el estrato socioeconómico y la limitación en la actividad y restricción en la participación. Respecto a los servicios de salud, los medicamentos mostraron asociaciones estadísticamente significativas con la limitación en la actividad y restricción en la participación.

Palabras clave: Determinantes Sociales de la Salud, Participación Social, Evaluación de la discapacidad, Limitación de la movilidad, Enfermedad Cerebro Vascular.

RESUMEN EJECUTIVO

Título: Discapacidad y Determinantes Sociales de la Salud en personas con Enfermedad Cerebro Vascular en la Ciudad de San Juan de Pasto.			
Investigador principal: Anyi Vanesa Arcos Rodríguez			
Director de tesis: Claudia Patricia Henao Lema			
Total investigadores (numero) 1			
Asistentes de investigación: 0			
Nombre del grupo de investigación: Cuerpo Movimiento			
Entidad: Universidad Autónoma de Manizales			
Representante legal: Gabriel Cadena Gómez	Cedula de Ciudadanía:	5.565.569	de Manizales
Dirección: Antigua Estación del Ferrocarril	Teléfono: (68)8727272		
Nit: 890805051-0	E-mail: uam@autonoma.edu.co		
Ciudad: Manizales	Departamento: Caldas		
Sede de la entidad: Antigua Estación del Ferrocarril – Manizales			
Tipo de entidad: Educativa			
Universidad pública:	Universidad privada: X	Entidad pública:	ONG:
Lugar de ejecución del proyecto:			
Ciudad: San Juan de Pasto	Departamento: Nariño		
Duración del proyecto: (en meses) 12 meses			
Valor total del proyecto:	9.736.940		
Palabras claves: Enfermedad Cerebro Vascular, Discapacidad, Determinantes Sociales de la Salud			

1 PRESENTACIÓN

Se presenta el informe final de investigación para obtener el título como Magíster en Discapacidad de la Universidad Autónoma de Manizales. Este trabajo se adhiere al objeto de estudio del grupo de investigación Cuerpo Movimiento, desde la línea de investigación, Funcionamiento y Discapacidad en la Perspectiva de la Salud. Es realizado por la estudiante Anyi Vanesa Arcos Rodríguez con el apoyo de la asesora Claudia Patricia Henao Lema.

El estudio se desarrolló en la Ciudad de San Juan de Pasto, se indagó acerca de la limitación en la actividad, restricción en la participación y Determinantes Sociales de la Salud, en personas con Enfermedad Cerebro Vascular, para ello, se utilizaron dos cuestionarios, acordes con las variables.

2 INTRODUCCIÓN

La discapacidad se entiende desde una postura multidimensional, en donde existen relaciones entre los componentes del funcionamiento y factores contextuales. De acuerdo con la Organización Mundial de la Salud (OMS) (1), la discapacidad abarca deficiencias, limitaciones en la actividad, restricciones en la participación, incluyendo elementos fundamentales, como los factores ambientales y personales. De modo que aparece una postura totalmente opuesta, al pensamiento reduccionista de la discapacidad.

En concordancia con lo planteado anteriormente, es importante mencionar que discapacidad es un tema central en la Enfermedad Cerebro Vascular (ECV), puesto que conduce a limitaciones en la actividad y restricciones en la participación. Browder (2), señala que las personas con ECV, experimentan problemas para ejecutar las actividades cotidianas. Adicionalmente, es necesario analizar esta problemática desde las “condiciones de inequidad, pobreza, brechas económicas y sociales” (3).

Por otra parte, se considera pertinente mencionar los Determinantes Sociales de la Salud (DSS), los cuales se refieren a “las circunstancias en que las personas nacen, crecen, viven, trabajan y envejecen” (4). Estas circunstancias varían de acuerdo a la posición socioeconómica y por tanto, pueden tener una relación directa en la salud de las personas. “Este enfoque busca explicar desde una perspectiva global de la salud pública la problemática, y busca dichas causas más allá de una lógica epidemiológica o biomédica” (5). En este sentido, los DSS cobran un valor importante en el marco de la discapacidad, puesto que permiten un acercamiento a los factores sociales, como determinantes de las inequidades que las personas con discapacidad, vivencian.

Finalmente, el estudio que aquí se propone se adhiere a una metodología de cohorte correlacional, con la intención de establecer las limitaciones en la actividad y restricciones en la participación de las personas con Enfermedad Cerebro Vascular de la Ciudad de San Juan de Pasto y su relación con los Determinantes estructurales e intermedios de la Salud.

3 ÁREA PROBLEMÁTICA, ANTECEDENTES Y PROBLEMA

En el pensamiento enmarcado en el modelo médico, prima la enfermedad y la deficiencia, y no necesariamente, el aspecto biológico conduce a una discapacidad, puesto que el ser humano interacciona constantemente en un entorno sociocultural diverso. Este último acercamiento, se ha convertido en un elemento importante en el marco de la discapacidad, en donde la sociedad juega un papel trascendental.

Una postura más allá del pensamiento reduccionista, debe comprender la discapacidad desde una visión multidimensional. En este sentido, La Organización Mundial de la Salud (OMS) (1), utiliza el modelo biopsicosocial, intentando explicar la discapacidad desde la interrelación entre los componentes de funcionamiento y los factores ambientales. En esta línea, la estructura social, asume una influencia en la limitación en la actividad y restricción en la participación, en las personas que vivencian una discapacidad.

La Enfermedad Cerebro Vascular (ECV), también puede trascender el pensamiento reduccionista que gira en torno a ella, por tanto, comprender el funcionamiento de las personas con ECV, es un elemento clave y se articula con el aporte de la OMS (6), cuando menciona, que a una persona con discapacidad (PcD) le preocupa la dificultad para realizar las actividades que realizaba antes, mas no, su enfermedad. Desde este punto de vista, identificar las dificultades que una persona con ECV presenta en sus actividades diarias y en su participación social, se constituye en un factor importante, mas allá, de focalizar su atención, en el déficit.

En concordancia con los anteriores planteamientos, existen estudios que su centro de interés se basa en demostrar la limitación en la actividad y restricción en la participación, en la población con ECV. Santana y Chun (7), señalan que las personas con ECV perciben problemas para desempeñar las actividades diarias, limitaciones para desplazarse dentro y fuera del hogar y se reportaron dificultades, en la participación social. En esta misma línea, en el estudio desarrollado en el 2015 por Urimubenshi (8), las personas con ECV expresan, que después de salir del hospital y al regresar a su casa, experimentan diversas limitaciones en la actividad y restricciones en la participación, tales como: dificultad para retornar a su

actividad laboral previa, para participar en actividades religiosas y para involucrarse a nivel social. Así mismo, Lee “et al” (9), mencionan la experiencia de las personas con ECV, en torno a la actividad y participación. Estos autores, encontraron, por un lado, que la mayoría de las personas del estudio reportan dificultades para caminar, para moverse, transferir el cuerpo y para ejecutar actividades de autocuidado y, por el otro, dificultades en la participación social, como en la relaciones interpersonales y actividades de ocio y tiempo libre.

Concordante con los anteriores planteamientos y en el sentido de trascender la mirada tradicional de la condición de salud y la deficiencia predominante en el modelo médico biológico de la discapacidad, en la Universidad Mariana de Pasto entre los años 2013-2016 se realizó un trabajo de investigación a partir del cual surgió la “Herramienta para evaluar actividad y participación en personas con Enfermedad Cerebro Vascular –VVAVECV”- como instrumento que bajo el referente de la Clasificación Internacional del Funcionamiento de la Discapacidad y la Salud (CIF), permite evaluar el funcionamiento de personas con ECV desde los componentes de actividad y participación, desde una óptica más acorde con las actuales tendencias en el tema. De esta forma se cuenta con una herramienta con comprobadas propiedades psicométricas. La primera de ellas, se relaciona con la validez de contenido, basada en juicio de expertos; la segunda, determino la confiabilidad de consistencia interna, evidenciando resultados que muestran una consistencia interna alta, de acuerdo al Alfa de Cronbach (resultados cercanos a 1); finalmente, estimó el desempeño psicométrico test-retes e interevaluador, utilizando como referencia el coeficiente de correlación de Pearson o Sperman (según pruebas de normalidad), con una interpretación estadística, de valores cercanos a 1 para un máximo de confiabilidad. Así, los resultados demostraron una alta confiabilidad test-retest e interevaluador, de los dominios de la herramienta de evaluación.

Por otra parte, es importante señalar que en la sociedad actual son evidentes las inequidades sociales, las cuales no son un problema totalmente ligado al sujeto, sino que son dependientes de los contextos sociales en los que se desenvuelven diariamente las personas. Es decir, que no existen oportunidades socioeconómicas y políticas equitativas, que

permitan gozar de igualdad de condiciones. Reconociendo esta problemática, la OMS (10) propone en el año 2005, la Comisión sobre los Determinantes Sociales de la Salud, que buscan dar explicación a las inequidades sanitarias, traducidas en las diferencias injustas y evitables observadas en los países. Al respecto, en Colombia “la inequidad y exclusión social, siguen siendo problemas que afectan mucho al país” (11).

El anterior panorama conlleva a entender, que no es trascendental investigar e intervenir la discapacidad únicamente desde la deficiencia, “una de las consecuencias potencialmente discriminatorias, surge de asociar la discapacidad exclusivamente como una condición de salud, en la cual las intervenciones serán menos efectivas para las PcD pues conllevaría a desconocer aspectos relevantes causantes de discapacidad” (12). Con relación a esta situación, es importante mencionar diversos estudios, que describen situaciones apoyadas en los Determinantes Sociales de la Salud (DSS) y su relación con la discapacidad. Allí se develan aspectos socioeconómicos, sociales, situaciones relacionadas con la escolaridad, empleo y accesibilidad como factores asociados a la discapacidad en las poblaciones.

Por ejemplo, Belzunegui “et al” (13). desarrollaron un estudio sobre el riesgo de la exclusión de las PcD, desde los DSS y la pobreza. En sus hallazgos muestran, que existe mayor exclusión social para las personas que tienen una discapacidad. Así mismo, las PcD y sus familias, tienen mayor incidencia, intensidad y nivel de pobreza, que otras. Estos resultados reflejan, las desigualdades socioeconómicas de las PcD, en efecto, existe “una relación entre la pobreza y la discapacidad” (14).

En Colombia, se destacan tres estudios de corte correlacional entre la discapacidad y los DSS. Los resultados del estudio en la Ciudad de Manizales (15), establecen una relación estadísticamente significativa entre la restricción en la participación y el nivel educativo de las personas, las barreras arquitectónicas y su etnia. De igual forma, en la Ciudad de Tunja (16), los hallazgos encontrados señalan que existe una asociación entre las actividades realizadas en los últimos meses, la capacidad para el trabajo, los factores de recuperación atribuidos al servicio de salud y la discapacidad. Y en la Ciudad de Cali (17), en relación con los determinantes sociales de la salud estructurales y la restricción en la participación

social, se demuestra que el género femenino presenta menos restricción en la participación social que el masculino (71,2% frente a 66,8%). Con respecto a la edad los grupos poblacionales adultez joven y adultez media en un 74%, presentan menos restricción en actividades sociales.

En relación con los DSS y la ECV, es importante mencionar que la situación socioeconómica es un problema relevante, pues “existe una relación significativa entre el nivel socioeconómico y su prevalencia; la ECV, es más prevalente en los hogares de mayor pobreza, en comparación, con los hogares de estratos socioeconómicos altos” (18). De la misma manera, los factores personales se han postulado como un aspecto importante en la ECV. Estudios en el tema reportan que “la edad ≥ 70 , está asociada con el riesgo de un evento cerebro vascular” (18). Así mismo, el género es una variable importante en la ECV. Habibi-koolae “et al” (19), en su estudio encontraron diferencias significativas entre hombre y mujeres, siendo la ECV mas prevalente, en el género masculino. De los hallazgos que se muestran anteriormente, es posible reconocer puntos de encuentro que permiten un acercamiento a las dimensiones inmersas en las inequidades sociales de las personas con ECV, las cuales se reflejan en las situaciones desfavorables relacionadas con sus condiciones laborales, socioeconómicas, educativas y familiares, que agravan la magnitud del problema y que pueden influir en la prevalencia de la ECV.

A pesar del reconocimiento de la estructura social en la discapacidad, es preocupante que en la actualidad se conserven perspectivas fundamentadas en el modelo médico, derivándose en una visión centrada en lo individual. Al respecto, Cayo en el 2010 (20), señala que aún existen posiciones dentro del paradigma de las carencias o deficiencias corporales de unas personas respecto a otras. En este punto, es clave señalar que “gran parte de la atención a las ECV en los países de América Latina se concentra en analizar los factores individuales” (20). Estos planteamientos pueden resultar en la directriz en la conformación de “leyes, recursos, instalaciones y servicios” (20), abordando la discapacidad desde una dirección bidireccional (persona – enfermedad), tendientes a tratar la patología y la deficiencia. Estas consideraciones son totalmente negativas para las personas con ECV, puesto que resultan en tratamientos centrados en la persona, quien

asume un rol de enfermo, dispuesto a recibir atención médica y de rehabilitación para la cura de su enfermedad; desconociendo aspectos contextuales que pueden desencadenar la discapacidad.

Por otra parte, se hace necesario señalar aspectos epidemiológicos que permiten ampliar la visión de la magnitud del problema que enmarca la discapacidad. Es así, que en el 2011 la OMS (21) dio a conocer su Informe Mundial sobre la Discapacidad, el cual estima que el 15% de la población mundial vive con algún tipo de discapacidad. Colombia por su parte, “tiene una prevalencia intermedia del 6,3% lo cual representa a 2.624.898 colombianos según el Censo General del 2005” (22). En la Ciudad de San Juan de Pasto y de acuerdo con el censo realizado por el DANE, al cual se indago, con la intención de identificar la caracterización de las personas con discapacidad (PcD); se identifica que en el año 2015 del total de la población (411.137), 9.093 tenían una discapacidad, que aproximadamente corresponde al 2.38% (23).

Precisando en la ECV, Feigin et al en el año 2015 (24), señala que es una condición de alta incidencia y prevalencia en la población humana, con tendencia a aumentar a nivel mundial. Esta condición de salud “tiene un impacto significativo en los individuos, en la familia y en la sociedad” (25), puesto que se considera que aproximadamente “la discapacidad está presente en un “75% de las personas con ECV” (26). En Colombia, la incidencia durante los últimos 20 años corresponde a: 97.43 casos/100.000 habitantes/año en 1990, frente a 97.39 casos/100.000 habitantes/año en 2010) (27). En términos generales “las estimaciones de la prevalencia de ECV ajustadas por edad y género han fluctuado entre 1.4 a 19.9 por 1.000 habitantes” (27). En la Ciudad de San Juan de Pasto, son escasos los estudios epidemiológicos de ECV. Únicamente se reconoce el estudio de Pantoja (28), el cual se desarrolló durante el 2006 al 2007, especificando los rangos de edad de mayor prevalencia (70 y 79 años) y el sexo (masculino).

Derivado de los anteriores planteamientos a través de esta propuesta de investigación se plantea resolver la siguiente pregunta de investigación

¿Qué relación existe entre los Determinantes Sociales de la Salud y la discapacidad, en las personas con Enfermedad Cerebro Vascular de la Ciudad de San Juan de Pasto?

4 JUSTIFICACIÓN

El abordaje multidisciplinar enmarcado en el escenario de la discapacidad exige superar la posición que configura a la discapacidad únicamente en la deficiencia, resultando en un problema fundamentalmente individual, a un acercamiento totalmente opuesto, en el cual cobren importancia los factores ambientales. A este fin, se ha propuesto que la discapacidad “es un concepto complejo y multidimensional, debido a la variedad de factores que conjuga y que determinan la naturaleza del problema” (29). En este sentido, es necesario tener en cuenta las circunstancias sociales, que pueden influir o manifestarse, en la discapacidad

La percepción de la discapacidad ha trascendido y ha impulsado la construcción de nuevos planteamientos que generan aportes significativos no solamente en la forma de comprender la discapacidad, si no en el planteamiento de políticas públicas y con ello, en los procesos de atención. En este sentido, los DSS se convierten en un componente esencial, puesto que “tratan de explicar las desigualdades injustas y evitables o inequidades en salud como consecuencia de la organización social” (30) que si se adhieren en el marco de la discapacidad “se reconoce la relevancia que actualmente presenta el concepto de determinantes sociales y su relación directa con la discapacidad” (12).

Las investigaciones que sitúan los DSS y la discapacidad, se consideran pertinentes en la medida que los resultados, permiten reconocer la relación existente entre las dos variables; considerándose bases fundamentales para la construcción y reconstrucción de las políticas públicas en el ámbito de la discapacidad, tendientes a favorecer un abordaje multidimensional, en la búsqueda de garantizar igualdad de oportunidades en la participación social de las PcD. Además, es imprescindible mencionar, que estos estudios se encuentran ligados a una de las dimensiones prioritarias propuestas por el Plan Decenal de Salud Pública 2012-2021 (31), reconociendo en sus estrategias y líneas de acción, que los DSS se convierten en una herramienta imprescindible para que esta población goce de condiciones equitativas, que promuevan su participación social.

Desde el punto de vista de la ECV, se despierta el interés en la manera en que tanto la inequidad social se convierte en un determinante generador de la discapacidad. Respecto a estos planteamientos, autores como Fleischer y Diez (32), reconocen claramente que las inequidades sociales y el riesgo de ECV, deben convertirse en una necesidad primordial en materia de investigación. En este sentido, los estudios que abarcan los DSS con relación a ECV, se consideran de gran relevancia. En primera medida, porque se estarían articulado al tema creciente en el escenario de la discapacidad, en su apuesta dentro de un marco contrapuesto a la visión reduccionista y por otra parte, se llegaría a la comprensión hasta qué punto, las inequidades sociales podrían llegar a definir la experiencia relacionada, con la limitación en la actividad y restricción en la participación que dicha población vivencia, considerándose como una necesidad emergente dentro del marco de la discapacidad.

Este estudio resulta ser una oportunidad para la Ciudad de San Juan de Pasto, en primer lugar, porque permitirá reconocer en qué medida sus condiciones sociales, pueden concebirse como factores determinantes en la limitación de la actividad y restricción en la participación social, de las personas que han experimentado una ECV. En segundo lugar y en concordancia, con Fleischer y Diez (32), a partir de los resultados podrían surgir grandes aportes en la estructuración de políticas públicas en discapacidad, tendientes a monitorear las inequidades sociales en el riesgo de padecer una ECV y al planteamiento de estrategias preventivas.

En concordancia con la OMS (6), evaluar la enfermedad es importante, así como también resulta imprescindible evaluar la discapacidad, es decir, si la persona puede cumplir con su rol laboral, si le es posible realizar actividades del cuidado del hogar, si es capaz de involucrarse en una actividad social; nos encontramos sumergidos en la nueva tendencia que comprende la verdadera naturaleza de la discapacidad; en la cual la deficiencia ya no es el único aspecto a evaluar, si no, es el ser humano con sus necesidades inmersas en un contexto personal, familiar y social, “obligando a estructurar herramientas de evaluación y clasificación que trasciendan el enfoque clínico terapéutico tradicional” (33).

En este punto, se resalta la Herramienta para evaluar *Actividad y Participación* en personas con Enfermedad Cerebro Vascular (VVAPECV). Esta herramienta, adopta los referentes conceptuales sustentados en la CIF (1), seleccionado el componente de Actividad y Participación, definido como: “la realización de una tarea o acción por parte de un individuo y el acto de involucrarse en una situación vital” (1). La herramienta VVAPECV incluye cinco dominios correspondientes al componente de actividad como: aprendizaje y aplicación del conocimiento, tareas y demandas generales, comunicación, movilidad y autocuidado. Cada dominio incluye dos preguntas de referencia. Una de ellas intenta conocer las limitaciones en la actividad o restricciones en la participación que una persona con ECV, ha experimentado en los últimos 30; pregunta basada en el instrumento WHODAS II (6). Y otra, que, de forma global, abarca la participación. Estos dominios se constituyen en elementos fundamentales en la evaluación del funcionamiento de personas con ECV, integrándose en un proceso evaluativo multidimensional, al desempeñar una actividad diaria, o una actividad, que demande una interacción social en un contexto determinado.

El estudio que aquí se propone es novedoso por dos aspectos relevantes. En primer lugar, porque se da inicio a la aplicación de la herramienta de evaluación VVAPECV, diseñada por los autores Benavides y Arcos (34), diseñada específicamente para la población objeto de estudio y se enmarca en la nueva perspectiva de evaluación en discapacidad. Se cuenta, con la autorización previa de la Universidad Mariana, para ser utilizada. Además, las propiedades psicométricas de validez y confiabilidad, indican la posibilidad de ser aplicada. En segundo lugar, en la Ciudad de Pasto no se han desarrollado investigaciones que involucren las variables de DSS y discapacidad en personas con ECV, por tanto, se considera una investigación pionera en la región.

La investigación que aquí se propone es viable, puesto que cuenta con el apoyo principal de la base docente de la Universidad Autónoma de Manizales del programa de Maestría en Discapacidad, con la estudiante que cursa la Maestría en Discapacidad, quien podrán acceder a los recursos necesarios para el desarrollo de la misma.

Finalmente, es importante mencionar que el presente estudio, está acorde con el objeto de estudio del grupo de investigación Cuerpo Movimiento, totalmente adherido a la línea de investigación, Funcionamiento y Discapacidad en la Perspectiva de la Salud.

5 MARCO BIOÉTICO

En la presente investigación se utilizaron dos cuestionarios. El primero, que permitió evaluar la discapacidad en términos de actividad y participación en personas con ECV. Para su aplicación se cuenta con el aval otorgado por la Universidad Mariana (anexo1) y el segundo, fue una encuesta para identificar los DSS estructurales e intermedios.

Resulta oportuno establecer, que en los procesos de investigación donde se involucran seres humanos, es de vital importancia reconocer la Resolución 8430 de 1993 (35). Dicha resolución establece normas científicas, técnicas y administrativas, requeridas en los estudios en salud. Para el estudio que aquí se propone se establecen las siguientes especificaciones:

Artículo 5: en el cual establece que se debe prevalecer el criterio del respeto a su dignidad y a la protección de sus derechos y su bienestar, de los seres humanos quienes son sujeto de estudio. Aquí se establece que los hallazgos únicamente serán utilizados para efectos investigativos.

Artículo 11: Para efectos de este reglamento y de acuerdo a la propuesta de investigación, se selecciona la siguiente categoría: Investigación con riesgo mínimo, puesto que se aplicaron dos cuestionarios de carácter no invasivo, en los que no se realiza ninguna intervención o modificación intencionada de las variables biológicas, fisiológicas, psicológicas o sociales de los individuos que participan en el estudio.

Artículo 14: en el cual se menciona el consentimiento informado, entendido como un documento escrito, mediante el cual el sujeto evaluado, autoriza su participación en la investigación. Conociendo previamente, los procedimientos y beneficios. Con pleno conocimiento de la naturaleza de los procedimientos y beneficios al que se someterá, con la capacidad de libre elección y sin coacción alguna. En este punto, es importante mencionar, que las personas del estudio, decidirán participar de forma voluntaria y autónoma.

De igual forma, cumplió con los principios éticos que se especifican en Declaración de Helsinki de la Asociación Médica Mundial (36). En este sentido, se respetó el derecho del

participante a proteger su integridad y reducir al mínimo el impacto del estudio en sus dimensiones física y mental. De igual forma, las personas participaron después de dar su consentimiento informado y cada participante, recibió información sobre los propósitos y condiciones de la investigación, firmando de forma voluntaria, el consentimiento informado (previamente aprobado por el Comité de Ética de la Universidad Autónoma de Manizales).

Finalmente, es importante mencionar que se respetaron los derechos de autor, en la conceptualización teórica que sustenta esta investigación, mediante la citación en estilo Vancouver 2010.

6 OBJETIVOS

6.1 OBJETIVO GENERAL

Establecer las limitaciones en la actividad y restricciones en la participación de las personas con Enfermedad Cerebro Vascular de la Ciudad de San Juan de Pasto y su relación con los Determinantes estructurales e intermedios de la Salud.

6.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Reconocer los Determinantes Sociales intermedios y estructurales de la salud, en las personas con ECV de la Ciudad de San Juan de Pasto.
- Identificar las limitaciones en la actividad y restricciones en la participación que experimentan las personas con ECV de la Ciudad de San Juan de Pasto.
- Determinar la relación entre los Determinantes Sociales de la Salud y las limitaciones en la actividad y restricciones en la participación de las personas con ECV en la Ciudad de San Juan de Pasto.

7 REFERENTE TEORICO

El referente teórico del presente estudio, se fundamenta en tres ejes temáticos. En primer lugar, se establece la discapacidad, el segundo relacionado con los DSS y finalmente, un acercamiento a la ECV.

7.1 DISCAPACIDAD

El tema de la discapacidad ha estado presente en el transcurrir de la historia. Por tanto, se han establecido diversos planteamientos que han intentado conceptualizar y explicar los factores desencadenantes. Inicialmente las perspectivas ontológicas de la discapacidad, señalaban que era de origen religioso, “fruto del pecado de los progenitores” (37). La consecuencia de esta perspectiva, estaba inmersa en que si existía la creencia que el cuerpo era una estructura de origen divino, desde la corporeidad las personas con discapacidad eran vistas como anormales, como así se las llamaba, siendo concebidas como un signo de maldición o de castigo.

Posteriormente, se trascendió a una visión centrada en lo individual, que se reducía a la anormalidad de la estructura corporal, a lo visualmente perceptible y de esto se desprende, que las personas que no tenían cavidad dentro de ese llamado estándar de normalidad que la sociedad había condicionado, eran percibidas diferentes o anormales. Desde una aproximación epistemológica, Vargas (38), lo considera como una mirada desde los atributos individuales, en donde el estudio de la discapacidad se establece desde un enfoque reduccionista, centrado en las características individuales, en efecto, en la patología y en la deficiencia.

Por otro lado, en la década de los setenta se encuentran posiciones totalmente opuestas, a las que se enfatizan en las anteriores aproximaciones. En este momento, es clave tomar como ejemplo histórico el colectivo de personas con discapacidad, quienes empieza a considerar que durante muchos años habían perdido la autonomía de decidir sobre su propia vida, al estar sometidos a las condiciones que imponía la comunidad sobre ellos y en contra de todo tipo de opresión, empiezan a luchar para recobrar su identidad social, en la

búsqueda de ocupar un espacio como seres sociales. En este contexto, “la discapacidad no es únicamente característica, sino que supone una respuesta por parte de su contexto ambiental” (37). Ahora bien, este nuevo paradigma, permitió entender que un determinante de la discapacidad, estaba constituido en el contexto social y en efecto, ésta ya no se comprendía solamente desde las condiciones individuales, si no que la misma se interrelaciona con las condiciones externas al sujeto, que muchas veces, se convierten en un obstáculo que niega la posibilidad a las PcD, de gozar de igualdad de oportunidades.

Lo anterior permite reconocer, que la discapacidad está en un proceso de transformación constante y dentro de esta transformación, la OMS asume un rol fundamental a partir de la propuesta de la CIF 2001 (1). Esta clasificación vincula conceptualizaciones y reflexiones con numerosos intereses. En primer lugar, pretende comprender la discapacidad desde una perspectiva multidimensional, entendiendo que la PcD se encuentra en una interacción constante con el ambiente, desempeñando diversas ocupaciones. En segundo lugar, pretende convertirse en una clasificación útil de conocimiento y aplicación mundial, tendiente a mejorar la comunicación entre profesionales, desde un lenguaje unificado, que apoye los procesos de evaluación e intervención multidisciplinares. Y adicionalmente, convertirse en un elemento clave, que apoye la construcción de estudios científicos.

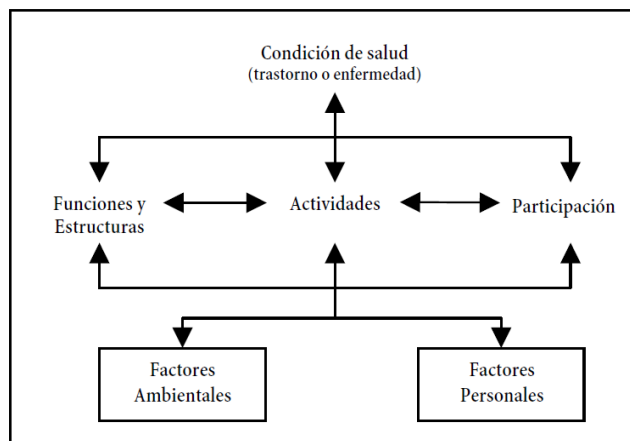
Esta clasificación, se fundamenta en el modelo biopsicosocial, abarcando tres elementos importantes (biológicos, sociales y psicológicos), que permiten ampliar la mirada de la discapacidad, desde la interacción compleja de diversos dominios. “Las pautas de este modelo se sitúan en la visión de la persona con discapacidad en interacción con su entorno” (39).

La CIF (1), se organiza en dos componentes: a) el componente de funcionamiento y discapacidad, en el cual se vinculan las funciones corporales, estructuras del cuerpo, actividad y participación y, b) el componente de factores ambientales, que designa los elementos que se encuentran relacionados con el entorno y sus características. Además, vincula factores personales, ligados al propio individuo.

La CIF (1), establece una definición para cada uno de los dominios inmersos en cada componente. Es así, que señala que las estructuras corporales son las partes anatómicas del cuerpo, por ejemplo, los ojos. Dichas estructuras corporales son indispensables para las funciones corporales; entendidas como las funciones fisiológicas de los sistemas, por ejemplo, las funciones visuales. De igual forma, la actividad es comprendida como la realización de una tarea diaria, con una connotación individual. Al contrario, la participación es el acto de desempeñar actividades que demanden una interacción social. Así mismo, se encuentran los factores ambientales, que no solamente incluyen el contexto físico, si no también, las actitudes y el contexto social, donde las personas diariamente se desenvuelven. Finalmente, se mencionan los factores personales, los cuales hacen mención al género, edad, raza, entre otros, que son parte del individuo. Tal y como lo menciona la CIF, cada componente puede resultar en aspectos positivos, como se exponen anteriormente, o resultar en aspectos negativos. En este sentido, en el marco de estructuras y funciones corporales, se hablará de deficiencias; en el componente de actividad, limitación en la actividad; en participación, restricción en la participación y en factores ambientales, barreras.

Con el ánimo de ampliar las anteriores aproximaciones, es trascendental incluir en este apartado el diagrama que se identifica en la CIF (Grafico 1), el cual, “puede ser útil para visualizar el nivel actual de conocimiento sobre la interacción entre los diferentes componentes de la CIF” (1).

Gráfico 1 Interacción de los diferentes componentes de la CIF.



Tomado de: La Clasificación Internacional del Funcionamiento de la Discapacidad y la Salud. 2001¹

A partir de este diagrama, centralizado en la discapacidad y de acuerdo con la CIF, se entiende que una PcD, puede concebir como un obstáculo los factores ambientales, los cuales se convierten en barreras para desempeñar una actividad diaria, de ser así, pueden conllevar a la limitación en la actividad y/o, una restricción en la participación. Así mismo, todos estos factores, pueden ocasionar problemas en las funciones y estructuras, o modificar una condición de salud. Para ejemplificar tales consideraciones, se podría mencionar que si una persona con ECV, experimenta una barrera completa en servicios, sistemas y políticas laborales y de empleo, conlleva a una restricción para participar en los aspectos de trabajo remunerado, así como también, en el desempeño de relaciones sociales informales. Todos estos factores pueden generar una deficiencia en las funciones emocionales y en efecto, puede modificar la condición de salud. Al contrario, si cuenta con un facilitador completo en servicios, sistemas y políticas laborales y de empleo, la persona con ECV, no experimentaría restricción en la participación, puesto que podría desempeñar un trabajo remunerado, así como también, participar en relaciones sociales informales. Estos aspectos positivos, no conllevarían a vivenciar una deficiencia en las funciones emocionales y menos aún, agravaran la condición de salud.

De lo anterior, se puede resaltar que la discapacidad no depende únicamente de un solo factor, si no, de un conjunto de procesos que guardan una relación multidireccional entre ellos; abarcando uno o varios componentes, centrada en la experiencia de cada persona.

De acuerdo con el razonamiento que se ha venido realizando, es claro que la postura de la CIF ofrece un entendimiento integrador de la discapacidad y una de las ganancias es reconocer que existe “una interacción compleja entre el sujeto su estado o condición de salud (física y mental) y los factores ambientales. Éstos últimos interactúan con la persona e influyen en el nivel y la extensión de su funcionamiento” (39). Estas conceptualizaciones se configuran en el Modelo Biopsicosocial, el cual ha cobrado un gran impacto en la discapacidad, proponiendo avances en su comprensión, eliminando así, radicalmente el pensamiento reduccionista de la discapacidad, trascendiendo a una visión que confiere en gran medida, la responsabilidad a las condiciones sociopolíticas, económicas y culturales. Por su parte, este modelo no solamente se interesa por conceptualizar la discapacidad desde una visión multidimensional, si no su apuesta en promover oportunidades de inclusión social de las PcD. Al respecto, la Organización Panamericana de la Salud (OPS) (39), señala beneficios que se pueden obtener, al implementar el Modelo Biopsicosocial, en la práctica multidisciplinar. Entre ellos se puede resaltar: la participación plena de la comunidad; el fortalecimiento de las organizaciones sociales, para que las PcD accedan a diversos sistemas; el asegurar la inclusión social de las PcD; promueve la participación multisectorial. Frente a estos beneficios, se requiere entonces la incursión de este modelo, en la praxis profesional y en la estructuración de políticas públicas, que realmente evidencien un marco de derechos e igualdad de oportunidades para las PcD y la comunidad en general.

De otra parte, se hace necesario señalar datos cuantitativos que permitan visualizar desde otra óptica, la magnitud del problema de la discapacidad. De esta manera, las cifras disponibles se obtienen del Censo del año 2005 (40), realizado en Colombia. De este censo, se destaca que la prevalencia de personas con al menos una limitación fue del 6,3%, siendo mayor en hombres (6,6%) que en mujeres (6,1%). Para entonces, se calcula que existían 2'651.701 personas con alguna limitación. Según la misma fuente, la discapacidad en hombres se concentra en el grupo de 0 a 35 años; mientras que en las mujeres, la mayor proporción está en las adultas mayores. En relación a las deficiencias, se identifica que es más frecuente que las PcD, experimenten problemas en funciones o estructuras

relacionadas con el movimiento, miembros superiores e inferiores (48,4%); le siguen, en orden de importancia, aquellas en las cuales se encuentra comprometido el sistema nervioso (41,7%).

Como se indica, existen datos estadísticos que ofrecen un cierto acercamiento cuantitativo de las PcD. Esta cuantificación de la población, resulta en gran medida importante, puesto que convoca a las partes responsables a asumir responsabilidad frente a la problemática. De esta manera, el Plan Decenal de Salud Pública (PDSP) 2012-2021 (31), al incursionar dentro de sus dimensiones prioritarias, la discapacidad, contribuye a través del fortalecimiento intersectorial, a plantear alternativas que apoyen la igualdad de oportunidades para las PcD, reconociendo en primer medida, sus derechos como seres humanos, en sus dimensiones políticas, económicas, sociales, que visibilicen su participación en la sociedad, gozando de una inclusión educativa, social y laboral; componentes fundamentales para la salud y calidad de vida de todos los seres humanos. Para tal efecto, se debe asumir un compromiso de la comunidad y el estado, para eliminar las barreras sociales, físicas, económicas, políticas y actitudinales, que contribuyan a la construcción de una sociedad incluyente.

Ha sido un interés constante la transformación del concepto de salud, la cual se aleja de la visión bidireccional (persona- enfermedad); va más allá de una perspectiva individualista, con un alto reconocimiento en los factores ambientales que afectan la salud de las personas. En este sentido, Rodríguez y Benavides para el 2016 (41), señalan el aporte de dos actores principales, quienes proponen elementos para abordar la salud que supera la esfera biomédica. En primera instancia y por su parte, la OMS en 1986, plantea que los avances educativos y políticos, se convierten en factores indispensables para mantener la salud. Y en segunda instancia, la declaración de Ottawa, expone que la prevención de la salud, debe convertirse en un elemento primordial, en donde cobran un gran valor, los contextos socio-políticos.

Es entonces cuando se empieza a reconocer que las cualidades y características individuales, no son el factor principal en la salud, sino que en muchas circunstancias la

interacción de la persona con diversos escenarios de carácter político, social, cultural, económico, pueden convertirse en agentes de riesgo para la salud de la población humana.

7.1.1 Herramienta para evaluar actividad y participación en personas con Enfermedad Cerebro Vascular” (VVAPECV).

La VVAPECV es una herramienta de evaluación de discapacidad que surgió de una investigación profesoral desarrollada en la Universidad Mariana de Pasto durante los años 2013-2016, desde el programa de Terapia Ocupacional. Esta herramienta está fundamentada en conceptualizaciones propuestas por la CIF, y en efecto cumple con el objetivo de medir la discapacidad en términos de limitación en la actividad y restricción en la participación en personas que experimentan una ECV. Su propósito final es servir de apoyo a los procesos de evaluación desarrollados por los Terapeutas Ocupacionales y otras disciplinas, como también posibilitar la realización de investigaciones que de ella puedan derivarse, en beneficio de la población objeto de estudio.

Para evaluar la magnitud del problema en el componente de actividad y participación, la VVAPECV utiliza los códigos del sistema alfanumérico propuesto por la CIF (1); la letra (a) hace mención a actividad y la letra (p) a participación. Para evaluar el grado de dificultad en actividad y participación, utiliza la escala descrita por la misma clasificación, organizada en una escala de 0 a 4; cero significa ninguna dificultad; uno, ligera dificultad; dos, moderada dificultad; tres, grave dificultad y cuatro, dificultad completa.

Incluye los cinco dominios correspondientes al componente de actividad de la CIF (1): aprendizaje y aplicación del conocimiento, tareas y demandas generales, comunicación, movilidad y autocuidado. Cada uno de ellos, cuenta con diversos ítems referenciados con la letra (a). El primer dominio, está relacionado con aprendizaje y aplicación del conocimiento. En este dominio, se incluye un total de 10 ítems. El segundo dominio, vincula aspectos relacionados con tareas y demandas generales. Este dominio recoge información relacionada con los hábitos y rutinas diarias. En él, se incluye un total de 3 ítems. El tercer dominio, señala la comunicación, con la intención de conocer las

dificultades inmersas tanto en la comprensión y expresión del lenguaje verbal y no verbal, utilizando diversas formas de comunicación. En este dominio, se incluye un total de 9 ítems. El cuarto dominio, hace mención a movilidad, que permite comprender las dificultades que van desde mantener una posición, hasta desplazarse por diversos entornos, incluyendo el uso de medios de transporte. En él, se incluyen 13 ítems. Y finalmente, se vincula el quinto dominio relacionado con autocuidado. Aquí, se pretende comprender las dificultades en actividades diarias, hasta el cuidado de la propia salud. En este dominio, aparecen 7 ítems.

Es importante señalar, que cada uno de los dominios mencionados anteriormente, inician con una pregunta de referencia, que especifica: “*En los últimos 30 días*” *¿Cuánta dificultad ha tenido para?*. Esta pregunta está basada en el World Health Organization Disability Assessment Schedule (WHO-DAS II) (6). Adicionalmente, al final de cada dominio, se incluye una pregunta global de participación, identificada con la letra (*p*) y se indica como: “*¿Que tanto estas dificultades han afectado su vida?*. Los dos criterios anteriormente mencionados, están respaldados en el estudio desarrollado por Rosas (42), quien propone vincular estas dos preguntas de referencia.

La herramienta de evaluación se sometió a procesos psicométricos, que garanticen su aplicabilidad. El primero, hace referencia a la validez de contenido de la VVAPECV. Esta validez se soporta en el juicio de siete expertos, quienes valoraron el contenido de la escala basados en un punto de cohorte mínimo de 4 (acuerdo parcial) y máximo de 5 (acuerdo total) con punto de cohorte mínimo 4, y máximo 5, y la media, entre los dos rangos establecidos anteriormente y un porcentaje de acuerdo mínimo $\geq 80\%$. De esta manera, los ítems definitivos para el componente de actividad, corresponden a un total de 42 ítems.

La herramienta de evaluación, se sometió a prueba piloto, con el objetivo de analizar el comportamiento de cada ítem, a partir de tres criterios seleccionados: (comprensión, redacción e interpretación). Los resultados de esta fase, permitieron realizar modificaciones en los ítems que incluían términos que no se adhieren al contexto y por tanto, no se

comprendían fácilmente. Por el contrario, se mantuvo la estructura de los ítems, que se comprendían fácilmente, la reacción era clara y de fácil interpretación.

Las propiedades psicométricas de confiabilidad por consistencia interna, test-retest e interevaluador, se llevaron a cabo en una muestra de 70 personas con ECV. Previamente, se realizaron pruebas de normalidad. En cuanto a la consistencia interna, los resultados obtenidos a través del coeficiente alfa de Cronbach, fueron valores cercanos a 1 para cada uno de los dominios, en efecto, se determinó los dominios de la herramienta, miden lo mismo como un solo constructo. Para estimar el desempeño psicométrico test-retest e interevaluador, se utilizó como referencia el coeficiente de correlación de Pearson o Spearman, existiendo una correlación significativa entre la primera y segunda aplicación de la herramienta de evaluación, por dos evaluadores distintos. Los valores obtenidos a través de los coeficientes de correlación son superiores a 0.75, por tanto, se indica un máximo de confiabilidad de la herramienta de evaluación.

7.2 DETERMINANTES SOCIALES DE LA SALUD

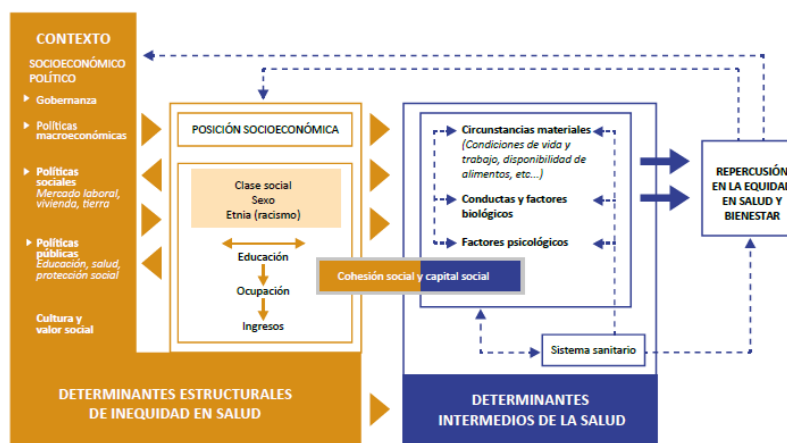
Los DSS, son entendidos como “las circunstancias en que las personas nacen, crecen, viven, trabajan y envejecen, incluido el sistema de salud” (43). De lo anterior, se puede deducir, que todos los seres humanos ocupan un tiempo y espacio distinto en la sociedad; como resultado de ello, deben enfrentar diversas situaciones de vida, que muchas veces no son equitativas. De esta manera, existen contextos que brindan condiciones favorables en la esfera de la participación social a un número específico de personas, hasta contextos totalmente desfavorables y excluyentes, que limitan, o muchas veces, niegan la posibilidad de acceder y gozar de recursos indispensables para la salud, ello implica, “qué hay personas en un riesgo mayor de padecer enfermedades y sus consecuencias” (44).

Existen diferencias substanciales en relación a las condiciones sociales y económicas, que se traducen en una ventaja o una desventaja para los seres humanos, dependiente de la jerarquía social que se establezca en un momento determinado del ciclo vital. Esta jerarquía social, no es seleccionada por la persona, si no, socialmente impuesta, dando lugar a la distribución de las personas en un bajo hasta un alto nivel económico, como consecuencia

de esto, se experimentan inequidades que hacen que unas personas sean más vulnerables para enfermar. Frente a esta problemática, la OMS (45), ha demostrado su preocupación y en el año 2005, establece la comisión sobre los DSS, como una estrategia indispensable para mitigar las inequidades persistentes. Y es precisamente este aspecto, que convoca a los sectores responsables e interesados en la problemática que aquí se menciona, a abordar los DSS que se enmarcan en una de las principales tendencias investigativas, los cuales se convierten en un insumo para proponer, diseñar e implementar acciones efectivas en búsqueda de superar las inequidades en salud.

Frente a la propuesta de los DSS, es importante presentar su modelo desde la óptica de la OMS (45) (Grafico 2). En este modelo, es posible evidenciar Determinantes Estructurales e Intermedios. Los primeros, entendidos como los determinantes “que tienen impacto en la equidad en salud de las personas” (45). En estos determinantes se considera “el contexto social, político y económico, además de la posición social que ocupan los individuos en la estructura social que a su vez está condicionada por la clase, el género, la etnia y las oportunidades en términos de educación, ocupación e ingresos” (45).

Gráfico 2 Determinantes Sociales de la Salud.



Tomado de: Observatorio Nacional de Salud4

Si se trasladan estos determinantes a un contexto real, a simple vista se observa la organización de clases sociales, que definen los estratos que conforman grupos de personas.

Dichos estratos heterogéneos ligados a la clase social, son dependientes del nivel educativo, del tipo de ocupación y con ello, de los ingresos económicos.

Se requiere entonces, el fortalecimiento de acciones en la búsqueda de igualdad de oportunidades, que implica en gran parte, un equilibrio en la distribución de recursos económicos, cuyos fines sean la equidad en la participación de las personas en todas sus dimensiones; educativas, sociales, laborales, en efecto, se aportaría en gran medida a la solución de problemas en el marco del bienestar y la salud. De ser así, la OMS (45), afirma que mejores ingresos económicos y un mejor nivel educativo, tienen un impacto significativo en la salud. De igual forma, aquí se afirma, que la ocupación se considera un factor indispensable, puesto que sitúa a las personas en una estructura social.

Por otra parte, también se resaltan los determinantes intermedios, los cuales “determinan las diferencias en la exposición y vulnerabilidad de la salud que compone las condiciones” (41). En la categoría de determinantes intermedios, se incluyen, “las condiciones de vida, las condiciones de trabajo, la disponibilidad de alimentos, comportamiento de la población y barreras para adoptar estilos de vida saludables y los servicios de salud” (45). De acuerdo con el Observatorio Nacional de Salud (ONS) (4), se considera que la estratificación social se visibiliza en los factores intermediarios. En este sentido, los bajos ingresos económicos, la situación laboral y de vivienda precaria, hábitos perjudiciales y mala calidad en los servicios sanitarios, son factores que contribuyen a aumentar las desigualdades en salud. En este punto, nuevamente se expresa que un bajo nivel social, conlleva a experimentar condiciones de vida desfavorables, que ponen en riesgo la salud de las personas.

7.3 ENFERMEDAD CEREBRO VASCULAR

Por otra parte, es de vital importancia señalar conceptualizaciones que enmarcan la ECV, quien tiene como termino más antiguo, la apoplejía. La ECV se entiende “como una deficiencia neurológica aguda causada por la obstrucción del flujo sanguíneo encefálico” (46). Adicionalmente, surgen cambios en el funcionamiento de la persona, “ejerciendo un impacto negativo en muchos aspectos de la vida cotidiana de las personas” (2). Este último, se considera un punto de vista pertinente, puesto que las personas con ECV no solo

vivencian deficiencias en estructuras y funciones, si no también, surgen cambios en la actividad y participación de la persona.

Se reconocen dos tipos de ECV, el isquémico y el hemorrágico, de los cuales “el tipo isquémico es más frecuente” (47). Con relación a la edad, Montaner (48), señala que el envejecimiento es un factor de riesgo que incrementa la prevalencia e incidencia de la ECV, sin embargo, también menciona que existen casos en población joven.

Por otro lado, vale señalar perspectivas epidemiológicas de la ECV. En este sentido, la ECV se considera “un problema de salud importante, debido a su alta prevalencia” (49), ha llegado a concebirse como “la segunda causa de mortalidad y la tercera causa de discapacidad” (50). De igual forma, estudios epidemiológicos predictivos afirman que la ECV es una condición de salud tendiente al crecimiento; “se estima que el año 2015 existirán 6.3 millones de pacientes con ECV y 7.8 millones en el año 2030, generando costos inmensurables en todo el mundo (51). Los estudios epidemiológicos desarrollados en Colombia (32), afirman que existe una alta prevalencia de hipertensión arterial en la población colombiana, correspondiente al 22,8%; esto implica una asociación directa con el aumento de riesgo para experimentar trastornos cerebrovasculares, lo que corresponde a un 62%. Aquí, se establece que la ECV, se considera de las 10 primeras causas de egreso hospitalario.

7.3.1 Enfermedad Cerebro Vascular y Discapacidad

Ahora es preciso aproximarse a las reflexiones en torno a la ECV y discapacidad. Khaku (52), plantea que la ECV, es la principal causa de discapacidad en adultos en todo el mundo. Desde esta perspectiva, sería lógico pensar que en las personas con ECV, surgen cambios en el desempeño de las tareas diarias. Ocurre entonces, transformaciones en la relación que existe entre la persona y sus actividades diarias, muchas veces requiriendo asistencia de otras personas para desempeñarlas, o más aún, cuando las mismas se ven

restringidas al enfrentarse a un contexto que no se adapta a sus necesidades y se convierte en uno de los principales obstáculos.

Resulta oportuno, citar estudios que intentan reflejar de qué modo las personas con ECV experimentan una discapacidad; más allá de entender la discapacidad, localizada en el cuerpo de la persona. En este propósito, Santana et al en el 2017 (53), determinaron el funcionamiento y la discapacidad en personas con ECV desde la perspectiva de la CIF. En el estudio participaron personas entre 32 y 88 años de edad, con un mayor porcentaje el sexo masculino. Los resultados reflejan que las personas con ECV reportan mayor dificultad en funciones relacionadas con memoria; en actividad y participación, la mayor dificultad está enmarcada en la recreación y ocio; en factores ambientales, reconocen como uno de los principales facilitadores, los profesionales de la salud. En esta línea, Carvalho y Faria (54), se interesaron por explorar el funcionamiento y la discapacidad, tras la asistencia recibida en personas con ECV. Los hallazgos de este estudio, mencionan que la mayoría de la población presenta una discapacidad, y este aspecto tiene que ver, con los cambios a nivel emocional, en la dificultad que se ve representada en la movilidad, en los riesgos de caída que perciben las personas durante la ejecución de actividades de la vida diaria, en la autopercepción negativa de calidad de vida y la percepción del entorno, como un obstáculo que limita el desempeño de las actividades diarias. Asimismo, las aproximaciones planteadas por Roa y Bedolla (55), son útiles para considerar, ya que integran en su estudio una de las herramientas más reconocidas para evaluar la discapacidad, desde el componente de actividad y participación. De esta forma, al hacer uso de WHODAS II en personas con ECV, lograron determinar que un gran porcentaje de esta población presenta un grado de discapacidad severo y la mayor dificultad está inmersa en moverse en su entorno. A su vez, intentan establecer la relación entre el grado de discapacidad y el nivel de independencia funcional. Este análisis permite evidenciar que existe una relación estadísticamente significativa entre las variables mencionadas, obteniendo un coeficiente de correlación de 0.001, lo cual significa, que, entre mayor grado de discapacidad, las personas con ECV experimentan mayor grado de dependencia funcional.

Son muchas las contribuciones en el campo de la discapacidad y la ECV. De ellas, es crucial entender que, si bien es cierto, cada persona tiene su propia forma de vivenciar una discapacidad, las percepciones de las personas con ECV, concuerdan que existe una preocupación inmersa en la limitación en la actividad y restricción en la participación, concibiendo muchas veces, el contexto como una barrera. Este panorama, nuevamente convoca a plantear que la discapacidad no puede limitarse en el estudio de la sintomatología, si no, a explorar las vivencias diarias de las personas en torno a los problemas de desempeño.

7.3.2 Enfermedad Cerebro Vascular y Determinantes Sociales de la Salud.

En este tema, se hace necesario incluir aproximaciones que enriquecen la comprensión de dos variables indispensables en este estudio. Se refiere entonces, a la ECV y DSS. En este sentido, Bettger et al (56), desarrollaron un estudio longitudinal en personas con ECV; los hallazgos muestran relaciones significativas entre el nivel educativo y la discapacidad ($p < 0.001$), reconociendo que las personas con menor nivel educativo, tienen más probabilidad de vivenciar una discapacidad. Estos resultados, permiten evidenciar que existen unas condiciones de vulnerabilidad dentro del marco de determinantes estructurales, puesto que un bajo nivel educativo incrementa la probabilidad de experimentar una ECV. Adicionalmente y asociado al bajo nivel educativo, se podrían concebir falta de oportunidades laborales y con ello, bajos ingresos económicos. De esta manera las inequidades en salud, se incrementan en esta población.

De igual modo, resulta imprescindible prestar atención al determinante intermedio de la salud, relacionado con la situación laboral. Al respecto, los resultados del estudio de Kwon et al (57), muestran que el mayor porcentaje de la población objeto de estudio, se encontraba sin trabajo y quienes estaban empleados, se incluían en trabajos no remunerados, desempeñando actividades como ama de casa o voluntariado. Esta situación, convoca a la intervención intersectorial y multidisciplinar, tendiente a promover acciones, en la búsqueda de la inclusión laboral, de las PcD.

Por otra parte, la posición socioeconómica se constituye en un elemento importante, en la prevalencia de la ECV. Este acercamiento se confirma con el estudio llevado a cabo por Addo et al (58), especifican que las personas con un nivel socioeconómico bajo y quienes viven en países más pobres, son los más afectados a nivel mundial, incrementándose, la probabilidad de vivenciar una ECV.

En Colombia se puede resaltar el estudio epidemiológico nacional (59), quien ubica al sexo como un determinante estructural importante, indicando que la prevalencia de la ECV, represento valores superiores en el sexo femenino. Otro hallazgo a tener en cuenta, se relaciona con la edad, puesto que menciona que la ECV, aumenta en personas mayores de 50 años de edad; lo cual concuerda con lo referido anteriormente por Montaner (48), quien puntualiza, que a medida que avanza la edad, aumenta la prevalencia de la ECV en la población humana.

En la Ciudad de San Juan de Pasto, hasta la actualidad se reconoce el estudio de Pantoja (28), quien se interesó por analizar el comportamiento de la ECV en personas que egresan en la Fundación Hospital San Pedro. Este estudio retrospectivo de revisión de casos, llevado a cabo en los años 2006 a 2007, permitió demostrar que los rangos de edad de mayor prevalencia de la ECV, se encontraban entre 70 y 79 años. Al referirse al sexo, se encontró que un mayor porcentaje de la población (57%), correspondía al sexo masculino. Así mismo, se puede resaltar que la mayoría de la población objeto de estudio, pertenece al régimen de seguridad social subsidiado.

7.4 CONTEXTUALIZACIÓN CIUDAD SAN JUAN DE PASTO (NARIÑO)

El municipio de Pasto es la capital administrativa del departamento de Nariño, “está ubicado en el centro oriente del departamento, al sur occidente de Colombia, político-administrativamente se divide en 12 comunas y 17 corregimientos. Ocupa una superficie de 6.181 kilómetros cuadrados, su cabecera municipal se ubica a una altitud de 2.527 metros sobre el nivel del mar” (60).

Gráfico 3 Mapa del Departamento de Nariño.



Según datos del Departamento Administrativo Nacional de Estadísticas (DANE) (61), en el año 2005, el total de habitantes para el Municipio de Pasto es de 455. 678.

De acuerdo a la proyección del DANE (61), para el año 2015 en Pasto, el total de habitantes fue de 439.993, de los cuales, el 51,7% son hombres y el 48.3% son mujeres. En relación a la ubicación espacial, el mayor porcentaje de la población (83.1), se ubica en el área urbana.

En relación con la ocupación, “alcanzo las 184 mil personas para el año 2015” (62). La mayor demanda de empleo, “se relaciona con actividades de: comercio, hoteles y restaurantes (34.1%), la rama de actividad de menor participación fue la financiera (1.5%)” (63).

De acuerdo a datos del DANE (63), para el año 2015, en la Ciudad de Pasto se mantuvo el porcentaje de desempleo con 18 mil personas. El comportamiento de la tasa de desempleo por sexo, entre el año 2007-2015, mostro que fue mayor en mujeres que en hombres, con una variación en el año 2008, que fue mayor para los hombres. A partir del 2009, las tasas de desempleo disminuyeron para ambos sexos.

En el Plan de Desarrollo Municipal (2016-2019) (62), manifiesta la preocupación de las barreras socioeconómicas que visibilizan las condiciones de desigualdad, afectando principalmente al genero femenino. Gran porcentaje de la población femenina, no cuenta un

ingreso económico adecuado. En este plan de desarrollo, se mencionan aspectos relevantes, en la búsqueda de mejorar la calidad de vida. Para ello, se reconocen elementos indispensables como el incremento de ingresos económicos y optimización de la inversión social.

Respecto a la caracterización de discapacidad en la Ciudad de Pasto y teniendo en cuenta datos del DANE en el 2015 (63), el total de la población con discapacidad corresponde a 9093 personas; la categoría de la discapacidad más frecuente se relaciona con la movilidad (526 personas, 5,8%; el mayor porcentaje de las PcD, se encuentran en la zona urbana (87,4%). En esta línea, La Política Pública de Discapacidad en Nariño (64), menciona que existe una relación directa entre la prevalencia de la discapacidad y los ciclos de vida; mientras 10.8 de cada 1.000 personas de cero a 4 años presentan alguna discapacidad, en las personas mayores de 80 años, la tasa de prevalencia incrementa a 255,6 por cada 1.000 personas.

8 OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES

8.1 VARIABLES ASOCIADAS A LOS DETERMINANTES SOCIALES DE LA SALUD ESTRUCTURALES E INTERMEDIOS.

Tabla 1 Operacionalización de variables DSS

Variable	Valor	Descripción	Índice
Edad	20 años en adelante	Tiempo que una persona ha vivido desde su nacimiento a la fecha de la evaluación.	Años
Sexo	Femenino Masculino	Condición de ser hombre o mujer, determinado por características biológicas: anatómicas, y fisiológicas.	0. Masculino 1. Femenino
Estrato	Estrato 1,2 y 3 (bajo) Estrato 4 (medio) Estrato 5 y 6 (alto)	Estratificación socioeconómica, que se refiere a la clasificación del inmueble residencial.	1. Bajo - Bajo 2. Bajo 3. Medio bajo 4. Medio 5. Medio- Alto 6. Alto
Estado civil	Soltero Casado Divorciado Viudo Unión libre	El estado civil de una persona es su situación jurídica en la familia y la sociedad, determina su capacidad para ejercer ciertos derechos y contraer ciertas obligaciones, es indivisible, indisponible e imprescriptible, y su asignación corresponde a la ley (Decreto 1260 de 1970, Artículo 1, Ministerio de Justicia – Colombia)	1. Soltero 2. Casado 3. Divorciado 4. Viudo 5. Unión libre
Etnia	Negro Raizal Palenquero Gitano Indígena Mestizo	Conjunto de personas, que tienen en común: la cultura, idioma, arte o vestimenta.	1. Negro 2. Raizal 3. Palenquero 4. Gitano 5. Indígena 6. Mestizo
Área de residencia	Urbana Rural	El área urbana se caracteriza por tener mayor densidad de población.	1. Urbana 2. Rural

		Al contrario, el área rural, se caracteriza por tener comunidades muy pequeñas.	
Nivel educativo	<p>Ninguno</p> <p>Preescolar incompleto</p> <p>Preescolar completo</p> <p>Básica primaria completo</p> <p>Básica primaria incompleto</p> <p>Básica secundaria completo</p> <p>Básica secundaria incompleto</p> <p>Técnico o tecnológico completo</p> <p>Técnico o tecnológico incompleto</p> <p>Universitario sin título</p> <p>Universitario con título</p> <p>Postgrado incompleto</p> <p>Postgrado completo</p>	<p>Se consideran niveles educativos, a las grandes etapas que se involucran en el proceso de formación. Se ejecutan de forma ordenada y secuencial.</p>	<p>0. Ninguno</p> <p>1. Preescolar incompleto</p> <p>2. Preescolar completo</p> <p>3. Básica primaria incompleta</p> <p>4. Básica primaria completa</p> <p>5. Básica secundaria incompleta</p> <p>6. Básica secundaria completa</p> <p>7. Técnico completo</p> <p>8. Técnico incompleto</p> <p>9. Universitario sin título</p> <p>10. Universitario con título</p> <p>11. Postgrado incompleto</p> <p>12. Postgrado completo</p>
Afiliación a seguridad social en salud	<p>Si</p> <p>No</p>	<p>El Sistema de Seguridad Social en Salud (SGSSS) es la forma como el Estado Colombiano brinda un seguro que cubre los gastos de salud a los habitantes del territorio nacional, colombianos o extranjeros. (Ministerio de la Protección Social)</p>	<p>1. Si</p> <p>2. No</p>
Tipo de afiliación	<p>Subsidiado</p> <p>Contributivo</p> <p>Pobre no afiliado</p> <p>No sabe</p>	<p>La afiliación es el proceso por el cual la persona pasa hacer parte de una institución y gozará como tal de derechos y también asumirá obligaciones.</p>	<p>1. Subsidiado</p> <p>2. Contributivo</p> <p>3. Pobre no afiliado</p> <p>4. No sabe</p>
Ingreso mensual promedio	<p>Ingresos mensuales</p>	<p>Ingresos económicos con los que cuenta una familia. Incluye el</p>	<p>Sin ingreso. Salario.</p>

		salario de todos aquellos que son miembros de la misma, quienes trabajan y que por ello, reciben un ingreso.	
Pensión por discapacidad	Si No	Ingreso económico, cuando una persona ve reducida o anulada su capacidad para desempeñar un rol laboral, como consecuencia de una discapacidad.	1. Si 2. No
Tipo de contrato laboral	Termino fijo Término indefinido Sin contrato Otro	Mecanismo para vincular un trabajador a una empresa.	1. Termino fijo 2. Termino indefinido 3. Sin contrato 4. Otro
Actividad previa a la discapacidad	Sin actividad Trabajando Buscando trabajo Estudiando Oficios del hogar Jubilado o pensionado Otro	Consiste en la ejecución de ciertas operaciones o tareas, antes de experimentar una discapacidad.	0. Sin actividad 1. Trabajando 2. Sin empleo 3. Estudio 4. Hogar 5. Jubilado o pensionado 6. Otro
Tipo de vivienda	Casa Apartamento Cuarto Institución publica Institución privada Otro tipo de vivienda	Se refiere a una edificación destinada para ser habitada.	1. Casa 2. Apartamento 3. Cuarto 4. Institución publica 5. Institución privada 6. Otro
Condición de vivienda	Arrendada Pagando propia Propia pagada Otra	Se relaciona con propiedades destinadas a vivienda y que son propiedad de alguien.	1. Arrendada 2. Pagando propia 3. Propia pagada 4. Otra
Con quien vive actualmente	Solo Pareja Papa Mama Familiares Amigos	Personas que habitan en un hogar determinado, quienes tienen algún tipo de parentesco entre ellas.	1. Solo 2. Pareja 3. Papa 4. Mama 5. Familiares 6. Amigos

	Otro		7. Otro
Recibe servicios de rehabilitación	Si No	La rehabilitación es un servicio de salud, que se fundamenta en técnicas y métodos, que pueden ser utilizados o no, por una persona.	1. Si 2. No
Tipo de rehabilitación	Psiquiatría Fisioterapia Fonoaudiología Terapia Ocupacional Optometría Psicología Trabajo social Medicamentos permanentes Otro	Programas que ofrece un mismo tipo de servicio.	1. Psiquiatría 2. Fisioterapia 3. Fonoaudiología 4. Ter. Ocupacional 5. Optometría 6. Psicología 7. Trabajo social 8. Medicamentos 9. Otro
Porque no recibe rehabilitación	Ya finalizo Cree no necesitar No le gusta Falta de dinero Lejanía No hay quien lo lleve No sabe Sin dato	Persona que por cualquier circunstancia, no asiste al servicio de rehabilitación.	1. Ya finalizo 2. Cree no necesitar 3. No le gusta 4. Falta dinero 5. Lejanía 6. No hay quien lo lleve 7. No sabe 8. Sin dato
A qué factores atribuye la recuperación	Salud y servicios recibidos Apoyo familiar Empeño A Dios Medicina alternativa Otro	Percepciones personales, que atribuye una persona en su proceso de recuperación.	1. Salud y servicios 2. Apoyo familiar 3. Empeño 4. Dios 5. Medicina alternativa 6. Otro
Quien paga la rehabilitación	SGSS Familia Personalmente ONG Empleado Otro	Múltiples opciones de pago para acceder al servicio de rehabilitación.	1. SGSS 2. Familia 3. Personalmente 4. ONG 5. Empleado 6. Otro

Tiempo de rehabilitación	Años	Tiempo que asisten las personas al servicio de salud.	Años
Tiempo de evolución del diagnóstico de ECV.	Mayor a 6 meses	Tiempo que ha transcurrido una ECV, en la persona que la experimenta.	Meses y/o años

8.2 VARIABLES ASOCIADAS A LA EVALUACIÓN DE LAS LIMITACIONES EN LA ACTIVIDAD Y RESTRICCIONES EN LA PARTICIPACIÓN- HERRAMIENTA VVAP-ECV.

Tabla 2 Operacionalización de variables: Actividad y participación.

Variable	Valor	Descripción	U. Medida
Aprendizaje y aplicación del conocimiento			
Mirar	No hay problema	Mirar y apreciar estímulos visuales, como ver un acontecimiento deportivo.	(0) 0 a 4 %
	Problema leve		(1) 5-24%
	Problema moderado		(2) 25-49%
	Problema grave		(3) 50-95%
	Problema completo		(4) 96-100%
Escuchar	No hay problema	Escuchar, y poder apreciar estímulos auditivos, como escuchar la radio o música.	(0) 0 a 4 %
	Problema leve		(1) 5-24%
	Problema moderado		(2) 25-49%
	Problema grave		(3) 50-95%
	Problema completo		(4) 96-100%
Otras experiencias sensoriales	No hay problema	Usar intencionadamente otros sentidos del cuerpo para apreciar estímulos, como tocar y sentir texturas, saborear dulces u oler flores.	(0) 0 a 4 %
	Problema leve		(1) 5-24%
	Problema moderado		(2) 25-49%
	Problema grave		(3) 50-95%
	Problema completo		(4) 96-100%
Copiar	No hay problema	Imitar o hacer mímica, como copiar un gesto, un sonido.	(0) 0 a 4 %
	Problema leve		(1) 5-24%
	Problema moderado		(2) 25-49%
	Problema grave		(3) 50-95%
	Problema completo		(4) 96-100%

Adquisición de habilidades	No hay problema Problema leve Problema moderado Problema grave Problema completo	Usar sus capacidades y ejecutar acciones, para iniciar y completar una habilidad, como manipular herramientas, o jugar juegos como el ajedrez.	(0) 0 a 4 % (1) 5-24% (2) 25-49% (3) 50-95% (4) 96-100%
Centrar la atención	No hay problema Problema leve Problema moderado Problema grave Problema completo	Mantener la atención en una actividad específica, por ejemplo, dejar pasar por alto sonidos que provoquen distracción, mientras está leyendo.	(0) 0 a 4 % (1) 5-24% (2) 25-49% (3) 50-95% (4) 96-100%
Pensar	No hay problema Problema leve Problema moderado Problema grave Problema completo	Formar o crear ideas, conceptos e imágenes, que van orientadas a alcanzar metas o no, tales como: meditar, reflexionar.	(0) 0 a 4 % (1) 5-24% (2) 25-49% (3) 50-95% (4) 96-100%
Leer	No hay problema Problema leve Problema moderado Problema grave Problema completo	Comprender e interpretar el lenguaje escrito, por ejemplo leer libros, instrucciones, periódicos, (en lenguaje convencional o en Braille).	(0) 0 a 4 % (1) 5-24% (2) 25-49% (3) 50-95% (4) 96-100%
Escribir	No hay problema Problema leve Problema moderado Problema grave Problema completo	Usar o producir símbolos o lenguaje que permitan transmitir información, como escribir una relación de hechos, o hacer un borrador de una carta.	(0) 0 a 4 % (1) 5-24% (2) 25-49% (3) 50-95% (4) 96-100%
Calcular	No hay problema Problema leve Problema moderado Problema grave Problema completo	Resolver cálculos matemáticos y exponer los resultados, tales como: calcular la suma de tres números, o hallar el resultado de dividir un número entre otro.	(0) 0 a 4 % (1) 5-24% (2) 25-49% (3) 50-95% (4) 96-100%
Participación	No hay problema Problema leve Problema moderado Problema grave Problema completo	¿Qué tanto estas dificultades han afectado su vida?	(0) 0 a 4 % (1) 5-24% (2) 25-49% (3) 50-95% (4) 96-100%
Tareas y demandas generales			
Llevar a cabo una única tarea	No hay problema Problema leve	Llevar a cabo acciones sencillas o complejas y coordinadas, involucrando	(0) 0 a 4 % (1) 5-24%

	Problema moderado Problema grave Problema completo	capacidades mentales y físicas requeridas en una tarea, como iniciar una actividad, organizar el tiempo, espacio y materiales para realizarla, llevarla a cabo, mantenerla en marcha o completarla.	(2) 25-49% (3) 50-95% (4) 96-100%
Llevar a cabo múltiples tareas	No hay problema Problema leve Problema moderado Problema grave Problema completo	Llevar a cabo acciones coordinadas sencillas o complejas, requeridas en la ejecución de tareas múltiples, que se pueden ejecutar en secuencia, o de forma simultánea.	(0) 0 a 4 % (1) 5-24% (2) 25-49% (3) 50-95% (4) 96-100%
Llevar a cabo rutinas diarias	No hay problema Problema leve Problema moderado Problema grave Problema completo	Llevar a cabo, acciones coordinadas simples o complejas para planear, dirigir y completar los requerimientos de tareas diarias, por ejemplo llevar la economía doméstica y hacer planes para distintas actividades a lo largo del día.	(0) 0 a 4 % (1) 5-24% (2) 25-49% (3) 50-95% (4) 96-100%
Participación	No hay problema Problema leve Problema moderado Problema grave Problema completo	¿Qué tanto estas dificultades han afectado su vida?	(0) 0 a 4 % (1) 5-24% (2) 25-49% (3) 50-95% (4) 96-100%
Comunicación			
Comunicación – recepción de mensajes hablados (a310)	No hay problema Problema leve Problema moderado Problema grave Problema completo	Comprender y comunicar el significado de frases, utilizando el lenguaje oral.	(0) 0 a 4 % (1) 5-24% (2) 25-49% (3) 50-95% (4) 96-100%
Comunicación – recepción de mensajes no verbales	No hay problema Problema leve Problema moderado Problema grave Problema completo	Comprender el significado de mensajes expresados a través de gestos como darse cuenta de que una niña está cansada, de símbolos como comprender el significado de señales de tránsito.	(0) 0 a 4 % (1) 5-24% (2) 25-49% (3) 50-95% (4) 96-100%
Comunicación – recepción de mensajes en lenguaje de	No hay problema Problema leve Problema moderado Problema grave	Recibir y comprender mensajes en lenguaje de signos convencionales, por ejemplo comprender el mensaje de las señales de tránsito.	(0) 0 a 4 % (1) 5-24% (2) 25-49% (3) 50-95%

signos convencional	Problema completo		(4) 96-100%
Comunicación – recepción de mensajes escritos	No hay problema Problema leve Problema moderado Problema grave Problema completo	Comprender y comunicar los mensajes expresados en lenguaje escrito (incluido Braille), como entender el mensaje de un texto religioso o acontecimientos políticos en el periódico.	(0) 0 a 4 % (1) 5-24% (2) 25-49% (3) 50-95% (4) 96-100%
Hablar	No hay problema Problema leve Problema moderado Problema grave Problema completo	Producir palabras, frases y discursos mediante el lenguaje hablado, como expresar un hecho o contar una historia.	(0) 0 a 4 % (1) 5-24% (2) 25-49% (3) 50-95% (4) 96-100%
Mensajes escritos	No hay problema Problema leve Problema moderado Problema grave Problema completo	Expresarse mediante el lenguaje escrito, como escribir una carta a un familiar.	(0) 0 a 4 % (1) 5-24% (2) 25-49% (3) 50-95% (4) 96-100%
Conversación	No hay problema Problema leve Problema moderado Problema grave Problema completo	Iniciar, mantener y finalizar un dialogo, llevado a cabo a través del lenguaje hablado, escrito, de signos u otras formas de lenguaje, con una o más personas conocidas, o extraños.	(0) 0 a 4 % (1) 5-24% (2) 25-49% (3) 50-95% (4) 96-100%
Discusión	No hay problema Problema leve Problema moderado Problema grave Problema completo	Iniciar, mantener y finalizar una disputa mediante el lenguaje hablado, escrito, de signos u otras formas de lenguaje, con una o más personas conocidas o extraños.	(0) 0 a 4 % (1) 5-24% (2) 25-49% (3) 50-95% (4) 96-100%
Utilización de dispositivos y técnicas de comunicación	No hay problema Problema leve Problema moderado Problema grave Problema completo	Usar dispositivos, técnicas, y otros medios con el propósito de comunicarse, por ejemplo cuando se llama a un amigo por teléfono.	(0) 0 a 4 % (1) 5-24% (2) 25-49% (3) 50-95% (4) 96-100%
Participación	No hay problema Problema leve Problema moderado Problema grave	¿Qué tanto estas dificultades han afectado su vida?	(0) 0 a 4 % (1) 5-24% (2) 25-49% (3) 50-95%

	Problema completo		(4) 96-100%
Movilidad			
Cambiar las posturas corporales básicas	No hay problema Problema leve Problema moderado Problema grave Problema completo	Adoptar o abandonar una postura, pasar de un lugar a otro, como levantarse de una silla para tumbarse en una cama, y adoptar o abandonar posiciones determinadas, como arrodillarse o sentarse en cuclillas.	(0) 0 a 4 % (1) 5-24% (2) 25-49% (3) 50-95% (4) 96-100%
Mantener la posición del cuerpo	No hay problema Problema leve Problema moderado Problema grave Problema completo	Mantener el cuerpo en la misma posición durante el tiempo necesario, como permanecer sentado o de pie en el trabajo o en el colegio.	(0) 0 a 4 % (1) 5-24% (2) 25-49% (3) 50-95% (4) 96-100%
Transferir el propio cuerpo	No hay problema Problema leve Problema moderado Problema grave Problema completo	Moverse de una superficie a otra, como deslizarse a lo largo de un banco o pasar de estar sentado en la cama a sentarse en una silla, sin cambiar la posición del cuerpo.	(0) 0 a 4 % (1) 5-24% (2) 25-49% (3) 50-95% (4) 96-100%
Levantar y llevar objetos	No hay problema Problema leve Problema moderado Problema grave Problema completo	Levantar un objeto o llevar algo de un sitio a otro, como ocurre al levantar una taza o al llevar a un niño de una habitación a otra.	(0) 0 a 4 % (1) 5-24% (2) 25-49% (3) 50-95% (4) 96-100%
Mover objetos con las extremidades inferiores	No hay problema Problema leve Problema moderado Problema grave Problema completo	Realizar las acciones coordinadas precisas para mover un objeto utilizando las piernas y los pies, como ocurre al dar patadas/patear a un balón y al pedalear en una bicicleta.	(0) 0 a 4 % (1) 5-24% (2) 25-49% (3) 50-95% (4) 96-100%
Uso fino de la mano	No hay problema Problema leve Problema moderado Problema grave Problema completo	Realizar acciones coordinadas relacionadas con manejar, recoger, manipular y soltar objetos, por ejemplo: para coger monedas de una mesa, girar el botón para subir y bajar el volumen de un radio, o girar la chapa de una puerta.	(0) 0 a 4 % (1) 5-24% (2) 25-49% (3) 50-95% (4) 96-100%
Uso de la mano y el brazo	No hay problema Problema leve Problema moderado Problema grave	Realizar acciones coordinadas para manipular y mover objetos utilizando las manos y los brazos, por ejemplo: al girar la perilla de una puerta, o lanzar o	(0) 0 a 4 % (1) 5-24% (2) 25-49% (3) 50-95%

	Problema completo	atrapar un objeto en movimiento.	(4) 96-100%
Andar	No hay problema Problema leve Problema moderado Problema grave Problema completo	Caminar sobre una superficie a pie, distancias cortas o largas, como: pasear, deambular, caminar hacia adelante, hacia atrás o de lado.	(0) 0 a 4 % (1) 5-24% (2) 25-49% (3) 50-95% (4) 96-100%
Desplazarse por el entorno	No hay problema Problema leve Problema moderado Problema grave Problema completo	Mover todo el cuerpo de un sitio a otro siempre que no sea andando, como correr por una calle, brincar, corretear, saltar, dar vueltas, o correr esquivando obstáculos.	(0) 0 a 4 % (1) 5-24% (2) 25-49% (3) 50-95% (4) 96-100%
Desplazarse por distintos lugares	No hay problema Problema leve Problema moderado Problema grave Problema completo	Andar y moverse por varios lugares y situaciones, como andar por las habitaciones de una casa, dentro de un edificio o por la calle de una ciudad.	(0) 0 a 4 % (1) 5-24% (2) 25-49% (3) 50-95% (4) 96-100%
Desplazarse utilizando algún tipo de equipamiento	No hay problema Problema leve Problema moderado Problema grave Problema completo	Desplazarse de un lugar a otro, utilizando dispositivos específicos por ejemplo: moverse por una calle utilizando silla de ruedas, o un andador.	(0) 0 a 4 % (1) 5-24% (2) 25-49% (3) 50-95% (4) 96-100%
Utilización de medios de transporte	No hay problema Problema leve Problema moderado Problema grave Problema completo	Utilizar medios de transporte para desplazarse como pasajero, por ejemplo: hacer uso de bus, taxi, o moto.	(0) 0 a 4 % (1) 5-24% (2) 25-49% (3) 50-95% (4) 96-100%
Conducción	No hay problema Problema leve Problema moderado Problema grave Problema completo	Conducir un medio de transporte como un vehículo, una bicicleta, o montar animales.	(0) 0 a 4 % (1) 5-24% (2) 25-49% (3) 50-95% (4) 96-100%
Participación	No hay problema Problema leve Problema moderado Problema grave Problema completo	¿Que tanto estas dificultades han afectado su vida?	(5) 0 a 4 % (6) 5-24% (7) 25-49% (8) 50-95% (9) 96-100%

Autocuidado			
Lavarse	No hay problema Problema leve Problema moderado Problema grave Problema completo	Lavarse y secarse todo el cuerpo, o partes del cuerpo, utilizando agua y materiales apropiados de lavado y secado, como: bañarse, lavarse las manos, la cara, y secarse con una toalla.	(0) 0 a 4 % (1) 5-24% (2) 25-49% (3) 50-95% (4) 96-100%
Cuidado partes del cuerpo	No hay problema Problema leve Problema moderado Problema grave Problema completo	Cuidado de partes del cuerpo, como por ejemplo la piel, la cara, los dientes, el cuero cabelludo, las uñas y genitales, que requieren un nivel de cuidado mayor que el mero hecho de lavarse y secarse.	(0) 0 a 4 % (1) 5-24% (2) 25-49% (3) 50-95% (4) 96-100%
Higiene personal relacionado con los procesos de excreción	No hay problema Problema leve Problema moderado Problema grave Problema completo	La planificación y realización de la eliminación de desechos humanos (flujo menstrual, orina y heces), y la propia limpieza posterior.	(0) 0 a 4 % (1) 5-24% (2) 25-49% (3) 50-95% (4) 96-100%
Vestirse	No hay problema Problema leve Problema moderado Problema grave Problema completo	Llevar a cabo las acciones coordinadas para ponerse y quitarse ropa, y el calzado, en el orden correcto, eligiendo la ropa adecuada, por ejemplo: ponerse, abrocharse y quitarse camisas, faldas, blusas, pantalones, ropa interior, medias, y zapatos.	(0) 0 a 4 % (1) 5-24% (2) 25-49% (3) 50-95% (4) 96-100%
Comer	No hay problema Problema leve Problema moderado Problema grave Problema completo	Llevar a cabo las tareas y acciones coordinadas relacionadas con comer los alimentos servidos, llevarlos a la boca y consumirlos, cortar en trozos, abrir botellas y latas, usar cubiertos, reunirse para comer, en banquetes o cenas.	(0) 0 a 4 % (1) 5-24% (2) 25-49% (3) 50-95% (4) 96-100%
Beber	No hay problema Problema leve Problema moderado Problema grave Problema completo	Sujetar el vaso, llevarlo a la boca y tomar un líquido de manera adecuada. Mezclar, revolver y servir líquidos para beber, abrir botellas y latas, tomar un líquido con un pitillo.	(0) 0 a 4 % (1) 5-24% (2) 25-49% (3) 50-95% (4) 96-100%

Cuidado de la propia salud	No hay problema Problema leve Problema moderado Problema grave Problema completo	Asegurar la salud y el bienestar físico y mental, por ejemplo: manteniendo una dieta equilibrada, realizando actividad física, evitando daños para la salud, adoptando prácticas sexuales seguras, y realizando chequeos médicos de forma regular.	(0) 0 a 4 % (1) 5-24% (2) 25-49% (3) 50-95% (4) 96-100%
Participación	No hay problema Problema leve Problema moderado Problema grave Problema completo	¿Qué tanto estas dificultades han afectado su vida?	(0) 0 a 4 % (1) 5-24% (2) 25-49% (3) 50-95% (4) 96-100%

9 METODOLOGÍA

9.1 TIPO DE ESTUDIO

El estudio que se desarrolló se adhiere al un enfoque empírico-analítico de tipo descriptivo, con una fase correlacional. Hernández (65) señala que este tipo de estudio, pretende conocer el grado de asociación entre dos o más variables, sin pretender dar una explicación completa establecer de causa- efecto del fenómeno investigado. Este se expresa mediante un coeficiente de correlación, que permite determinar hasta qué las alteraciones en una variable, dependen de las alteraciones de otra.

Sobre la base de las consideraciones del autor, primero se debe medir cada una de ellas, aspecto que se evidencia en los objetivos específicos y a partir de los resultados obtenidos, se analizan y establecen las correlaciones entre las mismas. En este sentido, se pretende medir la asociación entre los DSS y la limitación en la actividad y restricción en la participación, de las personas con ECV, en la Ciudad de San Juan de Pasto.

Según el periodo y secuencia del estudio, se enmarca en una investigación transversal que como lo plantean Pineda y Alvarado (66), se trata de medir las variables en un momento específico y de forma simultánea. Con relación a lo anterior, los instrumentos se aplicaron simultáneamente a las personas quienes participaran de la investigación, en un tiempo determinado.

10 ENFOQUE DE INVESTIGACIÓN:

La investigación que aquí se propone, se enmarcó en un enfoque cuantitativo. De acuerdo con Hernández (65), en primer lugar, este enfoque permite medir variables en un contexto determinado. Es así que las variables que se midieron, se enmarcaron en la discapacidad, en concreto, desde el componente de actividad y participación y los DSS en personas con ECV en la ciudad de San Juan de Pasto, las cuales se analizaron y midieron, utilizando métodos estadísticos. En segundo lugar, en el enfoque seleccionado, se propuso hipótesis derivadas de los antecedentes y de la teoría, en consecuencia se plantean dos; la primera que hace mención a la hipótesis de trabajo y se establece así: existe relación entre los Determinantes Sociales de la Salud y la limitación en la actividad y restricción en la participación, en personas con ECV y la segunda, se refiere a la hipótesis nula, que señala que no existe relación entre los DSS y la limitación en la actividad y restricción en la participación, en personas con ECV.

10.1 POBLACIÓN, MUESTREO Y MUESTRA:

Estará comprendida por personas con ECV de la ciudad de San Juan de Pasto. El tipo de muestreo seleccionado es no probabilístico (65), por tanto, es decisión e interés del investigador seleccionar las características de la muestra según el objeto del estudio.

El cálculo del tamaño 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 80% y una correlación lineal esperada de 0,3 considerada por Mukaka en el año 2012 (67), como aceptable para este tipo de estudio. De acuerdo a la siguiente fórmula, la muestra requerida es de 94 personas con ECV de la Ciudad de San Juan de Pasto.

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

Estimadores	Valores
Nivel de confianza (Z Alfa): 95%	1,96
Poder estadístico (Z Beta):80%	0,842
Correlación lineal esperada ®	0,30
Tamaño de la muestra (n)	85
Porcentaje de pérdida (L)	0,10
Muestra ajustada a la perdida (n')	94

Con relación a este referente, se establecen los siguientes criterios de inclusión y exclusión.

Criterios de inclusión: Personas con ECV de al menos seis meses de evolución de la condición de salud, sin déficit cognitivo y de lenguaje, que le impidan responder los cuestionarios seleccionados. Además, quienes por voluntad propia diligencien el consentimiento informado, quieran hacer parte del estudio (Anexo 2: Consentimiento informado).

Criterios de exclusión. Personas con una condición de salud adicional que puedan explicar su discapacidad y quienes se encuentren en fase aguda.

Es importante mencionar que los criterios anteriormente mencionados fueron verificados por el investigador y esta verificación se realizó de acuerdo a la revisión de la historia clínica, corroborados en la interacción directa con los sujetos.

10.2 TÉCNICAS E INSTRUMENTOS:

a) Para dar cumplimiento al primer objetivo específico, se seleccionó el instrumento de recolección de información sobre DSS. Este instrumento fue utilizado en un estudio previo del Grupo de Investigación Cuerpo Movimiento denominado “Determinantes

sociales de la salud predictores del grado de discapacidad en personas mayores de 18 años- Estudio Multicéntrico”. En el instrumento se incluyen los DSS intermedios y estructurales, ligados a la propuesta de la OMS (anexo 3: Instrumento de recolección de información Determinantes Sociales de la Salud).

b) Para el segundo objetivo específico, se utilizó la “Herramienta para evaluar actividad y participación en personas con ECV (VVAPECV)” (anexo 4: Herramienta para evaluar actividad y participación en personas con Enfermedad Cerebro Vascular (VVAP ECV) y anexo 5: Instructivo: Herramienta para evaluar actividad y participación en personas con Enfermedad Cerebro Vascular VVAP- ECV).

10.3 PROCEDIMIENTO

- a. Socialización anteproyecto, para contar con el aval de la Universidad Autónoma de Manizales.
- b. Entrega proyecto de investigación, que permita contar con el aval del asesor de investigación de la Universidad Autónoma de Manizales.
- c. Entrega proyecto de investigación a pares evaluadores.
- d. Aprobación por el comité de Bioética de la Universidad Autónoma de Manizales, según consta en el acta No 073 de 8 de noviembre de 2017.
- e. Entrega de cartas de solicitud a EPS, Hospitales y escenarios de rehabilitación, para contar con el Aval de las mismas y acceder a la población objeto de estudio.
- f. Reclutamiento de los participantes del estudio, según la muestra calculada.
- g. Diligenciamiento y firma de consentimiento informado.
- h. Aplicación herramienta de evaluación VVAPECV e instrumento de DSS.
- i. Vaciado de información y análisis de los datos cuantitativos.
- j. Análisis de resultados.

- k. Discusión de resultados.
- l. Elaboración del informe final.
- m. Socialización de resultados
- n. Elaboración artículo resultado de investigación.

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

- a. Aplicación del instrumento de DSS, aproximadamente 20 minutos
- b. Aplicación de la herramienta de evaluación VVAPECV, aproximadamente 20 minutos.

10.4 ANÁLISIS ESTADÍSTICO:

El análisis estadístico se realizó en el programa SPSS versión 23.0 (*Statistical Package for the Social Science*), licenciado por la Universidad Autónoma de Manizales.

Los resultados se analizaron en tres momentos:

- a. Caracterización de la muestra: se realizó análisis univariado de: a) los determinantes sociales de la salud estructurales e intermedios y b) las limitaciones en la actividad y restricciones en la participación de las personas con ECV.
- b. Análisis de relaciones bivariadas entre DSS estructurales e intermedios y limitaciones en la actividad/restricciones en la participación. Coeficientes de correlación de Pearson o Spearman, según el comportamiento de la variable. Previamente se realizaron pruebas de normalidad con Kolmogorov-Smirnov, para variables cuantitativas. Para todos los casos se aceptará significancia estadística cuando el pValor sea menor o igual a 0,05, con valores de coeficiente iguales o mayores a 0,3.

11 RESULTADOS

A continuación se dan a conocer los resultados del estudio los cuales se adhieren a los objetivos planteados. Inicialmente se muestran los análisis univariados con relación a los DSS estructurales e intermedios y la limitación en la actividad - restricción en la participación, de las personas con ECV en la Ciudad de San Juan de Pasto.

A partir del análisis univariado se realizó el análisis bivariado, a través del cruce de variables entre los DSS, la limitación en la actividad y restricción en la participación. De esta manera, se da cumplimiento al tercer objetivo específico.

11.1 CARACTERIZACIÓN DE DETERMINANTES SOCIALES DE LA SALUD ESTRUCTURALES.

Como se aprecia en la tabla 4, la gran mayoría de las personas que participaron en el estudio (98 en total), corresponden al sexo masculino y a la etnia mestiza. El mayor porcentaje de la población, están casados. La zona urbana fue el área de residencia predominante y en cuanto al nivel de escolaridad, se destaca que los mayores porcentajes corresponden a primaria y preescolar incompletas (27% y 17% respectivamente). 55% de la población vive en el estrato 2. Como se observa en la tabla 4, ninguna de las variables de estudio superó el supuesto de normalidad ($p > 0,05$) razón por la cual en los sucesivos se utilizará estadística no paramétrica.

Tabla 3 Determinantes sociales de la salud estructurales - Características sociodemográficas de la muestra, variables cualitativas.

Variable		N	Porcentaje %
Sexo	Masculino	53	54
	Femenino	45	46
Etnia	Mestizo	94	96
	Negro	3	3
	Indígena	1	1
Estado civil	Casado	36	38
	Soltero	28	28
	Viudo	22	22

	Unión Libre	9	9
	Divorciado	3	3
Área de residencia	Urbano	93	95
	Rural	5	5
Nivel educativo	Ninguno	11	12
	Preescolar incompleto	17	17
	Primaria incompleta	26	27
	Primaria completa	16	16
	Secundaria incompleta	8	8
	Secundaria completa	1	1
	Técnico/Tecnológico	4	4
	Universitario sin título	1	1
	Universitario con título	10	10
	Postgrado completo	4	4
Estrato	1	25	25
	2	56	55
	3	20	19
	4	2	1

Fuente: elaboración del autor a partir de los datos de la investigación

En la tabla 5 se observa que la edad promedio fue 65,9 años con un mínimo de 33 y un máximo de 89 años, en la residencia en la que actualmente viven, en promedio conviven con 10 personas (algunos de ellos viven en residencias compartidas con otras personas). El tiempo de evolución del diagnóstico vario entre 6 meses y 10 años, con una desviación estándar de 1.52, lo que significa que el tiempo de la ECV, tuvo alta variación entre los sujetos. La media del tiempo que las personas llevan en procesos de rehabilitación es de 1,9 años.

Tabla 4 Características sociodemográficas de la muestra, variables cuantitativas y pruebas de normalidad para una muestra.

Variable	N	Mínimo	Máximo	Media	DE	K-S (Z)	Sig.
Edad (años)	98	33	89	65,9	13,15	1	0,00
Tiempo en rehabilitación (años)	64	0	10	1,8	2	0,5	0,00

Tiempo evolución diagnóstico (años)	98	0.6	10	1.90	1.52	0,26	0,00
Número de personas con las que vive	98	0	45	10,02	16,17	0,8	0,00

Fuente: elaboración del autor a partir de los datos de la investigación

11.2 CARACTERIZACIÓN DE DETERMINANTES SOCIALES DE LA SALUD INTERMEDIOS.

En la tabla 5 se identifica que el mayor porcentaje de la población estaba afiliada al Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS) correspondiendo mayoritariamente (63%) al régimen subsidiado.

Tabla 5 Determinantes Sociales de la Salud Intermedios. Afiliación SGSSS

Variable		N	Porcentaje%
Afiliación al SGSSS	Si	96	98
	No	2	2
Tipo de afiliación a seguridad social en salud	Subsidiado	62	63
	Contributivo	34	35
	Pobre no afiliado	1	1
	No sabe	1	1

Fuente: elaboración del autor a partir de los datos de la investigación

En la tabla 7, se aprecia que tan solo el 36% de la población se encontraba desempeñando actividades laborales previas a la ECV. El 51% de los participantes no cuentan con ingresos, los ingresos del 30% de la población se encuentran entre 90.000 a 500.000. Un gran porcentaje (93%) de las personas, no cuentan con una pensión por discapacidad. Sólo el 15% de personas se encuentran trabajando y de ellos, el 54% lo hacen sin un contrato laboral.

Tabla 6 Determinantes Sociales de la Salud Intermedios. Condiciones materiales del trabajo

Variable		N	Porcentaje%
Actividad realizada antes de la discapacidad	Trabajo	35	36
	Jubilado o pensionado	20	20
	Sin actividad	18	19
	Hogar	15	15
	Sin empleo	7	7
	Otro	3	3
Ingreso mensual	90.000 a 500.000	30	30%
	500.100 a 1.000.000	5	5%
	1.000.100 a 2.000.000	10	11%
	2.000.100 y mas	3	3%
	No devengan salario	50	51%
Pensión discapacidad	Si	7	7%
	No	91	93%
Se encuentra trabajando	Si	15	15
	No	83	85
Tipo de contrato (de quienes se encuentran trabajando n=15)	Sin contrato	8	54
	A término fijo	2	13
	Otro	5	33

Fuente: elaboración del autor a partir de los datos de la investigación

Respecto a las condiciones de vivienda, en la tabla 8 se destaca que el 74%, habita en una casa y el 17%, en instituciones privadas. La vivienda en un mayor porcentaje es propia pagada (47%). El 57% de los participantes viven con familiares.

Tabla 7 Determinantes Sociales de la Salud Intermedios. Condiciones de vivienda

Variable		N	Porcentaje%
Tipo de vivienda	Casa	72	74
	Institución privada	17	17
	Apartamento	7	7
	Cuarto	1	1
	Institución pública	1	1
Condición de vivienda	Propia pagada	46	47
	Otra	21	22
	Pagando propia	16	16
	Arrendada	15	15

Con quien vive	Solo	3	3
	Pareja	21	21
	Familiares	56	57
	Otros (adulto mayor)	18	19

Fuente: elaboración del autor a partir de los datos de la investigación

En cuanto a servicios de rehabilitación (tabla 9), se encontró que el 65% de las personas reciben alguno de ellos. Entre los servicios que más reciben se encuentran fisioterapia y terapia ocupacional. En el 88% de los casos los gastos económicos correspondientes a la prestación de estos servicios son asumidos directamente por el SGSSS. Frente a los factores que atribuye la recuperación, se identifica que la mayor parte de la población, considera se atribuye a los servicios de salud con un (78%). De la población que no se encontraba en el momento recibiendo servicios de rehabilitación, el 42% refieren que ya finalizaron y el 29% considera que no los necesita.

Tabla 8 Determinantes Sociales de la Salud Intermedios. Servicios de rehabilitación

Variable		N	Porcentaje%
Recibe servicios de rehabilitación	Si	64	65
	No	34	35
Tipo de servicios de rehabilitación que recibe (n=64)	Fisioterapia	63	98
	Terapia Ocupacional	45	70
	Medicamentos	43	67
	Fonoaudiología	13	20
	Psicología	11	17
	Psiquiatría	2	3
	Trabajo social	1	2
	Otro	4	6
Quien paga la rehabilitación (n=64)	SGSSS	56	88
	Familia	7	10
	Personal	1	2
Factores que atribuye su recuperación	Salud y servicios recibidos	77	78
	Apoyo familiar	37	38
	A Dios	36	37
	Empeño por salir adelante	16	16
	Medicina alternativa	4	4
	Otro	1	1
Razones para no recibir rehabilitación	Ya finalizó	14	42

(n=34)	Cree no necesitar	10	29
	No le gusta	3	9
	Falta de dinero	3	9
	Lejanía del centro de rehabilitación	1	2
	No sabe	3	9

Fuente: elaboración del autor a partir de los datos de la investigación

11.3 CARACTERIZACIÓN DE LAS LIMITACIONES EN LA ACTIVIDAD Y RESTRICCIONES EN LA PARTICIPACIÓN.

Seguidamente se presentan los resultados a partir de la aplicación de la herramienta VVAPECV, que permitió reconocer las limitaciones en la actividad y restricciones en la participación de las personas con ECV, de la Ciudad de San Juan de Pasto.

En la tabla 10 se puede apreciar que en el dominio de movilidad, las personas del estudio experimentan mayor limitación en la actividad de desplazarse por el entorno, con una media de 2,63. En esta actividad el mayor porcentaje de la población (57%) presenta un problema grave y completo. En el dominio de tareas y demandas generales, el mayor problema se encuentra en llevar a cabo múltiples tareas (media 2,20). De ellos, el 46%, se encuentran en un problema completo y grave. En el dominio de autocuidado, se observa mayor limitación en las actividades de lavarse y cuidado de las partes del cuerpo, con una media de 2.09. En el dominio de aprendizaje y aplicación del conocimiento, se aprecia que las personas vivencian mayor limitación en la actividad de escribir (media 1,93). Resultado que concuerda con el dominio de comunicación, en el cual se identifica que el mayor problema se relaciona con la actividad de mensajes escritos.

Respecto a las limitaciones en la actividad y el grado de discapacidad en la tabla 11, es posible apreciar que en el dominio de movilidad, existe mayor grado de discapacidad, puesto que el 43% de la población se encuentra en un grado de discapacidad severo (media de 55 puntos - tabla 11).

Tabla 9 Limitaciones en la actividad

Aprendizaje y aplicación del conocimiento	Válido	Media
Mirar (a 110)	98	,93
Escuchar (a 115)	98	,79
Otras experiencias sensoriales (a120)	98	,97
Copiar (a130)	98	1,31
Adquisición de habilidades (a 155)	98	1,57
Centrar la atención (a160)	98	1,24
Pensar (a163)	98	1,10
Leer (a166)	89	1,37
Escribir (a170)	90	1,93
Calcular (a172)	86	1,58
Tareas y demandas generales	Válido	Media
Llevar a cabo una única tarea (a210)	98	1,82
Llevar a cabo múltiples tareas (a220)	98	2,20
Llevar a cabo rutinas diarias (a230)	98	2,13
Comunicación	Válido	Media
Comunicación - recepción de mensajes hablado (a310)	98	,64
Comunicación - recepción de mensajes no verbales (a315)	98	,89
Comunicación - recepción de mensajes en lenguajes de signos no convencional (a320)	98	1,12
Comunicación - recepción de mensajes escritos (a325)	90	,64
Hablar (a330)	98	,64
Mensajes escritos (a345)	90	1,74
Conversación (a350)	98	,89
Discusión (a355)	98	1,33
Utilización de dispositivos y técnicas de comunicación (a360)	98	1,32
Movilidad	Válido	Media
Cambiar posturas corporales básicas (a410)	98	1,84
Mantener la posición del cuerpo (a415)	98	1,76
Transferir el propio cuerpo (a420)	98	1,91
Levantar y llevar objetos (430)	98	2,20
Mover objetos con las extremidades inferiores (a435)	98	2,36
Uso fino de la mano (a440)	98	1,78
Uso de la mano y el brazo (a445)	98	1,83
Andar (a450)	98	2,35
Desplazarse por el entorno (a455)	98	2,63
Desplazarse por distintos lugares (a460)	98	2,34

Desplazarse utilizando algún tipo de equipamiento (a465)	98	,62
Utilización de medios de transporte(a470)	98	2,45
Conducción (a475)	98	2,46
Autocuidado	Válido	Media
Lavarse (a510)	98	2,09
Cuidado partes del cuerpo (a520)	98	2,09
Higiene personal relacionado con los procesos de excreción (a530)	98	1,81
Vestirse (a540)	98	2,07
Comer (a550)	98	1,56
Beber (a560)	98	1,48
Cuidado de la propia salud (a570)	98	1,99

Tabla 10 Limitaciones en la actividad - grado de discapacidad

Variable		N	Porcentaje
Aprendizaje y aplicación del conocimiento	Ninguna	12	12
	Leve	29	30
	Moderada	34	35
	Severa	19	19
	Completa	4	4
Tareas y demandas generales	Ninguna	17	17
	Leve	7	7
	Moderada	22	23
	Severa	34	35
	Completa	18	18
Comunicación	Ninguna	30	31
	Leve	45	46
	Moderada	15	23
	Severa	10	28
	Completa	0	0
Movilidad	Ninguna	10	10
	Leve	11	11
	Moderada	23	24
	Severa	42	43
	Completa	12	12
Autocuidado	Ninguna	23	24
	Leve	7	7

Moderada	22	22
Severa	26	27
Completa	20	20

Fuente: elaboración del autor a partir de los datos de la investigación

Como se observa en la tabla 12, las variables del estudio relacionadas con movilidad, autocuidado, aprendizaje y aplicación del conocimiento, siguen una distribución normal ($p > 0,05$), mientras que las variables de comunicación, tareas y demandas generales, obtuvieron resultados $p < 0,05$.

Tabla 11 Puntajes obtenidos medición de grado de discapacidad * Limitación en la Actividad

Variable	n	Mínimo	Máximo	Media	Desviación Estándar	K-S	
						(Z)	Sig.
Aprendizaje y aplicación del conocimiento	98	0	100	34	26	0,135	0,057
Tareas y demandas generales	98	0	100	52	37	0,143	0,037
Comunicación	98	0	92	31	28	0,153	0,020
Movilidad	98	0	100	55	32	0,119	0,123
Autocuidado	98	0	100	48	37	0,118	0,129

Fuente: elaboración del autor a partir de los datos de la investigación

Como se aprecia en la siguiente tabla (tabla 13), las personas con ECV que participaron en el estudio, consideran que los problemas en el dominio de movilidad generan mayor restricción en la participación (media 2,46). El 57% de la población expresa que los problemas en la movilidad, generan una restricción grave y completa en la participación, seguido de un 50% de la población que reportan la misma situación para los problemas relacionados con tareas y demandas generales (tabla 14).

Tabla 12 Restricciones en la participación por dominio

	N	Media
Participación (Aprendizaje y aplicación del conocimiento)	98	1,97
Participación (Tareas y demandas generales)	98	2,20
Participación (Comunicación)	98	1,64
Participación (Movilidad)	98	2,46
Participación (Autocuidado)	98	2,13

Tabla 13 Resultados de la pregunta de participación por dominio

Variable (Dominio)	N	Porcentaje	
Los problemas en aprendizaje y conocimiento, que tanto han afectado su vida.	No hay problema	18	18
	Problema leve	21	22
	Problema moderado	23	24
	Problema grave	18	18
	Problema completo	18	18
Los problemas en tareas y demandas generales, que tanto han afectado su vida.	No hay problema	22	23
	Problema leve	17	17
	Problema moderado	10	10
	Problema grave	17	17
	Problema completo	32	33
Los problemas en la comunicación, que tanto han afectado su vida.	No hay problema	30	31
	Problema leve	20	21
	Problema moderado	19	19
	Problema grave	13	13
	Problema completo	16	16
Los problemas en la movilidad, que tanto han afectado su vida.	No hay problema	15	15
	Problema leve	15	15
	Problema moderado	13	13
	Problema grave	20	21
	Problema completo	35	36
Los problemas en el autocuidado, que tanto han afectado su vida.	No hay problema	25	26
	Problema leve	11	11
	Problema moderado	19	19
	Problema grave	12	12
	Problema completo	31	32

Fuente: elaboración del autor a partir de los datos de la investigación

11.4 RELACIÓN ENTRE DETERMINANTES SOCIALES DE LA SALUD Y LIMITACIONES EN LA ACTIVIDAD.

A continuación se presentan los resultados de las correlaciones encontradas entre los DSS y limitaciones en la actividad. De acuerdo a los análisis previos de normalidad de la distribución de variables, se empleó el coeficiente Eta, con variables cualitativas. Para las variables cuantitativas que no se distribuyen normalmente, se empleó el coeficiente de correlación “rho” de Spearman, caso contrario, se empleó el coeficiente de correlación “r” de Pearson.

Es importante mencionar, que para realizar la correlación entre DSS y los dominios de actividad, se recategorizaron algunas variables cualitativas, con el fin de formar grupos que tuvieran tamaños comparables. En este sentido, el nivel educativo se reclasificó en dos grupos: primaria completa o inferior y secundaria completa o superior, el tipo de afiliación se dividió en contributivo y subsidiado o pobre no afiliado, el tipo de vivienda se recategorizó como: institucional (personas que habitan en instituciones públicas o privadas) y no institucional (personas que habitan en casa, apartamento o cuarto). Finalmente, de acuerdo al salario los participantes se clasificaron, en persona con ingresos y sin ingresos. En todos los casos el nivel de significancia empleado fue de 0,05, con un coeficiente igual o mayor a 0,3.

En cuanto a las relaciones entre los determinantes sociales estructurales y las limitaciones en la actividad, en la tabla 15 se puede apreciar que el género y el nivel educativo no se asoció estadísticamente con los dominios de actividad.

El estrato socioeconómico de los participantes en la investigación presentó correlaciones estadísticamente significativas con los dominios de aprendizaje y aplicación del conocimiento ($\rho=-0,36$), tareas y demandas generales ($\rho=-0.38$), movilidad ($\rho=-0.43$) y autocuidado (-0.41). Las correlaciones identificadas fueron moderadas y negativas, esto significa que el grado de discapacidad fue menor en las personas de estratos altos, en comparación con las personas de estratos bajos, en los dominios que se especifican anteriormente.

La edad de las personas con ECV, presentó correlaciones moderadas, aunque estadísticamente significativas con los dominios de tareas y demandas generales ($r=0,320$) y movilidad ($r=0,300$). En todos los casos las correlaciones fueron positivas, es decir que las personas de mayor edad presentaron mayor grado de discapacidad que las personas jóvenes, en los dominios mencionados.

Tabla 14 Correlación entre los determinantes sociales estructurales y limitaciones en la actividad

Variables		Dominios (Escala 0 - 100)						
		Estadístico	Aprendizaje aplicación conocimiento	Tareas demandas generales	Comunicación	Movilidad	Autocuidado	
sociales	Sexo	Eta	0,11	0,05	0,11	0,05	0,05	
		P valor	0,282	0,635	0,259	0,608	0,588	
estructurales de la salud	Nivel educativo	Eta	0,200	0,220	0,240	0,090	0,190	
		P valor	0,044	0,033	0,015	0,0357	0,068	
Determinantes estructurales de la salud	Estrato	Rho	-0.36	-0.38	-0.18	-0.43	-0.41	
		P valor	0,00**	0,00**	0,071	0,00**	0,00**	
	Edad	r	0,250	0,320	0,100	0,300	0,27	
		P valor	0,011	0,001**	0,352	0,002**	0,008**	

*Estadísticamente significativo al nivel de 0,05

**Estadísticamente significativo al nivel de 0,01

Fuente: elaboración del autor a partir de datos de la investigación

Respecto a las relaciones entre los determinantes sociales intermedios y las limitaciones en la actividad, en la tabla 16 se aprecia que no existen asociaciones estadísticamente significativas entre los diferentes dominios de limitación en la actividad, con el tipo de afiliación al régimen de seguridad social en salud, ingresos y la condición de trabajador.

De acuerdo al tipo de vivienda, se observa que no existen asociaciones significativas con los dominios de limitación en la actividad evaluados. Al contrario, la condición de vivienda tuvo una asociación estadísticamente significativa con el dominio de tareas y demandas generales (Eta = 0,32, valor p = 0,015).

En cuanto a los servicios de rehabilitación, recibir medicamentos se correlacionó con dominios de aprendizaje y aplicación del conocimiento (Eta= 0,37; valor p =0,003), comunicación (Eta = 0,47, valor p =0,00), movilidad (Eta= 0,31; valor p = 0,013) y autocuidado (Eta =0,35; valor p =0,005). Asimismo, contar con el servicio de fonoaudiología se asoció estadísticamente con el dominio de comunicación (Eta = 0,32; valor p = 0,009). Recibir servicios de terapia ocupacional, fisioterapia y psicología no se asoció con el grado de discapacidad de las personas con ECV.

Finalmente los aspectos atribuidos a la recuperación por parte de las personas con ECV, no se correlacionaron estadísticamente con los dominios evaluados en la presente investigación.

Tabla 15 Correlación entre los determinantes sociales intermedios y limitaciones en la actividad

Variables	Dominios (Escala 0 - 100)						
	Estadístico	Aprendizaje y aplicación del conocimiento	Tareas y demandas generales	Comunicación	Movilidad	Autocuidado	
Determinantes sociales intermedios	Tipo de afiliación	Eta	0,130	0,07	0,000	0,190	0,080
		P valor	0,216	0,523	0,973	0,057	0,423
	Ingresos	Eta	0,220	0,080	0,210	0,05	0,12
		P valor	0,029*	0,431	0,037*	0,630	0,253
	Se encuentra trabajando	Eta	0,16	0,180	0,160	0,140	0,150
		P valor	0,11	0,076	0,121	0,166	0,131
	Tipo de vivienda (Institucional – No Inst.)	Eta	0,000	0,190	0,110	0,130	0,180
		P valor	0,992	0,059	0,269	0,213	0,069
	Condición de vivienda	Eta	0,19	0,32	0,15	0,27	0,280
		P valor	0,331	0,015*	0,548	0,075	0,058
	Tiempo en rehabilitación	Rho	-0,070	-0,15	-0,14	-0,06	-0,100
		P valor	0,589	0,233	0,271	0,613	0,419
	Recibe servicios de rehabilitación	Eta	0,200	0,190	0,200	0,180	0,170
		P valor	0,046*	0,066	0,053	0,074	0,089
	Terapia ocupacional	Eta	0,210	0,210	0,280	0,090	0,210
P valor		0,091	0,091	0,026*	0,494	0,102	
Medicamentos	Eta	0,370	0,290	0,470	0,310	0,35	

	P valor	0,003**	0,021*	0,00**	0,013*	0,005**
Fisioterapia	Eta	0,030	0,090	0,050	0,09	0,02
	P valor	0,834	0,498	0,707	0,493	0,899
Fonoaudiología	Eta	0,190	0,07	0,320	0,05	0,05
	P valor	0,139	0,588	0,009**	0,679	0,669
Psicología	Eta	0,160	0,200	0,230	0,110	0,100
	P valor	0,211	0,118	0,068	0,396	0,429
Atribuye la recuperación a los servicios de salud	Eta	0,250	0,11	0,140	0,05	0,09
	P valor	0,013	0,29	0,167	0,595	0,397
Atribuye su recuperación al apoyo familiar	Eta	0,100	0,07	0,05	0,160	0,09
	P valor	0,314	0,51	0,634	0,121	0,379
Atribuye su recuperación al empeño	Eta	0,03	0,09	0,000	0,02	0,813
	P valor	0,739	0,364	0,639	0,981	0,813
Atribuye su recuperación a Dios	Eta	0,08	0,120	0,09	0,060	0,03
	P valor	0,41	0,227	0,404	0,576	0,796
Atribuye su recuperación a la medicina alternativa	Eta	0,030	0,02	0,05	0,05	0,01
	P valor	0,799	0,835	0,634	0,627	0,895

*Estadísticamente significativo al nivel de 0,05

**Estadísticamente significativo al nivel de 0,01

Fuente: elaboración del autor a partir de datos de la investigación

11.5 RELACIÓN ENTRE DETERMINANTES SOCIALES DE LA SALUD Y RESTRICCIONES EN LA PARTICIPACIÓN.

A continuación se presentan los resultados de las correlaciones encontradas entre los determinantes sociales de la salud y la restricción en la participación según sus dominios.

De acuerdo a los análisis previos de normalidad de la distribución de las variables, se empleo el Test Chi cuadrado (X^2), para las variables cualitativas nominales y el coeficiente de correlación de “Rho” de Sperman para las variables cuantitativas o cualitativas ordinales.

Respecto a las relaciones entre determinantes sociales estructurales y las restricciones en la participación, en la tabla 17 se evidencia que el sexo, el nivel educativo y la edad, no se asociaron estadísticamente con la restricción en la participación de las personas con ECV.

En contraste, el estrato socioeconómico de las personas presentó una asociación

estadísticamente significativa y moderada con la restricción en la participación, de acuerdo a los dominios de tareas y demandas generales ($\rho=-0.30$), movilidad ($\rho=-0.36$) y autocuidado (-0.36). Lo cual indica que los dominios mencionados, generan mayor restricción en la participación entre las personas con ECV que pertenecen a estratos bajos, en comparación con las personas de estratos altos.

Tabla 16 Correlación entre los determinantes sociales estructurales y restricción en la participación

Variables		Participación por cada dominio						
		Estadístico	Aprendizaje y aplicación del conocimiento	Tareas y demandas generales	Comunicación	Movilidad	Autocuidado	
sociales	Sexo	X ²	6,068	6,881	0,836	2,015	3,742	
		P valor	0,194	0,134	0,933	0,733	0,442	
Determinantes estructurales de la salud	Nivel educativo	X ²	9,479	7,911	7,324	1,282	5,25	
		P valor	0,055	0,098	0,078	0,87	0,256	
	Estrato	Rho	-0,23	-0,3	-0,13	-0,36	-0,36	
		P valor	0,026*	0,003**	0,209	0,00**	0,00**	
	Edad	Rho	0,25	0,27	0,00	0,21	0,22	
		P valor	0,015*	0,007**	0,983	0,039*	0,028*	

Estadísticamente significativo al nivel de 0,05

**Estadísticamente significativo al nivel de 0,01

Fuente: elaboración del autor a partir de datos de la investigación

En cuanto a las relaciones entre los determinantes sociales intermedios y las restricciones en la participación, en la tabla 18 se aprecia que el tipo de afiliación al SGSSS, los ingresos y la condición de ser trabajador, no se asociaron estadísticamente con las restricciones en la participación.

De acuerdo al tipo de vivienda, se observa que no existen asociaciones significativas con las restricciones en la participación de acuerdo a los dominios evaluados. Al contrario, la condición de vivienda se asoció estadísticamente con la restricción en la participación en dominio de autocuidado (valor $p=0,011$). En este sentido, el porcentaje entre 48% y 52%

de las personas que habitan en vivienda propia o en una institución, consideran una restricción en la participación grave y completa, en el dominio de autocuidado. (Ver tabla en anexo 6).

Respecto a los servicios de rehabilitación, contar con los servicios de: terapia ocupacional, fisioterapia y psicología, no se asociaron estadísticamente con la restricción en la participación en los cinco dominios estudiados. En contraste, el análisis bivariado indica que recibir medicamentos se asocia estadísticamente con la restricción en la participación, ya que en tres de los cinco dominios evaluados el test de chi – cuadrado presentó un valor p menor a 0,05. En este sentido, el 67% de los sujetos que no reciben medicamentos, consideran que los problemas en el aprendizaje y la aplicación del conocimiento, generan una restricción en la participación grave y completa. El 76% de personas que no reciben medicamentos, consideran que los problemas en tareas y demandas generales, generan una restricción en la participación grave y completa. El 76% de la población que no recibe medicamentos, consideran que los problemas en el autocuidado, generan una restricción en la participación grave y completa. (Ver tablas en anexo 6).

Respecto al servicio de Psicología, se asoció estadísticamente con la restricción en la participación en el dominio de tareas y demandas generales (valor $p = 0,012$), por tanto, 59% de la población que no reciben el servicio de Psicología, consideraron una restricción en la participación grave y completa, en el dominio de tareas y demandas generales. (Ver tabla anexo 6).

Finalmente los aspectos atribuidos a la recuperación por parte de las personas con ECV, no se correlacionaron estadísticamente con la participación en cada uno de los dominios evaluados.

Tabla 17 Correlación entre los determinantes sociales intermedios y restricción en la participación

Variables	Participación por cada dominio							
	Estadístico	Aprendizaje y aplicación	conocimiento de áreas y demandas generales	Comunicación	Movilidad	Autocuidado		
Determinantes sociales intermedios	Tipo de afiliación	X ²	2,134	2,427	6,416	5,606	3,356	
		P valor	0,711	0,675	0,185	0,266	0,519	
	Ingresos	X ²	8,879	2,217	6,734	5,00	3,876	
		P valor	0,064	0,714	0,151	0,287	0,423	
	Se encuentra trabajando	X ²	4,572	4,132	1,527	4,527	5,326	
		P valor	0,355	0,336	0,849	0,317	0,224	
	Tipo de vivienda (Institucional –No insti)	X ²	3,498	7,452	3,627	8,307	7,004	
		P valor	0,479	0,099	0,514	0,065	0,101	
	Condición de vivienda	X ²	18,9	16,4	8,3	12,4	25,9	
		P valor	0,092	0,173	0,764	0,133	0,011*	
	Tiempo en rehabilitación	Rho	-0,040	-0,200	-0,130	-0,050	-0,090	
		P valor	0,758	0,111	0,32	0,698	0,502	
	Recibe servicios de rehabilitación	X ²	4,608	5,885	6,068	7,941	3,641	
		P valor	0,317	0,24	0,213	0,105	0,468	
	Terapia ocupacional	X ²	5,461	6,116	6,059	1,81	2,48	
		P valor	0,243	0,224	0,241	0,801	0,651	
	Medicamentos	X ²	12,828	11,224	27,164	9,422	11,264	
		P valor	0,014*	0,029*	0,00**	0,065	0,026*	
	Fisioterapia	X ²	2,889	2,418	0,477	3,809	2,08	
		P valor	0,577	0,697	0,98	0,467	0,764	
	Fonoaudiología	X ²	7,117	4,742	10,475	2,856	11,176	
		P valor	0,147	0,32	0,32	0,642	0,016	
	Psicología	X ²	3,779	9,719	4,781	3,744	6,034	
		P valor	0,453	0,012*	0,441	0,546	0,194	
	Atribuye la recuperación a los servicios de salud	X ²	7,02	5,05	2,38	3,76	0,89	
		P valor	0,135	0,269	0,667	0,437	0,926	
	Atribuye su recuperación al apoyo familiar	X ²	2,873	1,775	2,560	3,38	1,95	
P valor		0,579	0,777	0,634	0,496	0,745		
Atribuye su recuperación al empeño	X ²	1,404	1,93	0,476	4,04	1,15		
	P valor	0,844	0,748	0,976	0,401	0,885		
Atribuye su recuperación a Dios	X ²	2,16	6,42	5,56	5,40	3,90		

	P valor	0,70	0,170	0,234	0,248	0,420
Atribuye su recuperación a la	X²	4,34	2,77	2,79	1,72	2,44
medicina alternativa	P valor	0,361	0,596	0,592	0,785	0,654

Estadísticamente significativo al nivel de 0,05

**Estadísticamente significativo al nivel de 0,01

Fuente: elaboración del autor a partir de datos de la investigación

12 DISCUSIÓN

Ting “et al” (68), señalan que a nivel mundial existe un desafío creciente relacionado con el número de personas que sobreviven a un ECV, lo que a largo plazo seguramente conducirá a un aumento de personas con discapacidad. Es claro que bajo las actuales tendencias de abordaje de la discapacidad y sus repercusiones sociales y económicas, hacen necesario encaminar estudios que involucren elementos más allá del modelo biomédico. No obstante, tal y como lo menciona Cayo (20), aún persiste la dinámica centrada en la deficiencia, postura que se aleja de la realidad social como factor determinante en la discapacidad.

En contraste con la perspectiva mencionada anteriormente, Sacco “et al” (69), señalan que vincular elementos no impliquen necesariamente el estudio de la relación causa-efecto de las condiciones de salud, permiten proyectar medidas de control para prevenir y reducir las recurrencias de la ECV. Entre otros, uno de los caminos, ha sido el de realizar estudios que vinculen los DSS, puesto que se considera una alternativa que persigue comprender la influencia de las condiciones sociales, en la discapacidad.

En concordancia con los anteriores planteamientos, el estudio de Vélez et al (15) desarrollado en la Ciudad de Manizales, muestra que la discapacidad es más frecuente en adultos mayores a 65 años; un alto porcentaje de las personas con discapacidad tienen niveles educativos bajos y desde la esfera laboral, es preocupante la incapacidad permanente para trabajar sin pensión, que conduce a obtener menores condiciones económicas. Precizando en la condición de salud de ECV, los anteriores hallazgos coinciden con la presente investigación, puesto que la edad de las personas con ECV en la Ciudad de San Juan de Pasto, se encuentra en una media de 65.9, los ingresos económicos y escolaridad, en general fueron bajos y no cuentan con pensión por discapacidad. Lo anterior podría relacionarse con los postulados de la OMS (10) que reconoce que los elementos como el nivel de escolaridad e ingresos económicos, evidencian la existencia de desigualdad en salud. Esta situación presupone, que las personas con ingresos y niveles educativos bajos, resultan menos beneficiadas para el acceso a recursos y con menos

posibilidad de gozar de una buena salud. Esta situación, puede ejercer una influencia en la prevalencia de la ECV y en la presencia de la discapacidad.

Llama la atención que el determinante estructural relativo al sexo, registra que la condición de la salud de ECV, es más frecuente en hombres que en mujeres de la Ciudad de Pasto. Este resultado también ha sido documentado en la investigación de Rodríguez (41) y otros, quienes en su estudio con población de ECV, encontraron mayor prevalencia ECV en hombres, que en mujeres. Al respecto, la revisión de la literatura menciona que “el enfoque de género en la investigación en salud, ha evidenciado la brecha existente entre la salud de hombres y mujeres, brecha solo explicable en términos de diferencia de roles, actividades y distribución de recursos” (41).

Según la OMS (10), la variable que hace referencia a la situación laboral, se considera un determinante intermedio en las desigualdades en salud. Y precisamente esta condición, es vivenciada por las PcD, quienes no gozan de igualdad de oportunidades para acceder al ámbito laboral. En concordancia, el Informe Mundial de Discapacidad (72), refiere que las personas con discapacidad tienen más probabilidad de estar desempleadas y generalmente tienen menores ingresos cuando se encuentran laborando.

Contrastando este acercamiento con la población con ECV, es importante mencionar el estudio reciente de Ramos “et al” (73), quienes en sus resultados encontraron que tan solo el 10.7% de la población estaban empleados, con bajos ingresos laborales. En línea con lo anterior, los hallazgos de la presente investigación muestran resultados similares, encontrando que el mayor porcentaje de la población está desempleada y sin ingresos económicos.

Son varias las investigaciones encaminadas a establecer los problemas en la limitación en la actividad y restricción en la participación, de las personas con ECV. En el estudio de Arowoia et al (74), utilizando como instrumento principal el WHODAS 2.0, las personas informaron dificultades leves a moderadas en tareas que implican centrar la atención y resolver problemas. En contraste, los participantes reportaron problemas graves, en la movilidad. La mayor parte de población, indicaron que las dificultades reportadas en la

movilidad, afectaron en gran medida, la participación. Bērziņa et al (75), señalan que las personas con ECV, presentan mayor dificultad en actividades de autocuidado, movilidad y participación social. Bajo la perspectiva de la CIF y desde el componente de actividad y participación en el estudio de Santana et al (55), se menciona que las personas con ECV reportan mayores problemas para enfocar la atención, escribir mensajes simples y complejos, caminar y participar en su entorno social.

En línea con lo anterior, los resultados del presente estudio, muestran que las personas con ECV, experimentan mayor problema en la movilidad. Algunas de sus implicaciones, se enmarcan en las dificultades para desplazarse por el entorno y utilizar medios de transporte. Como resultado de ello, las personas objeto de estudio manifiestan que los problemas en la movilidad, afectan la participación social. Generalmente en “las personas con ECV, la dificultad en la movilidad, genera dificultad en la capacidad para participar en la sociedad en general” (74). En este punto, no se puede desconocer las implicaciones que podrían tener los factores ambientales, puesto que si el entorno carece de accesibilidad, este se constituye en el principal obstáculo en la participación social de las PcD.

Respecto al dominio de autocuidado, los hallazgos de este estudio muestran que las personas vivencian un grado de discapacidad severo y moderado, percibiendo que estas dificultades generan un problema completo hasta leve, en la participación. Este acercamiento se puede complementar con la revisión de la literatura, al señalar que “la limitación la ejecución de las actividades de la vida diaria, reduce, la participación en la comunidad” (74).

La asociación estadísticamente significativa encontrada entre la edad y las limitaciones en la actividad, concuerdan con lo reportado en el estudio de Bērziņa et al (75), que menciona que las personas mayores, experimentaron mayor discapacidad, que las personas más jóvenes. Al respecto, Meyer et al (76), concluyen que la edad es un factor independiente que conduce a mejores resultados, para las personas más jóvenes.

En cuanto al nivel educativo los hallazgos del estudio, no mostraron una asociación estadísticamente significativa, con la restricción en la participación de las personas con

ECV. Estos resultados coinciden con el estudio de Arowoiya et al (74), en el cual los autores concluyen, que no existe una asociación estadísticamente significativa entre el nivel educativo y la participación de las personas con ECV.

Los resultados del estudio de Herazo y Domínguez (77) ratifican la interrelación entre la pobreza y discapacidad en Colombia. En este sentido, la pobreza tiene un importante efecto sobre las actividades de la vida diaria como caminar, el autocuidado y el uso de brazos y manos en los departamentos más pobres de Colombia. Este acercamiento concuerda con los resultados del presente estudio, puesto que las personas con ECV de estratos bajos, presentaron mayor grado de discapacidad y restricción en la participación, que las personas de estratos altos. Hallazgos consistentes con lo expresado en el Informe Mundial de la Discapacidad (72), en cuanto que a nivel mundial, las PcD presentan mayores índices de pobreza. En este contexto, es lógico pensar que la estratificación socioeconómica, se constituye en un elemento importante en la discapacidad, puesto que se experimenta en mayor medida en las personas de estratos sociales bajos y con menores recursos económicos.

En lo que se refiere a la afiliación al régimen de seguridad social, es importante mencionar “que la cobertura al SGSSS, para las PcD en Colombia, es del 81.9%” (78). Estos datos coinciden con el presente estudio, puesto que la mayor parte de la población con ECV, se encuentra afiliada al SGSSS, “mostrando avances en términos de aseguramiento en comparación con la población sin discapacidad” (78). Sin embargo, llama la atención en este estudio, al no encontrar significancia estadística, entre la limitación en la actividad y restricción en la participación y afiliación al SGSSS. En efecto, las personas con ECV que se encuentran afiliadas al sistema general de seguridad social, experimentan limitaciones en la actividad y restricciones en la participación.

Vélez et al (15), mencionan que los resultados entre DSS y discapacidad, mostraron asociaciones significativas entre el tipo de rehabilitación (Terapias) y la restricción en la participación. Por el contrario, en este estudio, no se encontró significancia estadística, entre los servicios de rehabilitación (fisioterapia y terapia ocupacional) y la limitación en la

actividad y restricción en la participación. Si bien es cierto, los servicios de rehabilitación en las PcD, cobran un valor significativo, resulta también importante, prestar atención a las estrategias que contribuyan a la inclusión y participación de esta población. En concordancia, el Informe Mundial de Discapacidad (72), señala que la rehabilitación basada en la comunidad, se constituye en una de las estrategias para abordar los obstáculos en la atención en salud. Contrariamente a lo expresado, los medicamentos mostraron significancia estadística con la limitación en la actividad y la restricción en la participación. Estos hallazgos concuerdan con los resultados del estudio de Vélez et al (16), en la Ciudad de Tunja, quienes señalan que existe asociación entre los medicamentos ordenados, con la restricción en la participación, en las PcD.

13 CONCLUSIONES

Dentro de Determinantes Sociales estructurales, los hallazgos del estudio muestran que la mayor parte de la población con ECV, corresponde al género masculino, con un menor nivel educativo y se encuentran en estratos bajos; el mayor porcentaje corresponde a estratos sociales 1 y 2.

Con referencia a los Determinantes Sociales intermedios, la población objeto de estudio, no recibe ingresos mensuales y no se encuentran trabajando. Gran parte de la población se encuentra afiliada a SGSSS y reciben uno o varios servicios de rehabilitación.

Respecto a las limitaciones en la actividad, las personas con ECV que participaron en el estudio, experimentan mayores limitaciones en la actividad en el dominio de movilidad y tareas y demandas generales.

Con relación a la restricción en la participación, la mayor parte de las personas objeto de estudio, concuerdan que las dificultades en los dominios de movilidad y autocuidado, generan mayor restricción en la participación.

Respecto a los análisis bivariados, se resalta la significancia estadística entre los Determinantes Estructurales (estrato socioeconómico y edad) y Determinantes Intermedios (consumo de medicamentos y condición de vivienda) y la limitación en la actividad.

El estrato socioeconómico como Determinante Estructural, muestra significancia estadística con la restricción en la participación. De igual forma, la condición de vivienda y consumo de medicamentos.

14 RECOMENDACIONES

Considerar estudios longitudinales en las personas con ECV, se tornan indispensables, permitiendo hacer un seguimiento adecuado en la prevención de la enfermedad e impacto de los servicios de rehabilitación, en la participación social de las personas que han experimentado una ECV.

Se resalta la necesidad de implementar procesos investigativos, focalizados en las inequidades sociales en la población con ECV.

Se hace necesaria la participación de la Gobernación de Nariño y Alcaldía Municipal, en la implementación y ejecución de estrategias con especial énfasis en la población con ECV de estratos bajos y en la población que esta envejeciendo con discapacidad.

A los actores involucrados, como personal de salud y SGSSS, se recomienda implementar estrategias de seguimiento y verificación de la adherencia al consumo de medicamentos, puesto que, las personas con ECV que consumen medicamentos, perciben menor discapacidad de acuerdo a los hallazgos del estudio.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Organización Mundial de la Salud. Clasificación Internacional del Funcionamiento, de la Discapacidad y la Salud. 2001.
2. Browder, R. Fisiopatología. México: El Manual Moderno. 2012.
3. Rodríguez, D. Benavides, J. Salud y ruralidad en Colombia: análisis desde los determinantes sociales de la salud. Rev. Fac. Nac. Salud Pública [Internet]. 2016 [citado 28 de octubre de 2018]; 34 (3): 359-371. Disponible en: <http://web.b.ebscohost.com/ehost/pdfviewer/pdfviewer?vid=4&sid=25704149-af99-4b97-b9fe-b51df67db6d0%40pdc-v-sessmgr01>.
4. Observatorio Nacional de Salud. Desigualdades Sociales en Salud en Colombia. 2015.
5. Carmona, Z. Parra, D. Determinantes sociales de la salud: un análisis desde el contexto colombiano. Salud Uninorte [Internet]. 2015 [citado 28 de octubre de 2018]; 31 (3): 608-620. Disponible en: <http://www.scielo.org.co/pdf/sun/v31n3/v31n3a17.pdf>.
6. Organización Mundial de la Salud. Medición de la Salud y la Discapacidad: Manual para el Cuestionario de Evaluación de la Discapacidad. WHODAS 2.0. 2010.
7. Santana Maria Tereza Maynard, Chun Regina Yu Shon. Language and functionality of post-stroke adults: evaluation based on International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF). CoDAS [Internet]. 2017 [cited 2018 Oct 15]; 29(1): 1-8. Disponible en: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2317-17822017000100306&lng=en. Epub Mar 09, 2017. <http://dx.doi.org/10.1590/2317-1782/20172015284>.
8. Urimubenshi, G. Activity limitations and participation restrictions experienced by people with stroke in Musanze district in Rwanda. African Health

- Sciences [Internet]. 2016 [citado 30 de abril de 2017]; 15(3): 917–924. Disponible en: <http://www.bioline.org.br/pdf?hs15125>.
9. Lee, Haejung, Sunghwa Seo, and Jumin Song. “Information on Functioning Found in the Medical Records of Patients with Stroke.” *Journal of Physical Therapy Science* [Internet]. 2016 [citado 15 de octubre de 2018]; 28 (10): 2722–2726. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5088113/>.
 10. Organización Mundial de la Salud. Determinantes sociales de la salud [Internet]. 2015 [citado 30 de abril de 2017]; Disponible en: http://www.who.int/social_determinants/es/.
 11. Rodríguez, O. Balance de los objetivos del Milenio en Colombia. Programa de Naciones Unidas para el Desarrollo (PUND). *Oasis* [Internet]. 2010 [citado 15 de octubre de 2018]; 15 (1): 221-246. Disponible en: <http://web.b.ebscohost.com/ehost/pdfviewer/pdfviewer?vid=9&sid=d858d417-933d-475f-8317-e81752521c57%40sessionmgr103>.
 12. Tamayo, M. Besoain, A. Rebolledo, J. Social determinants of health and disability: updating the model for determination. *Gac Sanit* [Internet]. 2018 [citado 15 de octubre de 2018]; 32 (1): 96-100. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/28274622>.
 13. Belzunegui, A. Pastor, I. Puig, X. Valls, F. Risk of Exclusion in People with Disabilities in Spain: Determinants of Health and Poverty. *Int J Environ Res Public* [Internet]. 2018 [citado 15 de octubre de 2018]; 15(10): 21-29. Disponible en: <https://www.mdpi.com/1660-4601/15/10/2129/htm>.
 14. WHO global disability action plan 2014-2021: Better health for all people with disability. Geneva: World Health Organization; 2015.
 15. Vélez Álvarez C, Vidarte Claros J, Cerquera L, Castelblanco M. Determinantes Sociales de la Salud y discapacidad Manizales, Colombia. *Divers.: Perspect. Psicol*

- [Internet]. 2014 [citado 19 de abril de 2017]; 10 (1): 87-102. Disponible en: <http://www.scielo.org.co/pdf/dpp/v10n1/v10n1a07.pdf>.
16. Vélez Álvarez C, Vidarte Claros J, Hormaza M, Chía S. Determinantes Sociales de la Salud y discapacidad Tunja 2012. Archivos de Medicina [Internet]. 2014 [citado 30 de abril de 2017]; 14 (1): 51-63. Disponible en: http://repositoriocdpd.net:8080/bitstream/handle/123456789/1124/AR_VelezAlvarez%2cC_DeterminantessocialesdelasaludydiscapacidadTunja2012_2014.pdf?sequence=1
 17. Vélez Álvarez C, Vidarte Claros J, Cerón J. Determinantes Sociales de la Salud y discapacidad: caso Santiago de Cali. Rev. Fac. Nac. Salud Pública 31 [Internet]. 2013 [citado 30 de abril de 2017]; 31 (1): 192-S202. Disponible en: <https://aprendeonline.udea.edu.co/revistas/index.php/fnsp/article/view/13500/20779772#tb2>.
 18. Engels T, Baglione Q, Audibert M, Viallefont A, Mourji F, Faris MEA, et al. Socioeconomic Status and Stroke Prevalence in Morocco: Results from the Rabat-Casablanca Study. PLOS ONE [Internet]. 2014 [citado 1 de mayo de 2017]; 9(2): 271-281. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3938460/>.
 19. Habibi-koolae M, Shahmoradi L, Niakan Kalhori SR, Ghannadan H, Younesi E. Prevalence of Stroke Risk Factors and Their Distribution Based on Stroke Subtypes in Gorgan: A Retrospective Hospital-Based Study—2015-2016. Neurol Res Int [Internet]. 2018 [citado 16 de octubre de 2018]; 20 (18):1-7. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/30147952>.
 20. Cayo, L. Discapacidad, Derecho y Políticas de inclusión. Madrid-España: Cermi. 2010.
 21. WHO. World report on disability: World Health Organization; report.pdf [Internet]. 2011. [citado 1 de mayo de 2017]. Disponible en: http://www.who.int/disabilities/world_report/2011/report.pdf.

22. Colombia D. Censo General Básico 2005. Resultados población conciliada. Citado por: Agudelo LHL, Seijas V. La discapacidad en Colombia: una mirada global. *Revista Colombiana de Medicina Física y Rehabilitación* [Internet]. 2012 [citado 1 de mayo de 2017]; 22(2):164-79. Disponible en: <http://www.revistacmfr.org/index.php/rcmfr/article/view/64/61>.
23. Departamento Administrativo Nacional de Estadística-DANE. Resultados preliminares de la implementación del registro para la localización y caracterización de las personas con discapacidad. *Discapacidad por Departamentos*. 2015.
24. Feigin VL, Mensah GA, Norrving B, Murray CJL, Roth GA. Atlas of the Global Burden of Stroke (1990–2013): The GBD 2013. *Neuroepidemiology* [Internet]. 2015 [citado 1 de mayo de 2017]; 45(3):230-236. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4630023/>.
25. Edmans J. *Occupational Therapy and Stroke*. USA: John Wiley & Sons; 2010.
26. Go AS, Mozaffarian. Roger VL. Benjamin EJ. Berry JD. Blaha MJ, Dai S. Ford ES, Fox CS et al. Heart disease and stroke statistics–2014 update: a report from the American Heart Association. *Circulation* [Internet]. 2014 [citado 3 de mayo de 2017]; 129 (3): 228-292. Disponible en: <http://circ.ahajournals.org/content/129/3/399.long>.
27. Silva FA, Zarruk JG, Quintero C, Arenas W, Rueda-Clausen CF, Silva SY, et al. Cerebrovascular disease in Colombia. *Revista Colombiana de Cardiología* [Internet]. Octubre de 2006 [citado 3 de mayo de 2017]; 13(2):85-9. Disponible en: http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S012056332006000500008.
28. Pantoja M. Comportamiento epidemiológico del evento cerebro vascular en pacientes que egresan de la Fundación Hospital San Pedro– Pasto – Nariño en el periodo comprendido entre 2006 – 2007. *Revista Unimar*. 2008 [Internet]. [citado 1

de julio de 2017]; 55: 15-19. Disponible en: [file:///C:/Users/Downloads/187-667-1-PB%20\(7\).pdf](file:///C:/Users/Downloads/187-667-1-PB%20(7).pdf).

29. Peñas Felizzola Olga Luz. Referentes conceptuales para la comprensión de la discapacidad. *rev.fac.med [Internet]*. 2013 Apr [citado 15 de octubre de 2018] ; 61(2): 150-155. Disponible en:
http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S012000112013000200012&lng=en.
30. Borde E, Akerman M, Morales B. C, Hernández-Álvarez M, y Guerra GG, de Snyder NS. Capacidades de investigación sobre determinantes sociales de la salud en Brasil, Colombia y México. *Revista Facultad Nacional de Salud Pública [Internet]*. Septiembre de 2016 [citado 5 de mayo de 2017]; 34(3):330-41.
Disponible en:
<http://web.a.ebscohost.com/ehost/pdfviewer/pdfviewer?vid=8&sid=f84eec18-2f3f-429c-bab6-8d539ff536c1%40sessionmgr4010&hid=4001>.
31. Plan Decenal de Salud Pública, PDSP,2012-2021, Ministerio de Salud y Protección Social, 2013.
32. Fleischer N y Diez, A. Inequidades en enfermedades cardiovasculares en Latinoamérica. *Med Exp Salud Pública [Internet]*. 2013 [citado 5 de mayo de 2017]; 30(4):641-8. Disponible en:
<http://www.scielosp.org/pdf/rpmesp/v30n4/a17v30n4.pdf>.
33. Restrepo, Afanador, Rodríguez, Molina, Vaca, Rodríguez & Chávez. Herramientas de evaluación para medir el impacto de programas de transición a la vida adulta dirigidos a jóvenes con discapacidad intelectual. *Doc. Inv. Esc. Med. Cs. Salud [Internet]*. 2013 [citado 15 de mayo de 2017]; 17: 5-32. Disponible en:
<http://pasaporte.urosario.edu.co/getattachment/1ad03d32564a45c385f12cec966d5450/h3-HERRAMIENTAS-DE-EVALUACION-PARA-MEDIR-EL-IM-1>.

34. Arcos, V. Benavides, V. Validez de contenido de una herramienta de evaluación desde actividad y participación en personas con Enfermedad Cerebro Vascular. Unimar [Internet]. 2015. [citado 30 de septiembre de 2017]; 1(1): 205-214. Disponible en:
<http://www.umariana.edu.co/ojseditorial/index.php/libroseditorialunimar/article/viewFile/966/888>.
35. Ministerio de salud, República de Colombia. Resolución N° 008430. 1993.
36. Asociación Médica Mundial. Declaración de Helsinki. In: Pautas Éticas Internacionales para la Investigación y Experimentación Biomédica en Seres Humanos. Ginebra: Consejo de Organizaciones Internacionales de las Ciencias Médicas (CIOMS). 1993.
37. Martínez, M. Recursos Sociales y Comunitarios para personas con discapacidad. España: IC Editorial; 2014.
38. Vargas M. Miradas epistemológicas desde distintas perspectivas teóricas sobre la discapacidad. Educare [Internet]. 2012 [citado 18 de mayo de 2017]; 16 (3): 145-155. Disponible en: <http://www.redalyc.org/pdf/1941/194124728010.pdf>.
39. Organización Panamericana de la Salud. Implementación del Modelo Biopsicosocial para la atención de personas con discapacidad a nivel Nacional. 2011.
40. Colombia D. Censo General Básico. 2010. Disponible en:<https://www.dane.gov.co/index.php/stadísticas-por-tema/salud/discapacidad>.
41. Rodríguez, D. Benavides, D. Salud y ruralidad en Colombia: análisis desde los determinantes sociales de la Salud. Rev. Fac. Nac. Salud Pública [Internet]. 2016 [citado 2 de junio de 2017]; 34(3): 359-371. Disponible en:
<http://web.b.ebscohost.com/ehost/pdfviewer/pdfviewer?vid=4&sid=602729a5-97b8-4623-8262-e69eed414ec5%40sessionmgr101>.

42. Rosas, G. Diseño y validación de un instrumento para evaluar limitaciones en la actividad y restricciones en la participación de los ancianos. Ockham [Internet]. 2009 [citado 2 de junio de 2017]; 7 (2): 19-33. Disponible en: <http://www.redalyc.org/pdf/1053/105312927002.pdf>.
43. Organización Mundial de la Salud. Conferencia Mundial sobre Determinantes Sociales de la Salud. Declaración Política de Río sobre determinantes sociales de la salud. Rio de Janeiro: OMS [Internet]; 2011 [Acceso 2 de junio de 2017]. Disponible en: http://www.who.int/sdhconference/declaration/Rio_political_declaration_Spanish.pdf.
44. García Ramírez JA, Vélez Álvarez C. Determinantes sociales de la salud y la calidad de vida en población adulta de Manizales, Colombia. Revista Cubana de Salud Pública [Internet]. 2017 [Acceso 10 de junio de 2017]; 43(2):191-203. Disponible en: <http://web.b.ebscohost.com/ehost/pdfviewer/pdfviewer?vid=6&sid=58a07dd7-c5d7-48a3-8f38-0a09a2766cc3%40sessionmgr120&hid=124>.
45. Organización Mundial de la Salud. Determinantes e inequidades en salud. [Internet]. 2014 [citado 11 de junio de 2017]. Disponible en: <http://www.paho.org/salud-en-las-americas> 2012/index.php?option=com_content&view=article&id=58%3Ahealth-determinants-andinequalities &catid=24%3Achapters&Itemid=165&lang=es.
46. Hsiang-Yueh, H. Wen-Chou, CHI. Kwang-Hwa, CH. Chia-Feng, Y, Reuben, E. et al. The World Health Organization Disability Assessment Schedule 2.0 can predict the institutionalization of patients with stroke. European Journal of Physical and Rehabilitation Medicine [Internet]. 2017 [Acceso 15 de octubre de 2018]; 53(6):856-62. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/28627860>.

47. Salinas F, Lugo L, Restrepo R. Rehabilitación en salud. Medellín: Editorial Universidad de Antioquia. 2008.
48. Montaner, J. Fisiopatología de la isquemia cerebral. Avances en la patología neurovascular. España: Margue, SL. 2007.
49. Najma, K, Wan, A, Rabani, R, Azman, R, Norlinah, M, Hui Jan, T et al. A validation study of the Bahasa Malaysia version of the National Institute of Health Stroke Scale. Neurology Asia [Internet]. 2018 [citado 18 de octubre de 2018]; 23(3): 225 – 232. Disponible en:
<http://web.a.ebscohost.com/ehost/pdfviewer/pdfviewer?vid=9&sid=3810ef57-4ef4-4f8f-89c1-a70129825f2f%40sdc-v-sessmgr04>.
50. Johnson, Walter et al. “Stroke: A Global Response Is Needed.” Bulletin of the World Health Organization [Internet]. 2016 [citado 18 de octubre de 2018]; 94 (9): 634–634. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5034645/>.
51. Strong K, Mathers C, Bonita R. Citado en: Bonita R, Beaglehole R: Stroke prevention in poor countries: time for action. Stroke [Internet]. 2007 [citado 11 de junio de 2017]; 38:2871-2872. Disponible en:
<http://stroke.ahajournals.org/content/38/11/2871.short>.
52. Khaku A, Dulebohn S. Stroke. Stat Pearls [Internet]. 2017 [citado 11 de junio de 2017]; Treasure Island (FL): Disponible en: Available from:
<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK430927/>.
53. Santana MTM, Chun RYS, Chun RYS. Language and functionality of post-stroke adults: evaluation based on International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF). CoDAS [Internet]. 2017 [citado 27 de junio de 2017]; 29(1). Disponible en:
http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S231717822017000100306&lng=en&nrm=iso&tlng=en.

54. Carvalho-Pinto BPB, Faria CDCM. Health, function and disability in stroke patients in the community. *Braz J Phys Ther* [Internet]. 2016 [citado 27 de junio de 2017]; 20(4):355-66. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5015678/>.
55. Roa LML, Bedoya DV. Relación entre el grado de discapacidad y nivel de independencia funcional en adultos con enfermedad cerebrovascular. *Ciencia Actual* [Internet]. 2014 [citado 27 de junio de 2017]; 3(0):20-4. Disponible en: <http://www.revistas.usb.edu.co/index.php/Cienciactual/article/view/2142/1873>.
56. Bettger JP, Xin Zhao, Bushnell C, Zimmer L, Pan W, Williams LS et al. The association between socioeconomic status and disability after stroke: Findings from the Adherence evaluation After Ischemic stroke Longitudinal (AVAIL) registry. *BMC Public Health*. [Internet]. 2014 [citado 28 de junio de 2017]; 14(1):281-8. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/24666657>.
57. Kwon S-Y, Hong S-E, Kim E-J, Kim C-H, Joa K-L, Jung H-Y. Monitoring of Functioning Status in Subjects With Chronic Stroke in South Korea Using WHODAS II. *Annals of Rehabilitation Medicine* [Internet]. 2016 [citado 18 de octubre de 2018]; 40(1):111-119. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4775743/>.
58. Addo J, Ayerbe L, Mohan KM, Crichton S, Sheldenkar A, Chen R, et al. Socioeconomic Status and Stroke. *Stroke* [Internet]. 1 de abril de 2012 [citado 28 de junio de 2017]; 43(4):1186-91. Disponible en: <http://stroke.ahajournals.org/content/43/4/1186.long>.
59. Pradilla G, Vesga Be, León-Sarmiento Fe, Geneco. National neuroepidemiological study in Colombia (EPINEURO). *Rev Panam Salud Pública* [Internet]. 2003 Aug [citado 1 de julio de 2017]; 14(2): 104-11. Disponible en: <http://iris.paho.org/xmlui/bitstream/handle/123456789/8346/a05v14n2.pdf?sequence=1&isAllowed=y>.

60. Plan de ordenamiento territorial. Pasto, Territorio con sentido.2014-2027.
61. Departamento Administrativo Nacional de Estadística-DANE. Resultados preliminares de la implementación del registro para la localización y caracterización de las personas con discapacidad. Discapacidad por Departamentos. 2010.
62. República de Colombia. Alcaldía Municipal de Pasto. Plan de Desarrollo Municipal, “Pasto Educado Constructor de Paz”. 2016-2019.
63. Departamento Administrativo Nacional de Estadística-DANE. Informe de conjuntura económica regional. Departamento de Nariño. 2016.
64. Gobernación de Nariño. Secretaria de Equidad de Género e Inclusión Social. Política Pública de Discapacidad e Inclusión Social del Departamento de Nariño. 2013-2023.
65. Hernández, S. Metodología de la investigación. México: Mc Graw Hill. 2014.
66. Pineda, E. Alvarado, E. Metodología de la Investigación. Washington, D.C: Organización Panamericana de la Salud. 2008.
67. Mukaka M. A guide to appropriate use of Correlation coefficient in medical research. *Revista Malawi Med J* [Internet]. septiembre de 2012; 24(3):69-71. Recuperado el 26 de agosto 03, 2016, de: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3576830/>.
68. Ting, T. Chun, J. Hung, R. Creative Arts-Based Therapies for Stroke Survivors: A Qualitative Systematic Review. *Front. Psychol* [Internet]. 20 September 2018; 12 (9): 1-12. Recuperado el 9 de octubre de 2018, de: <https://www.frontiersin.org/articles/10.3389/fpsyg.2018.01646/full>.
69. Sacco, RL. Kasner, SE. Broderick, JP, et al. An updated definition of stroke for the 21st century: a statement for healthcare professionals from the American Heart Association/American Stroke Association. *Stroke* [Internet]. 2013; 44 (7): 2064-89. Recuperado el 9 de octubre de 2018, de:

https://www.ahajournals.org/doi/abs/10.1161/STR.0b013e318296aeca?url_ver=Z39.88-2003&rfr_id=ori%3Arid%3Acrossref.org&rfr_dat=cr_pub%3Dpubmed.


70. Bettger JP, Xin Zhao, Bushnell C, Zimmer L, Pan W, Williams LS, et al. The association between socioeconomic status and disability after stroke: Findings from the Adherence evaluation After Ischemic stroke Longitudinal (AVAIL) registry. *BMC Public Health* [Internet]. Marzo de 2014 [citado 28 de junio de 2017]; 14(1):281-8. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/24666657>.
71. Rodríguez. García. Gómez. Rodríguez. Mora. Pérez, et, al. Prevalencia de enfermedades cardiovasculares y de factores de riesgo cardiovascular en mayores de 65 años de un área urbana: estudio DERIVA. *Aten primaria*. 2013; 45 (7): 349-357. Recuperado el 9 de octubre de 2016, de: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0212656713000486?via%3Dihub>.
72. Organización Mundial de la Salud. Informe Mundial sobre la discapacidad. 2011.
73. Ramos, M. Carvalho. Layane, T. Braga, P. “Quality of Life after Stroke: Impact of Clinical and Sociodemographic Factors. *Clinics* [Internet]. 2018 [citado 16 de octubre de 2018]; 73 (1): 1-7. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6152181/>.
74. Arowoia AI, Elloker T, Karachi F, Mlenzana N, Khuabi L-AJ-N, Rhoda A. Using the World Health Organization’s Disability Assessment Schedule (2) to assess disability in community-dwelling stroke patients. *The South African Journal of Physiotherapy* [Internet]. 2017 [citado 19 de octubre de 2018]; 73(1):343. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6093092/>.
75. Bērziņa G, Smilškalne B, Vētra A, Stibrant Sunnerhagen K. Living in Latvia after stroke: the association between functional, social and personal factors and the level of self-perceived disability—a cross-sectional study. *BMJ Open* [Internet]. [citado


19 de octubre de 2018]; 2016;6(6): 1-11. Disponible en:
<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/27342238>.

76. Meyer MJ, Pereira S, McClure A, Teasell R, Thind A, Koval J et al. A systematic review of studies reporting multivariable models to predict functional outcomes after post-stroke inpatient rehabilitation. *Disabil Rehabil [Internet]*. 2015 [citado 20 de octubre de 2018];37(15):1316-23. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/25250807>.
77. Herazo, Y. Dominguez, R. Correlación entre pobreza extrema y discapacidad en los Departamentos de Colombia. *Cienc. innov. salud [Internet]*. 2013 [citado 13 de noviembre de 2018]; 1 (1): 11-17. Disponible en:
<file:///D:/Bibliotecas/Descargas/79-Article%20Text-65-1-10-20170331.pdf>.
78. Departamento Nacional de Planeación. Consejo Nacional de Política Económica y Social (CONPES). CONPES Social 116 de 2013, Política Pública Nacional de Discapacidad e Inclusión Social. Bogotá: DNP. 2013.

15 ANEXOS

Autorización aplicación herramienta VVAP

 **UNIVERSIDAD MARIANA**
AUT. 830 032 198-5



San Juan de Pasto, 18 de octubre de 2018

Estimada
Anyl Vanesa Arcos Rodríguez
Docente
Terapia Ocupacional
Facultad de Ciencias de la Salud
Universidad Mariana

Ref. Autorización - Aval para uso de herramienta resultante de proyecto de investigación.


Cordial saludo de paz y bien.

En respuesta a su solicitud de aval para el uso de la herramienta resultado de la investigación profesoral realizada en la Universidad Mariana denominada: Diseño de una herramienta para evaluar actividad y participación en personas con enfermedades cerebro vascular, yo Luis Alberto Montenegro Mora identificado con la cédula de ciudadanía número 1.085.277.350 de Pasto, como Director del Centro de Investigaciones de la Universidad Mariana, confiero aval de uso del producto resultante de la investigación anteriormente citada a la docente investigadora Anyl Vanesa Arcos Rodríguez, siempre y cuando mencione a la Universidad Mariana como entidad financiadora de la investigación que genero la herramienta en mención, y se confieran los créditos respectivos autores y demás.

Muchas gracias por la atención y amabilidad.

Éxito, felicidades y bendiciones.

Atentamente:


UNIVERSIDAD MARIANA
CCI
INVESTIGACIÓN DIRECCIÓN
Luis Alberto Montenegro Mora
Director
Centro de Investigaciones
Universidad Mariana
ciinvestigaciones@umariana.edu.co
montenegro@umariana.edu.co
7314923 Ext. 138
3233415387

Excelencia educativa para la transformación social

Calle 18 No. 34-104 - PBX (TEL): 7314923 - Fax: 7316618 SAN JUAN DE PASTO - COLOMBIA
www.umariana.edu.co - informacion@umariana.edu.co - [VEGEBAM@UMARIANA.EDU.CO](mailto:vegebam@umariana.edu.co)

CONSENTIMIENTO INFORMADO
GRUPO DE INVESTIGACIÓN CUERPO MOVIMIENTO

INVESTIGACIÓN:

Título: Discapacidad y Determinantes Sociales de la Salud en personas con Enfermedad Cerebro Vascular, en la Ciudad de San Juan de Pasto.

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 Anyi Vanesa Arcos Rodríguez, estudiante de Maestría en Discapacidad de la Universidad Autónoma de Manizales, para la realización de los siguientes procedimientos:

1. Aplicación instrumento Determinantes Sociales de la Salud
2. Aplicación instrumento para evaluar actividad y participación

Adicionalmente se me informó que:

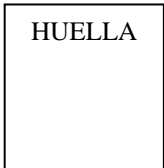
- Mi participación en esta investigación es completamente libre y voluntaria, estoy en libertad de retirarme de ella en cualquier momento.
- No recibiré beneficio personal de ninguna clase por la participación en este proyecto de investigación. Sin embargo, se espera que los resultados obtenidos permitirán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

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

Firma

Documento de identidad _____ No. _____ de _____

Huella Índice derecho:



Proyecto aprobado por el comité de Bioética de la UAM, según consta en el acta No 2017-14 del 17 de octubre de 2017.

UNIVERSIDAD AUTONOMA DE MANIZALES

FACULTAD DE SALUD

GRUPO DE INVESTIGACIÓN CUERPO - MOVIMIENTO

INSTRUMENTO DE RECOLECCIÓN DE INFORMACIÓN

DETERMINANTES SOCIALES DE LA SALUD¹

1)Sexo	0- Masculino		1-Femenino		2)Edad en años							
3)Etnia	1-negro		2-Raizal		3-Palenquero		4-Gitano		5-Indígena		6-Meztizo	
4)Estado civil	1-Soltero		2-Casado		3-Unión Libre			4-Viudo		5 - Divorciado		
5)Barrio donde vive actualmente	1-Urbano				2-Rural							
7)Nivel educativo	0- Ninguno	1- Preescolar incompleto		2- Preescolar completo		3- Primaria incompleta		4- Primaria completa		5- Secundaria incompleta		6- Secundaria completa
	7- Técnic/tecnólogo incompleto		8- Técnic/tecnólogo completo		9- Universitario sin título		10- Universitario con título		11- Posgrado incompleto		12- Posgrado completo	
87)Afiliado a SGSSS	1- Si	2- No		9)Tipo de afiliación		1- Contributivo		2- Subsidiado		3-Pobre no afiliado		4-No sabe
Circunstancias materiales del trabajo												
10)Ingreso			11)Recibe			1-Si	2-	12)Tipo de contrato laboral				

¹ Tomado de: Estudio del Grupo de Investigación Cuerpo Movimiento denominado: "Determinantes sociales de la salud predictores del grado de discapacidad en personas mayores de 18 años- Estudio Multicéntrico.

mensual promedio		pensión por discapacidad			No		
1-Término fijo		2-Término indefinido	3-Sin contrato		4-Otro	¿Cuál?	
13) Forma de desplazamiento para ir al sitio de trabajo	1-Caminando	2-Vehículo particular	3-Transporte público		4-Otro	¿Cuál?	
14) Actividad realizada antes de la discapacidad	0-Sin actividad		1-Trabajo	2-Sin empleo		3-Estudio	4-Hogar
	5-Jubilado o pensionado			6-Otro		¿Cuál?	
Tipo de vivienda							
15) Actualmente Usted habita en	1-Casa		2-Apartamento		3-Cuarto	4-Institución pública	
	5-Institución privada		6-Otro tipo		¿Cuál?		
16) La vivienda que habita es	1-Arrendada	2-Pagando propia	3-Propia pagada	4-Otro	¿Cuál?		
17) Con quien vive actualmente					1-Solo	2-Pareja	
1-Solo	2-Pareja	3-Familiares	4-Otros	¿Quiénes?			
18) Servicios de salud		Si	No				
1-Psiquiatría	2-Fisioterapia		3-Fonoaudiología	4-Terapia Ocupacional		5-Optometría	

6- Psicología		7-Trabajo social		8- Medicamentos		9-Otro		¿Cuál?	
19)Factores que atribuye su recuperación				1-Salud y servicios recibidos		2-Apoyo familiar		3-Empeño por salir adelante	
4-A Dios		5-Medicina alternativa		6- Otro		¿Cuál?			
20) Quien paga la rehabilitación			1- SGSS	2- Familia	3- Personal	4- ONG	5- Empleado	6-Otro	
21)Razones para no recibir rehabilitación				1-Ya finalizó	2-Cree no necesitar	3-No le gusta	4-falta dinero		
				5-Lejania del centro reh.	6-No hay quien lo lleve	7-No sabe	8-Sin dato		
22)Cuántos años lleva en rehabilitación									

Herramienta VVAP-ECV²

² Herramienta de evaluación resultado de investigación profesoral Universidad Mariana. Diseño de herramienta para evaluar actividad y participación en personas con Enfermedad Cerebro Vascular.

Aprendizaje y aplicación del conocimiento							
Ítems	Que tanta dificultad en los últimos 30 días ha tenido usted para:	Calificadores					
Mirar (a110)	Mirar y apreciar estímulos visuales, como ver un acontecimiento deportivo.	0	1	2	3	4	5
Escuchar (a115)	Escuchar, y poder apreciar estímulos auditivos, como escuchar la radio o música.	0	1	2	3	4	5
Otras experiencias sensoriales (a120)	Usar intencionadamente otros sentidos del cuerpo para apreciar estímulos, como tocar y sentir texturas, saborear dulces u oler flores.	0	1	2	3	4	5
Copiar (a130)	Imitar o hacer mímica, como copiar un gesto, un sonido.	0	1	2	3	4	5
Adquisición de habilidades (a155)	Usar sus capacidades y ejecutar acciones, para iniciar y completar una habilidad, como manipular herramientas, o jugar juegos como el ajedrez.	0	1	2	3	4	5
Centrar la atención (a160)	Mantener la atención en una actividad específica, por ejemplo, dejar pasar por alto sonidos que provoquen distracción, mientras está leyendo.	0	1	2	3	4	5
Pensar (a163)	Formar o crear ideas, conceptos e imágenes, que van orientadas a alcanzar metas o no, tales como: meditar, reflexionar.	0	1	2	3	4	5
Leer (a166)	Comprender e interpretar el lenguaje escrito, por ejemplo leer libros, instrucciones, periódicos, (en lenguaje convencional o en Braille).	0	1	2	3	4	5
Escribir (a170)	Usar o producir símbolos o lenguaje que permitan transmitir información, como escribir una relación de hechos, o hacer un borrador de una carta.	0	1	2	3	4	5
Calcular (a172)	Resolver cálculos matemáticos y exponer los resultados, tales como: calcular la suma de tres números, o hallar el resultado de dividir un número entre otro.	0	1	2	3	4	5
Participación (P1)	Que tanto estas dificultades han afectado su vida?	0	1	2	3	4	5
Tareas y demandas generales							
Ítems	Que tanta dificultad en los últimos 30 días ha tenido usted para:	Calificadores					
Llevar a cabo una única tarea (a210)	Llevar a cabo acciones sencillas o complejas y coordinadas, involucrando capacidades mentales y físicas requeridas en una tarea, como iniciar una actividad, organizar el tiempo, espacio y materiales para realizarla, llevarla a cabo, mantenerla en marcha o completarla.	0	1	2	3	4	5

Llevar a cabo múltiples tareas (a220)	Llevar a cabo acciones coordinadas sencillas o complejas, requeridas en la ejecución de tareas múltiples, que se pueden ejecutar en secuencia, o de forma simultánea.	0	1	2	3	4	5
Llevar a cabo rutinas diarias (a230)	Llevar a cabo, acciones coordinadas simples o complejas para planear, dirigir y completar los requerimientos de tareas diarias, por ejemplo llevar la economía doméstica y hacer planes para distintas actividades a lo largo del día.	0	1	2	3	4	5
Participación (P1)	Que tanto estas dificultades han afectado su vida?	0	1	2	3	4	5
Comunicación							
Ítems	Que tanta dificultad en los últimos 30 días ha tenido usted para:	Calificadores					
Comunicación – recepción de mensajes hablados (a310)	Comprender y comunicar el significado de frases, utilizando el lenguaje oral.	0	1	2	3	4	5
Comunicación – recepción de mensajes no verbales (a315)	Comprender el significado de mensajes expresados a través de gestos como darse cuenta de que una niña está cansada, de símbolos como comprender el significado de señales de tránsito.	0	1	2	3	4	5
Comunicación – recepción de mensajes en lenguaje de signos convencional (a320)	Recibir y comprender mensajes en lenguaje de signos convencionales, por ejemplo comprender el mensaje de las señales de tránsito.	0	1	2	3	4	5
Comunicación – recepción de mensajes escritos (a325)	Comprender y comunicar los mensajes expresados en lenguaje escrito (incluido Braille), como entender el mensaje de un texto religioso o acontecimientos políticos en el periódico.	0	1	2	3	4	5
Hablar (a330)	Producir palabras, frases y discursos mediante el lenguaje hablado, como expresar un hecho o contar una historia.	0	1	2	3	4	5
Mensajes escritos (a345)	Expresarse mediante el lenguaje escrito, como escribir una carta a un familiar.	0	1	2	3	4	5
Conversación (a350)	Iniciar, mantener y finalizar un dialogo, llevado a cabo a través del lenguaje hablado, escrito, de signos u otras formas de lenguaje, con una o más personas conocidas, o extraños.	0	1	2	3	4	5
Discusión (a355)	Iniciar, mantener y finalizar una disputa mediante el lenguaje hablado, escrito, de signos u otras formas de lenguaje, con una o más personas conocidas o extraños.	0	1	2	3	4	5
Utilización de dispositivos y técnicas de comunicación (a360)	Usar dispositivos, técnicas, y otros medios con el propósito de comunicarse, por ejemplo cuando se llama a un amigo por teléfono.	0	1	2	3	4	5

Participación (P1)	Que tanto estas dificultades han afectado su vida?	0	1	2	3	4	5
Movilidad							
Ítems	Que tanta dificultad en los últimos 30 días ha tenido usted para:	Calificadores					
Cambiar las posturas corporales básicas (a410)	Adoptar o abandonar una postura, pasar de un lugar a otro, como levantarse de una silla para tumbarse en una cama, y adoptar o abandonar posiciones determinadas, como arrodillarse o sentarse en cuclillas.	0	1	2	3	4	5
Mantener la posición del cuerpo (a415)	Mantener el cuerpo en la misma posición durante el tiempo necesario, como permanecer sentado o de pie en el trabajo o en el colegio.	0	1	2	3	4	5
Transferir el propio cuerpo (a420)	Moverse de una superficie a otra, como deslizarse a lo largo de un banco o pasar de estar sentado en la cama a sentarse en una silla, sin cambiar la posición del cuerpo.	0	1	2	3	4	5
Levantar y llevar objetos (a430)	Levantar un objeto o llevar algo de un sitio a otro, como ocurre al levantar una taza o al llevar a un niño de una habitación a otra.	0	1	2	3	4	5
Mover objetos con las extremidades inferiores (a435)	Realizar las acciones coordinadas precisas para mover un objeto utilizando las piernas y los pies, como ocurre al dar patadas/patear a un balón y al pedalear en una bicicleta.	0	1	2	3	4	5
Uso fino de la mano (a440)	Realizar acciones coordinadas relacionadas con manejar, recoger, manipular y soltar objetos, por ejemplo: para coger monedas de una mesa, girar el botón para subir y bajar el volumen de un radio, o girar la chapa de una puerta.	0	1	2	3	4	5
Uso de la mano y el brazo (a445)	Realizar acciones coordinadas para manipular y mover objetos utilizando las manos y los brazos, por ejemplo: al girar la perilla de una puerta, o lanzar o atrapar un objeto en movimiento.	0	1	2	3	4	5
Andar (a450)	Caminar sobre una superficie a pie, distancias cortas o largas, como: pasear, deambular, caminar hacia adelante, hacia atrás o de lado.	0	1	2	3	4	5
Desplazarse por el entorno (a455)	Mover todo el cuerpo de un sitio a otro siempre que no sea andando, como correr por una calle, brincar, corretear, saltar, dar vueltas, o correr esquivando obstáculos.	0	1	2	3	4	5
Desplazarse por distintos lugares (a460)	Andar y moverse por varios lugares y situaciones, como andar por las habitaciones de una casa, dentro de un edificio o por la calle de una ciudad.	0	1	2	3	4	5
Desplazarse utilizando algún tipo de equipamiento (a465)	Desplazarse de un lugar a otro, utilizando dispositivos específicos por ejemplo: moverse por una calle utilizando silla de ruedas, o un andador.	0	1	2	3	4	5

Utilización de medios de transporte (a470)	Utilizar medios de transporte para desplazarse como pasajero, por ejemplo: hacer uso de bus, taxi, o moto.	0	1	2	3	4	5
Conducción (a475)	Conducir un medio de transporte como un vehículo, una bicicleta, o montar animales.	0	1	2	3	4	5
Participación (P1)	Que tanto estas dificultades han afectado su vida?	0	1	2	3	4	5
Autocuidado							
Ítems	Que tanta dificultad en los últimos 30 días ha tenido usted para:	Calificadores					
Lavarse (a510)	Lavarse y secarse todo el cuerpo, o partes del cuerpo, utilizando agua y materiales apropiados de lavado y secado, como: bañarse, lavarse las manos, la cara, y secarse con una toalla.	0	1	2	3	4	5
Cuidado partes del cuerpo (a520)	Cuidado de partes del cuerpo, como por ejemplo la piel, la cara, los dientes, el cuero cabelludo, las uñas y genitales, que requieren un nivel de cuidado mayor que el mero hecho de lavarse y secarse	0	1	2	3	4	5
Higiene personal relacionado con los procesos de excreción (a530)	La planificación y realización de la eliminación de desechos humanos (flujo menstrual, orina y heces), y la propia limpieza posterior	0	1	2	3	4	5
Vestirse (a540)	Llevar a cabo las acciones coordinadas para ponerse y quitarse ropa, y el calzado, en el orden correcto, eligiendo la ropa adecuada, por ejemplo: ponerse, abrocharse y quitarse camisas, faldas, blusas, pantalones, ropa interior, medias, y zapatos.	0	1	2	3	4	5
Comer (a550)	Llevar a cabo las tareas y acciones coordinadas relacionadas con comer los alimentos servidos, llevarlos a la boca y consumirlos, cortar en trozos, abrir botellas y latas, usar cubiertos, reunirse para comer, en banquetes o cenas.	0	1	2	3	4	5
Beber (a560)	Sujetar el vaso, llevarlo a la boca y tomar un líquido de manera adecuada. Mezclar, revolver y servir líquidos para beber, abrir botellas y latas, tomar un líquido con un pitillo.	0	1	2	3	4	5
Cuidado de la propia salud (a570)	Asegurar la salud y el bienestar físico y mental, por ejemplo: manteniendo una dieta equilibrada, realizando actividad física, evitando daños para la salud, adoptando prácticas sexuales seguras, y realizando chequeos médicos de forma regular.	0	1	2	3	4	5
Participación (P1)	Que tanto estas dificultades han afectado su vida?	0	1	2	3	4	5

Instructivo de la Herramienta para evaluar actividad y participación en personas con Enfermedad Cerebro Vascular VVAP- ECV

1. Descripción general

Nombre de la herramienta de evaluación.	Herramienta para evaluar actividad y participación en personas con Enfermedad Cerebro Vascular. (VVAP-ECV).
Autor	Anyi Vanesa Arcos Rodríguez. Johana Vanesa Benavidez Moreno.
Constructo evaluado	Limitación en la actividad y restricción en la participación.
Área de aplicación	Discapacidad.
Población	Personas ECV.

2. Ficha técnica

Nombre de la herramienta: Herramienta para evaluar actividad y participación en personas con ECV (VVAP- ECV).

Tiempo de aplicación: Aproximadamente 30 minutos.

Población a la cual va dirigida: Personas que ha experimentado una Enfermedad Cerebro Vascular.

Finalidad: Determinar los problemas que experimentan las personas con ECV, en terminos de limitación en la actividad y restricción en la participación.

Descripción general

La Herramienta de evaluación VVAP-ECV, pretende identificar las dificultades que experimentan las personas con ECV, en relación a la limitación en la actividad y restricción en la participación. Utiliza un formato de aplicación, que se recoge a través de preguntas dirigidas a la persona, o en el caso que se requiera, al cuidador.

Cuenta con un primer apartado, que contiene un conjunto de preguntas que buscan conocer aspectos relacionados con información sociodemográfica.

Para evaluar la magnitud del problema en el componente de actividad y participación, la herramienta de evaluación se organiza en un rango de 0 a 5. Cero significa no hay problema; uno, problema leve; dos, problema moderado; tres, problema grave; cuatro, problema completo y cinco no evaluable.

Incluye cinco dominios correspondientes al componente de actividad. Se señalan entonces: aprendizaje y aplicación del conocimiento, tareas y demandas generales, comunicación, movilidad y autocuidado. Cada uno de ellos, cuenta con diversos ítems referenciados con la letra (*a*). El primer dominio, está relacionado con aprendizaje y aplicación del conocimiento. En este dominio, se incluye un total de 10 ítems. El segundo dominio, vincula aspectos relacionados con tareas y demandas generales. Este dominio recoge información relacionada con los hábitos y rutinas diarias. En él, se incluye un total de 3 ítems. El tercer dominio, señala la comunicación, con la intención de conocer las dificultades inmersas tanto en la comprensión y expresión del lenguaje verbal y no verbal, utilizando diversas formas de comunicación. En este dominio, se incluye un total de 9 ítems. El cuarto dominio, hace mención a movilidad, que van desde mantener una posición, hasta desplazarse por diversos entornos. En él, se incluyen 13 ítems. Y finalmente, se vincula el quinto dominio relacionado con autocuidado. Aquí, se pretende comprender las dificultades que pueden estar inmersas en el desempeño de las actividades de la vida diaria, hasta el cuidado de la propia salud. En este dominio, aparecen 7 ítems.

Cada uno de los dominios mencionados anteriormente, inician con una pregunta de referencia, que especifica: “*En los últimos 30 días*” ¿*Cuánta dificultad ha tenido para?*”. Esta pregunta está basada en el instrumento World Health Organization Disability Assessment Schedule (WHO-DAS II)⁶. Adicionalmente, al final de cada dominio, se incluye una pregunta global de participación, identificada con la letra (*p*) y aparece como: “¿*Que tanto estas dificultades han afectado su vida?*”.

La herramienta de evaluación, permite determinar el grado de discapacidad en cada uno de los dominios, la cual califica la discapacidad como ninguna (0 a 4), leve (5 a 24), moderada (25 a 49), severa (50 a 95) y completa (96 a 100), estableciendo como directriz la CIF al señalar la magnitud del problema.

Aplicación

- La herramienta de evaluación se debe aplicar mediante una entrevista, por lo tanto, previo a la aplicación el entrevistador deberá conocer los requerimientos.
- Antes de iniciar la aplicación de la herramienta de evaluación, informe la duración de la misma. El tiempo de aplicación es aproximadamente 30 minutos. De esta manera, la persona evaluada considerara la disponibilidad.
- Disponga de un espacio confortable, el cual garantice la comodidad para el evaluador, para la persona evaluada y quienes esten presentes en el proceso.
- Tenga la certeza de que la respuesta emitida por la persona evaluada, o en el caso necesario, la respuesta generada por el cuidador, es la adecuada, que garantice la precisión en la selección de los calificadores y sus puntuaciones. De no ser así, se podrá dar ciertos ejemplos o repetir nuevamente la pregunta, que permitan a la persona evaluada o al cuidador, hacer aclaraciones pertinentes. En cualquier caso, trate de asegurarse que la respuesta sea la correcta.
- Para la puntuación, tenga en cuenta el punto de referencia el problema moderado, es decir, el calificador N° 2, considerado como aquel que está presente como máximo durante la mitad
- del tiempo. Desde este punto de referencia, usted se puede orientar para verificar cuando no existe un problema o un problema leve, o al contrario, un problema grave o completo.
- Al iniciar cada dominio, se debe hacer énfasis en la pregunta de referencia, *¿en los últimos 30 días, ¿cuánta dificultad ha tenido para?*
- En todos los casos, no se debe omitir la pregunta que se encuentra al finalizar cada dominio, señalada así: *¿Que tanto estas dificultades han afectado su vida?* Esta pregunta ayudara a comprender la restricción en la participación social. Aquí, se debe hacer énfasis, en como las limitaciones en la actividad generan restricción en la participación, a partir de la percepción de la persona evaluada. Para ampliar esta pregunta, se debe mencionar como percibe los problemas en torno a la participación en la vida comunitaria, social, cívica e interacciones personales.
- Utilice la terminología incluida en cada ítem de la herramienta, pues en ella se determinan ejemplos claros que permiten una mayor comprensión de la misma. De no

ser así, usted podrá hacer uso de ejemplos familiares, que garanticen la claridad y comprensión de la pregunta.

- No haga suposiciones. Es decir si la persona evaluada o el cuidador expresa tener un problema grave en un ítem, usted considera que el mismo, puede afectar otros que se relacionan. Pues estas suposiciones, quizás no son las que realmente experimenta la persona evaluada.
- En la calificación, considere aditamentos o ayudas externas que actualmente la persona evaluada este utilizando en las actividades en que se requieran. Verifique el tiempo de uso, para determinar con exactitud la magnitud del problema.
- El calificador de cinco (5), se debe utilizar cuando los ítems sean no evaluables. Por ejemplo si una persona tiene problemas para leer y escribir y este problema, no esté asociado a su discapacidad, si no a otras circunstancias. Por ejemplo, cuando una persona nunca aprendió a leer y escribir.
- Durante el registro de las puntuaciones, mantenga una línea continua en la opción de calificación considerada. Fijese en el siguiente ejemplo.

Aprendizaje y aplicación del conocimiento		Calificadores					
Ítems	Que tanta dificultad en los últimos 30 días, ha tenido usted para:	0	1	2	3	4	5
Mirar (a110)	Mirar y apreciar estímulos visuales, como ver un acontecimiento deportivo.	0	1	2	3	4	5
Escuchar (a115)	Escuchar, y poder apreciar estímulos auditivos, como escuchar la radio o música.	0	1	2	3	4	5
Otras experiencias sensoriales (a120)	Usar intencionadamente otros sentidos del cuerpo para apreciar estímulos, como tocar y sentir texturas, saborear dulces u oler flores.	0	1	2	3	4	5
Copiar (a130)	Imitar o hacer mímica, como copiar un gesto, un sonido.	0	1	2	3	4	5
Adquisición de habilidades (a155)	Usar sus capacidades y ejecutar acciones, para iniciar y completar una habilidad, como manipular herramientas, o jugar juegos como el ajedrez.	0	1	2	3	4	5
Centrar la atención (a160)	Mantener la atención en una actividad específica, por ejemplo, dejar pasar por alto sonidos que provoquen distracción, mientras está leyendo.	0	1	2	3	4	5
Pensar (a163)	Formar o crear ideas, conceptos e imágenes, que van orientadas a alcanzar metas o no, tales como: meditar, reflexionar.	0	1	2	3	4	5

- Para determinar el grado de discapacidad en cada uno de los dominios, inicialmente multiplique el último calificador (4), por el número total de ítems de cada dominio, por ejemplo: en el dominio de aprendizaje y aplicación del conocimiento, el número total de ítems es 11, multiplicado por 4 ($11 \times 4 = 44$), tenga en cuenta este último valor, que se tendrá en cuenta en la siguiente fórmula. Ahora, realice la sumatoria de los calificadores de cada ítem, multiplique por 100 y divida entre el valor que se determinó anteriormente. Por ejemplo: sumatoria total de calificadores del dominio de aprendizaje y aplicación del conocimiento, en una persona evaluada (38), multiplicado por 100 y dividido entre el dato que inicialmente se menciona ($38 \times 100 / 44 = 86$). Los

rangos establecidos por la CIF¹, permiten determinar el grado de discapacidad en cada uno de los dominios, por tanto, la calificación se enmarca de la siguiente manera: ninguna (0 a 4), leve (5 a 24), moderada (25 a 49), severa (50 a 95) y completa (96 a 100). En el ejemplo mencionado, el problema en el dominio de aprendizaje y aplicación del conocimiento, sería severo.

Resultados limitaciones en la actividad por dominios e ítems

APRENDIZAJE Y APLICACIÓN DEL CONOCIMIENTO			
Mirar (a 110)			
		Frecuencia	Porcentaje
Válido	No hay Problema	50	51
	Problema Leve	22	23
	Problema Moderado	14	14
	Problema Grave	7	7
	Problema Completo	5	5
	Total	98	100
Escuchar (a 115)			
		Frecuencia	Porcentaje
Válido	No hay Problema	59	60
	Problema Leve	16	17
	Problema Moderado	12	12
	Problema Grave	7	7
	Problema Completo	4	4
	Total	98	100
Otras experiencias sensoriales (a120)			
		Frecuencia	Porcentaje
Válido	No hay Problema	55	56
	Problema Leve	12	13
	Problema Moderado	16	16
	Problema Grave	9	9
	Problema Completo	6	6
	Total	98	100
Copiar (a130)			
		Frecuencia	Porcentaje
Válido	No hay Problema	43	44
	Problema Leve	18	19
	Problema Moderado	13	13
	Problema Grave	12	12

	Problema Completo	12	12
	Total	98	100
Adquisición de habilidades (a 155)			
		Frecuencia	Porcentaje
Válido	No hay Problema	34	35
	Problema Leve	17	17
	Problema Moderado	19	20
	Problema Grave	13	13
	Problema Completo	15	15
	Total	98	100,0
Centrar la atención (a160)			
		Frecuencia	Porcentaje
Válido	No hay Problema	41	42
	Problema Leve	21	22
	Problema Moderado	14	14
	Problema Grave	15	15
	Problema Completo	7	7
	Total	98	100
Pensar (a163)			
		Frecuencia	Porcentaje
Válido	No hay Problema	52	53
	Problema Leve	14	14
	Problema Moderado	10	11
	Problema Grave	14	14
	Problema Completo	8	8
	Total	98	100
Leer (a166)			
		Frecuencia	Porcentaje
Válido	No hay Problema	40	41
	Problema Leve	14	14
	Problema Moderado	12	12
	Problema Grave	8	8
	Problema Completo	15	16
	No aplica	9	9
Total		98	100
Escribir (a170)			
		Frecuencia	Porcentaje
Válido	No hay Problema	19	20
	Problema Leve	18	19

	Problema Moderado	22	22
	Problema Grave	11	11
	Problema Completo	20	20
	No aplica	8	8
Total		98	100

Calcular (a172)

		Frecuencia	Porcentaje
Válido	No hay Problema	34	35
	Problema Leve	11	11
	Problema Moderado	17	17
	Problema Grave	5	5
	Problema Completo	19	20
	No aplica	12	12
Total		98	100

TAREAS Y DEMANDAS GENERALES

Llevar a cabo una única tarea (a210)

		Frecuencia	Porcentaje
Válido	No hay Problema	26	27
	Problema Leve	20	21
	Problema Moderado	17	17
	Problema Grave	16	16
	Problema Completo	19	19
Total		98	100

Llevar a cabo múltiples tareas (a220)

		Frecuencia	Porcentaje
Válido	No hay Problema	18	19
	Problema Leve	20	21
	Problema Moderado	14	14
	Problema Grave	16	16
	Problema Completo	30	30
Total		98	100

Llevar a cabo rutinas diarias (a230)

		Frecuencia	Porcentaje
Válido	No hay Problema	23	24
	Problema Leve	17	17
	Problema Moderado	12	12
	Problema Grave	16	16
	Problema Completo	30	31
Total		98	100

COMUNICACIÓN			
Comunicación - recepción de mensajes hablado (a310)			
		Frecuencia	Porcentaje
Válido	No hay Problema	50	51
	Problema Leve	41	41
	Problema Moderado	7	8
	Problema Grave	0	0
	Problema Completo	0	0
	Total	98	100
Comunicación - recepción de mensajes no verbales (a315)			
		Frecuencia	Porcentaje
Válido	No hay Problema	54	55
	Problema Leve	20	21
	Problema Moderado	9	9
	Problema Grave	11	11
	Problema Completo	4	4
	Total	98	100
Comunicación - recepción de mensajes en lenguajes de signos no convencional (a320)			
		Frecuencia	Porcentaje
Válido	No hay Problema	53	54
	Problema Leve	13	14
	Problema Moderado	10	10
	Problema Grave	11	11
	Problema Completo	11	11
	Total	98	100
Comunicación - recepción de mensajes escritos (a325)			
		Frecuencia	Porcentaje
Válido	No hay Problema	46	47
	Problema Leve	15	16
	Problema Moderado	9	10
	Problema Grave	6	6
	Problema Completo	14	14
	No aplica	8	8
Total		98	100
Hablar (a330)			
		Frecuencia	Porcentaje
Válido	No hay Problema	76	77

Problema Leve	20	21
Problema Moderado	2	2
Problema Grave	0	0
Problema Completo	0	0
Total	98	100

Mensajes escritos (a345)

		Frecuencia	Porcentaje
Válido	No hay Problema	19	20
	Problema Leve	18	19
	Problema Moderado	22	22
	Problema Grave	11	11
	Problema Completo	20	20
	No aplica	8	8
Total		98	100

Conversación (a350)

		Frecuencia	Porcentaje
Válido	No hay Problema	48	49
	Problema Leve	13	14
	Problema Moderado	17	17
	Problema Grave	11	11
	Problema Completo	9	9
Total		98	100

Discusión (a355)

		Frecuencia	Porcentaje
Válido	No hay Problema	45	46
	Problema Leve	14	15
	Problema Moderado	13	13
	Problema Grave	14	14
	Problema Completo	12	12
Total		98	100

Utilización de dispositivos y técnicas de comunicación (a360)

		Frecuencia	Porcentaje
Válido	No hay Problema	49	50
	Problema Leve	13	14
	Problema Moderado	10	10
	Problema Grave	8	8
	Problema Completo	18	18
Total		98	100

MOVILIDAD			
Cambiar posturas corporales básicas (a410)			
		Frecuencia	Porcentaje
Válido	No hay Problema	29	30
	Problema Leve	15	15
	Problema Moderado	18	19
	Problema Grave	16	16
	Problema Completo	20	20
Total		98	100
Mantener la posición del cuerpo (a415)			
		Frecuencia	Porcentaje
Válido	No hay Problema	27	28
	Problema Leve	20	21
	Problema Moderado	16	16
	Problema Grave	20	20
	Problema Completo	15	15
Total		98	100
Transferir el propio cuerpo (a420)			
		Frecuencia	Porcentaje
Válido	No hay Problema	27	28
	Problema Leve	17	18
	Problema Moderado	14	14
	Problema Grave	18	18
	Problema Completo	22	22
Total		98	100
Levantar y llevar objetos (430)			
		Frecuencia	Porcentaje
Válido	No hay Problema	14	15
	Problema Leve	21	21
	Problema Moderado	21	21
	Problema Grave	15	15
	Problema Completo	27	28
Total		98	100
Mover objetos con las extremidades inferiores (a435)			
		Frecuencia	Porcentaje
Válido	No hay Problema	15	15
	Problema Leve	19	20
	Problema Moderado	14	14
	Problema Grave	16	16

	Problema Completo	34	35
	Total	98	100
Uso fino de la mano (a440)			
		Frecuencia	Porcentaje
Válido	No hay Problema	31	32
	Problema Leve	12	12
	Problema Moderado	22	22
	Problema Grave	14	14
	Problema Completo	19	20
	Total	98	100
Uso de la mano y el brazo (a445)			
		Frecuencia	Porcentaje
Válido	No hay Problema	24	25
	Problema Leve	21	22
	Problema Moderado	20	20
	Problema Grave	14	14
	Problema Completo	19	19
	Total	98	100
Andar (a450)			
		Frecuencia	Porcentaje
Válido	No hay Problema	17	17
	Problema Leve	17	17
	Problema Moderado	12	12
	Problema Grave	19	20
	Problema Completo	33	34
	Total	98	100
Desplazarse por el entorno (a455)			
		Frecuencia	Porcentaje
Válido	No hay Problema	11	12
	Problema Leve	15	15
	Problema Moderado	15	15
	Problema Grave	15	15
	Problema Completo	42	43
	Total	98	100
Desplazarse por distintos lugares (a460)			
		Frecuencia	Porcentaje
Válido	No hay Problema	17	17
	Problema Leve	18	19
	Problema Moderado	14	14

Problema Grave	13	13
Problema Completo	36	37
Total	98	100

Desplazarse utilizando algún tipo de equipamiento (a465)

		Frecuencia	Porcentaje
Válido	No aplica	77	79
	Problema Leve	7	7
	Problema Moderado	2	2
	Problema Grave	6	6
	Problema Completo	6	6
	Total	98	100

Utilización de medios de transporte(a470)

		Frecuencia	Porcentaje
Válido	No hay Problema	21	22
	Problema Leve	11	11
	Problema Moderado	10	10
	Problema Grave	15	15
	Problema Completo	41	42
	Total	98	100

Conducción (a475)

		Frecuencia	Porcentaje
Válido	No aplica	15	15
	No hay Problema	15	15
	Problema Leve	4	5
	Problema Moderado	14	15
	Problema Grave	10	10
	Problema Completo	40	40
	Total	98	100

AUTOCUIDADO

		Frecuencia	Porcentaje
Válido	No hay Problema	31	32
	Problema Leve	12	12
	Problema Moderado	9	9
	Problema Grave	9	9
	Problema Completo	37	38
	Total	98	100

Lavarse (a510)

		Frecuencia	Porcentaje
Válido	No hay Problema	30	31
	Problema Leve	10	10
	Problema Moderado	14	14
	Problema Grave	9	9
	Problema Completo	35	36
	Total	98	100

Cuidado partes del cuerpo (a520)

		Frecuencia	Porcentaje
Válido	No hay Problema	38	39
	Problema Leve	11	11
	Problema Moderado	10	10
	Problema Grave	10	10
	Problema Completo	29	30
	Total	98	100,0

Higiene personal relacionado con los procesos de excreción (a530)

		Frecuencia	Porcentaje
Válido	No hay Problema	29	30
	Problema Leve	10	10
	Problema Moderado	15	15
	Problema Grave	13	13
	Problema Completo	31	32
	Total	98	100,0

Vestirse (a540)

		Frecuencia	Porcentaje
Válido	No hay Problema	39	40
	Problema Leve	18	19
	Problema Moderado	9	9
	Problema Grave	11	11
	Problema Completo	21	21
	Total	98	100

Comer (a550)

		Frecuencia	Porcentaje
Válido	No hay Problema	45	46
	Problema Leve	13	13
	Problema Moderado	10	10
	Problema Grave	8	8
	Problema Completo	22	23
	Total	98	100

Beber (a560)			
		Frecuencia	Porcentaje
Válido	No hay Problema	26	27
	Problema Leve	16	16
	Problema Moderado	19	19
	Problema Grave	7	7
	Problema Completo	30	31
	Total	98	100

Cuidado de la propia salud (a570)			
		Frecuencia	Porcentaje
Válido	No hay Problema	26	27
	Problema Leve	16	16
	Problema Moderado	19	19
	Problema Grave	7	7
	Problema Completo	30	31
	Total	98	100

Distribución restricción en la participación en cada uno de los subgrupos formados por las variables que se asociaron estadísticamente.

Restricción en la participación – Dominio de autocuidado según subgrupos formados por el tipo de vivienda.

Tipo de vivienda	No hay problema	Problema leve	Problema moderado	Problema grave	Problema completo	N (%)
Arrendada	33%	33%	20%	0%	13%	15 (100%)
Pagando propia	31%	0%	19%	0%	50%	16 (100%)
Propia	30%	9%	13%	20%	28%	46 (100%)
Otra (Institucional)	5%	10%	33%	14%	38%	21 (100%)

Fuente: elaboración del autor a partir de datos de la investigación

Restricción en la participación – Dominio aprendizaje y aplicación del conocimiento según subgrupos formados por la condición de recibir medicamentos.

Recibe Medicamentos	No hay problema	Problema leve	Problema moderado	Problema grave	Problema completo	N (%)
---------------------	-----------------	---------------	-------------------	----------------	-------------------	-------

No	5%	10%	19%	19%	48%	21 (100%)
Si	21%	30%	21%	16%	12%	43 (100%)

Fuente: elaboración del autor a partir de datos de la investigación

Restricción en la participación – Dominio de tareas y demandas generales según subgrupos formados por la condición de recibir medicamentos.

Recibe Medicamentos	No hay problema	Problema leve	Problema moderado	Problema grave	Problema completo	N (%)
No	10%	5%	10%	14%	62%	21 (100%)
Si	19%	23%	14%	23%	21%	43 (100%)

Fuente: elaboración del autor a partir de datos de la investigación

Restricción en la participación – Dominio de autocuidado según subgrupos formados por la condición de recibir medicamentos.

Recibe Medicamentos	No hay problema	Problema leve	Problema moderado	Problema grave	Problema completo	N (%)
No	10%	5%	10%	14%	62%	21 (100%)
Si	26%	16%	26%	9%	23%	43 (100%)

Fuente: elaboración del autor a partir de datos de la investigación

Restricción en la participación – Dominio de tareas y demandas generales según subgrupos formados en el servicio de psicología.

Recibe servicio de psicología	No hay problema	Problema leve	Problema moderado	Problema grave	Problema completo	N (%)
No	17%	15%	9%	17%	42%	53 (100%)
Si	9%	27%	27%	36%	0%	11 (100%)

Fuente: elaboración del autor a partir de datos de la investigación